

HSP

Journal of Health Sciences and Professions

Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi

CİLT 5 SAYI 2 YIL 2018



İÇİNDEKİLER

Hakem Kurulu	i
Yazarlara Bilgi	ii
ARAŞTIRMA YAZILARI	
Acil Serviste Takip Edilen İntihar Girişimlerinin Maliyet Analizi/ <i>Cost Analysis of Suicide Attempts Followed by Emergency Department</i> Alp YILMAZ, Serkan DOĞAN, Utku Murat KALAFAT, Rabia Birsen TAPKAN, Ali SAĞLIK, Doğaç Niyazi ÖZÜCELİK.....	120-128
Ebelerin Profesyonel Değerleri Ölçeğinin Geliştirilmesi/ <i>Development of the Midwifery Professional Values Scale</i> Şenay DEMİRBAŞ MEYDAN, Nurten KAYA.....	129-138
Hemşirelik Öğrencilerinin Bireysel Yenilikçilik (İnovasyon) Düzeyleri İle Girişimcilik Eğilimleri Arasındaki İlişki/ <i>The Relationship Between Individual Innovativeness and Entrepreneurship Tendency of Nursing Students</i> Gönül BODUR.....	139-148
Halk Sağlığı Akademik Personellerinin Afet Hazırlık Durumu İstanbul'dan Kesitsel Bir Araştırma / <i>Disaster Preparation Status of Public Health Academic Staff a Cross-Sectional Study From Istanbul</i> Ayşe Gülsen TEKER, Seyhan HİDİROĞLU ERGİN, Melda KARAVU.....	149-153
Üniversite Öğrencilerinin Fonksiyonel Gıdalar Konusundaki Farkındalıklarının İncelenmesi / <i>Research of Awareness of University Students on Functional Foods</i> Hülya DEMİR.....	154-160
Hemşirelere Verilen Kardiyopulmoner Resusitasyon Eğitiminin Bilgi Düzeyine Etkisi/ <i>The Effect of Cardiopulmonary Resuscitation Training on Nurses' Education Level</i> Durdane YILMAZ GÜVEN, Neziha KARABULUT.....	161-168
Ebelik ve Hemşirelik Öğrencilerinin Egzersiz Davranışı, Sigara Bağımlılığı ve Genel Sağlık Durumu / <i>Exercise Behavior, Smoking Addiction and General Health Status of Nursing and Midwifery Students</i> Ayla GÜNAL, Funda DEMİRTÜRK, Halime ARIKAN, Büşra İNAL.....	169-178
Çocuk Hemşiresi ve Öğrencilerinin Empatik Eğilimlerinin Aile Merkezli Yaklaşım Etkisinin İncelenmesi / <i>Examination of the effect of the Family-Centered Approach of the Empathic Trends of Children's Nurses and Students</i> Emriye Hilal YAYAN, Yeliz Suna Dağ, Mehmet Emin Düken.....	179-187
Sağlıkta Kalite Bilgi ve Deneyim Düzeyinin Değerlendirilmesi: Türkiye ve Suudi Arabistan Hastaneleri Kalite Çalışanları Arasında Karşılaştırma / <i>Evaluating Healthcare Quality Knowledge and Experience Level: a Comparison Between Turkey and Saudi Arabia Hospitals' Quality Unit Professionals</i> Mustafa Said YILDIZ.....	188-200
Üçüncü basamak bir hastanede 4 yıllık sezaryen doğumlarının oranları ve endikasyonlar/ <i>Rates and Indications of Cesarean Deliveries During A 4-Year Period In A Tertiary Hospital</i> Kıymet YEŞİLÇİÇEK Çalık, Reyhan ERKAYA, Özlem KARABULUTLU.....	201-209

Zonguldak'ta Yaşayan Romanların Sağlıkla İlişkili Yaşam Kalitesi ve Kronik Hastalık Durumu/ <i>Expectations of the Family Members of the Intensive Care Patients from the Nurses and the Influencing Factors</i> Zeynep ERDOĞAN, Mehmet Ali KURCER, Meltem KURTUNCU, Hicran YILDIZ.....	210-216
Yoğun Bakım Hasta Yakınlarının Hemşirelerinden Beklentileri ve Etkileyen Faktörler/ <i>Expectations of the Family Members of the Intensive Care Patients from the Nurses and the Influencing Factors</i> Besey ÖREN.....	217-226
Hemşirelik Öğrencilerinin Empati Düzeyleri Ve Problem Çözme Becerileri/ <i>Empathic Tendency Levels and Problem Solving Skills of Nursing Students</i> Hülya Üstündağ, Neşe BAYAR, Elif YILMAZ, Gülşah TÜREL.....	227-235
DERLEME YAZILARI Feminist Gerontoloji Bağlamında Yaşlılığın Kadınsallaşması/ <i>Feminization of Old Age in the Context of Feminist Gerontology</i> Hatice Selin IRMAK, Taner ARTAN.....	236-243
Hamile Sağlık Çalışanlarının Mesleki Riskleri ve Koruyucu Yaklaşımlar / <i>Pregnant Health Care Workers Occupational Risk and Protective Approaches</i> Ülfiye ÇELİKKALP, Faruk YORULMAZ.....	244-252
Hemşirelik Mesleğinin Gelişen Rollerini/ <i>Developing Roles of the Nursing Profession</i> Ebru AYDEMİR GEDÜK.....	253-258
Kanserli Hastalarda Tat Alma Değişikliği/ <i>Taste Alteration in Patients With Cancer</i> Elif Bilsin, Hatice Bal Yılmaz.....	259-266
Yaşlılarda Düşmeye Yol Açan Faktörler ve Koruyucu Rehabilitasyon Yaklaşımları / <i>Factors which Lead to Falls in Elderly and Preventive Rehabilitation Approaches</i> Nejla UZUN, Yasemin ŞAHBAZ, Ela TARAKCI.....	267-274
Engellere Rağmen Cinsellik: Zihinsel Yetersizliğe Sahip Çocuklarda Cinsellik / <i>Despite Obstacles to Sexuality: Sexuality in Children With Intellectual Disability</i> Nur Elçin BOYACIOĞLU, Zeynep Dilşah KARAÇAM, Neslihan KESER ÖZCAN.....	275-280

SAĞLIK BİLİMLERİ VE MESLEKLERİ DERGİSİ
JOURNAL OF HEALTH SCIENCES AND PROFESSIONALS
HSP

ONURSAL EDİTÖR

Dr. Halil Koyuncu

EDİTÖR

Dr. Neriman Zengin

BÖLÜM EDİTÖRLERİ

Dr. Ahmet Akgül

Dr. Gülümser Dolgun

Dr. İlhan Kerem Şenel

Dr. Burcu Ersöz Hüseyinsinoğlu

Dr. Zahra Polat

Dr. Taner Artan

DERGİ SAHİBİ

Prof. Dr. Ahmet Akgül, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

SORUMLU YAZI İŞLERİ MÜDÜRÜ

Yrd. Doç. Dr. Meral Madenoğlu Kıvanç, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

DANIŞMA KURULU

Dr. Abdulfaz Suleymano
Dr. Abdulhakim Beki
Dr. Afsun Esatoğlu
Dr. Dr. Ahmet Ataş Hakem
Dr. Ahmet Akgül Hakem
Dr. Aklime Dicle
Dr. Ali Rıza Abay
Dr. Arash Alaei
Dr. Arzu Razak Özdiñçler
Dr. Asiye Gül
Dr. Ash Sis Çelik
Dr. Ayden Çoban
Dr. Ayfer Elcigil
Dr. Aygün Yanık
Dr. Ayla Bayık
Dr. Ayla Ergin
Dr. Ayse Yuksel
Dr. Ayşe Çil Akıncı
Dr. Ayşe Zengin Alpözgen
Dr. Ayşe Ergün
Dr. Ayşe Okanlı
Dr. Ayşe Karakoç
Dr. Ayşegü Oksay Şahin
Dr. Ayşegül Bilge
Dr. Aysel Yıldız
Dr. Aysel Yıldız
Dr. Ayse Neriman Narin
Dr. Aysun Yuksel
Dr. Ayten Dinç

Dr. Banu Kumbasar
Dr. Bedriye Ak
Dr. Besey Ören
Dr. Besti Üstün
Dr. Binnur Bağcı
Dr. Binnur Okan Bakır
Dr. Birgül Cerit
Dr. Birsal Demirbağ
Dr. Birsal Karaca Saydam
Dr. Birsal Mutlu
Dr. Buket Akıncı
Dr. Burcu Ersöz Hüseyinsinoğlu
Dr. Burcu Semin Bilgütay
Dr. Çağrıçöven Özüçelik
Dr. Candan Öztürk
Dr. Caner Mutlu
Dr. Cemil Kavalcı
Dr. Çiğdem Öksüz
Dr. Derya Çelik
Dr. Derya Dikmen
Dr. Dilek Aygin
Dr. Dilek Coskuner Potur
Dr. Doğaç Özüçelik
Dr. Duygu Gözen
Dr. Ebru Mkaya Mutlu
Dr. Eda Yılmaz Alarçin
Dr. Eda Dolgun
Dr. Ela Tarakçı
Dr. Elanur Yılmaz Karabulutlu

Dr. Elçin Dereli
Dr. Elif Dinçerler
Dr. Elif Ünsal Avdal
Dr. Elif Burcu Bali
Dr. Emelyeşilkayalı
Dr. Emel Ege
Dr. Emine Kıyak
Dr. Emine Aktas Kurtulus
Dr. Ergül Aslan
Dr. Esin Çeber Turfan
Dr. Esma Demirezen
Dr. Fatma Ay
Dr. Fatma Sayiner
Dr. Fatma Çetin
Dr. Fatma Öz
Dr. Fatma Esra Güneş
Dr. Fikret Büyükkaya
Dr. Gizem Irem Kınıklı
Dr. Gökşen Kuran Aslan
Dr. Gonca Bumin
Dr. Gonul Acar
Dr. Gönül Acar
Dr. Gül Ünsal
Dr. Gül Pınar
Dr. Gülbahar Keskin
Dr. Gülbeyaz Can
Dr. Gulbu Tanriverdi
Dr. Gülcan Kar Şen
Dr. Gülçin Bozkurt

Dr. Gülhan Samur
Dr. Güliz Onat Bayram
Dr. Gülnaz Karatay
Dr. Gülnur Akkaya
Dr. Gülsü Özentürk
Dr. Gülümser Dolgun
Dr. Hacer Karanisoğlu
Dr. Hacer Karanisoğlu
Dr. Hafize Öztürk Can
Dr. Hakan Acar
Dr. Hakan Topaçoğlu
Dr. Halim İşsever
Dr. Handan Güler
Dr. Handan Zincir
Dr. Haris Begoviç
Dr. Hasibe Kadioğlu
Dr. Hatice Yıldız
Dr. Hatice Ulusoy
Dr. Hava Özkan
Dr. Havva Sert
Dr. Hicran Yıldız
Dr. Hilmiye Aksu
Dr. Hülya Kayıhan
Dr. Hülya Bilgin
Dr. Hülya Üstündağ
Dr. Hülya Demir
Dr. Hülya Okumuş
Dr. Hüsniye Dinç
Dr. İlhan Kerem Şenel
Dr. İlkay Güngör
Dr. İlkşan Demirbüken
Dr. İpek Yeldan
Dr. Işıl Işık Andsoy
Dr. Kadriye Buldukoğlu
Dr. Leman Kutlu
Dr. Leyla Erdim
Dr. Leyla Küçük
Dr. Makbule Gezmen Karadağ
Dr. Mehmet Yazıcı
Dr. Mehmet Top
Dr. Mehveş Tarım
Dr. Melahat Akgün Kostak
Dr. Melda Soysal
Dr. Melek Esin
Dr. Melike Dişsiz

Dr. Meltem Kürtüncü
Dr. Meral Madenoğlu Kıvanç
Dr. Meryem Yavuz Van Giersbergen
Dr. Mine Uyanık
Dr. Mostafa Norizadeh Tazehkand
Dr. Nazan Oran
Dr. Nazan Karahan
Dr. Nazende Korkmaz Yıldız
Dr. Nazmiye Yıldırım
Dr. Nejla Canbulat Şahiner
Dr. N. Ekin Akalan
Dr. Neriman Zengin
Dr. Neriman Soğukpınar
Dr. Neriman Zng
Dr. Nermin Olgun
Dr. Neşe Çelik
Dr. Neslihan Özcan
Dr. Nevin Şahin
Dr. Nevin Çıtak Bilgin
Dr. Nilay Çömük
Dr. Nilgün Sarp
Dr. Nilgün Ulutaşdemir
Dr. Nuran Gençtürk
Dr. Nurdan Demirci
Dr. Nur Elçin Boyacıoğlu
Dr. Nursen İlçin
Dr. Nursen Nahcivan
Dr. Nurten Kaya
Dr. Ömer Yaman
Dr. Özgür Alparslan
Dr. Özgür Alparslan
Dr. Özgür Karcıoğlu
Dr. Özkan Özden
Dr. Özlem Mert
Dr. Özlem Soyluk Selçukbiricik
Dr. Panagiotis V. Tsaklis
Dr. Rabia Etki Genç
Dr. Reyhan Saydam
Dr. Saadet Yazıcı
Dr. Saime Erol
Dr. Salih Özsarı
Dr. Sebahat Gözüm
Dr. Seher Özyürek
Dr. Selda Çelik
Dr. Selda Seçginli

Dr. Selma Söyük
Dr. Sema Kuguoglu
Dr. Semra Oğuz
Dr. Sena Dilek
Dr. Serap Ejder Apay
Dr. Serap Balcı
Dr. Serap Ünsar
Dr. Serap Kaya
Dr. Sevgi Sevi Yeşilyaprak
Dr. Sevil İnal
Dr. Sevil Uzer
Dr. Sevim Çelik
Dr. Sevim Ulupınar
Dr. Sezgin Sarıkaya
Dr. Sibel Öztürk
Dr. Sibel Asi Karakaş
Dr. Sıdıka Kaya Hakem
Dr. Sıdıka Oğuz
Dr. Süheyla Özsoy
Dr. Şule Alpar Ecevit
Dr. Sultan Alan
Dr. Taner Artan Hakem
Dr. Tuba Kuru Çolak
Dr. Tülay Yılmaz
Dr. Tümer Ulus
Dr. Ummahan Yücel
Dr. Ümran Oskay
Dr. Veli Duyan Hakem
Dr. Vesile Ünver Hakem
Dr. Yasemin Akdevelioğlu
Dr. Yeliz Akkuş
Dr. Yıldız Analay Akbaba
Dr. Yonca Zenginler
Dr. Zahra Polat
Dr. Zehra Büyüktuncer Demirel
Dr. Zekiye Karaçam
Dr. Zeliha Tülek
Dr. Zeliha Yürük
Dr. Zeliha Başkurt
Dr. Zeynep Tosun
Dr. Zeynep Erdoğan

*İlk isme göre alfabetik sıralama yapılmıştır.

YAYIN KURALLARI

SAĞLIK BİLİMLERİ VE MESLEKLERİ DERGİSİ (HSP) İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi tarafından çift kör hakemlik ilkeleri doğrultusunda yayınlanan açık erişimli bilimsel bir yayın organıdır.

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

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

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

YAYIN KURALLARI BİLİMSEL SORUMLULUK ETİK SORUMLULUK

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

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

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

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

BIYOİSTATİSTİKSEL DEĞERLENDİRME

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

YAZIM DİLİ YÖNÜNDEN DEĞERLENDİRME

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

YAYIN HAKKI

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

YAZI ÇEŞİTLERİ

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

1. Başlık sayfası: Makaleden ayrı gönderilmeli. Çalışmanın İngilizce ve Türkçe başlığı, yazarların adı, soyadı, unvanları, ORCID numaraları ve iletişim bilgilerini içermelidir. Ana metinden ayrı ek dosya olarak sisteme yüklenmelidir. Yazı daha önce bilimsel bir toplantıda sunuldu ise yazının başlık sayfasında belirtilmeli ve başlık sayfasında toplantı adı, yer ve tarihi açıklanmalıdır. Araştırma bilim uzmanlığı ya da doktora tezinden oluşmuş ise başlık sayfasında belirtilmeli ve başlık sayfasında Enstitüsü, Yılı, Yüksek Lisans veya Doktora tezi olduğu açıklanmalıdır.
2. Çalışma (1)Türkçe İngilizce başlık, (2)Türkçe ve İngilizce özet, (3) ana makale metni şeklinde sisteme yüklenmeli. Çalışmanın ana metni içinde yazarların kimlik bilgisini, belirten herhangi bir ifade olmamalıdır. Ana Başlıklar 11 punto (**Times New Roman**) , Özet 10 punto (**Times New Roman**) , ana makale metni 11 punto (**Times New Roman**) olmalıdır. Ana ve alt başlıklardan sonra gelen cümle sola yaslanmalı ve paragraf girintisi olmamalı. İlk paragraftan sonra ana metin içinde yer alan bütün paragraf başlarına 1 cm'lik boşluk bırakılmalı. İki paragraf arasında 1.5 cm'den daha fazla boşluk bırakılmamalıdır.
3. Özetler 200-250 kelime, 10 punto (**Times New Roman**) amaç, gereç ve yöntem, bulgular ve sonuç bölümlerini içermelidir. Türkçe ve İngilizce kısaltma kullanılmamalıdır.
4. Anahtar Kelimeler en az 2 adet, Türkçe ve İngilizce yazılmalıdır. Kelimeler birbirlerinden virgül (,) ile ayrılmalıdır. İngilizce anahtar kelimeler "Medical Subject Headings (MESH)"e uygun olarak verilmelidir (Bkz: www.nlm.nih.gov/mesh/MBrowser.html). Türkçe anahtar kelimeler Türkiye Bilim Terimleri (TBT)'ne uygun olarak verilmelidir (Bkz:www.bilimterimleri.com).
5. Giriş
6. Gereç ve Yöntem
7. Bulgular (Tablo sayısı 4'ü aşmamalıdır. Tablolar kaynaklar bölümünün sonuna konulmalıdır)
8. Tartışma
9. Sonuç
10. Teşekkür
11. Kaynaklar (Kaynak numaraları Asılı, 0.5 cm)
12. Tablo, grafik, şekil (Microsoft World oluşturulmalı, Tablonun ilk sütununa başlık, son sütununa dip notlar yazılmalıdır)

DERLEME

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

1. Başlık sayfası: Makaleden ayrı gönderilmeli. Çalışmanın İngilizce ve Türkçe başlığı, yazarların adı, soyadı, unvanları, ORCID numaraları ve iletişim bilgilerini içermelidir ve yazı metninden ayrı olarak ek dosya ile sisteme yüklenmelidir. Yazı daha önce bilimsel bir toplantıda sunuldu ise yazının başlık sayfasında belirtilmeli ve başlık sayfasında toplantı adı, yer ve tarihi açıklanmalıdır. Araştırma bilim uzmanlığı ya da doktora tezinden oluşmuş ise başlık sayfasında belirtilmeli ve başlık sayfasında Enstitüsü, Yılı, Yüksek Lisans veya Doktora tezi olduğu açıklanmalıdır.
2. Sisteme yüklenilecek ana metin (1)Türkçe, İngilizce başlık, (2) Türkçe ve İngilizce özet ve (3) ana metin şeklinde olmalıdır. Ana metin içinde yazarların kimlik bilgisini belirten herhangi bir ifade olmamalıdır. Ana Başlıklar 12 punto (**Times New Roman**) , özet 10 punto (**Times New Roman**), ana makale metni 11 punto (**Times New Roman**) olmalıdır. Ana ve alt başlıklardan sonra gelen cümle sola yaslanmalı ve

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

3. Özetler 200-250 kelime, 10 punto (**Times New Roman**) olmalıdır. Türkçe ve İngilizce kısaltma kullanılmamalıdır.
4. Anahtar Kelimeler en az 2 adet, Türkçe ve İngilizce yazılmalıdır. Kelimeler birbirlerinden virgül (.) ile ayrılmalıdır. İngilizce anahtar kelimeler “Medical Subject Headings (MESH)”e uygun olarak verilmelidir (Bkz: www.nlm.nih.gov/mesh/MBrowser.html). Türkçe anahtar kelimeler Türkiye Bilim Terimleri (TBT)’ne uygun olarak verilmelidir (Bkz: www.bilimterimleri.com).
5. Konu ile ilgili ana ve alt başlıklar (metin içinde grafik, tablolar referansların sonuna konulmalıdır)
6. Kaynaklar (11 punto) (**Times New Roman**) (Kaynak numaraları asılı, 0.5 cm)
7. Tablo, grafik, şekil (Microsoft Word oluşturulmalı, Tablonun ilk sütununa başlık, son sütununa dip notlar yazılmalıdır)

OLGU SUNUMU:

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

1. Başlık sayfası: Makaleden ayrı gönderilmeli. Çalışmanın İngilizce ve Türkçe başlığı, yazarların adı, soyadı, unvanları, ORCID numaraları ve iletişim bilgilerini içermelidir ve yazı metninden ayrı olarak ek dosya ile sisteme yüklenmelidir.
2. Sisteme yüklenilecek ana metin (1)Türkçe, İngilizce başlık, (2) Türkçe ve İngilizce özet ve (3) ana metin şeklinde olmalıdır. Ana metin içinde yazarların kimlik bilgisini belirten herhangi bir ifade olmamalıdır. Ana Başlıklar 12 punto (**Times New Roman**) , özet 10 punto (**Times New Roman**) , ana makale metni 11 punto (**Times New Roman**) olmalıdır. Ana ve alt başlıklardan sonra gelen cümle sola yaslanmalı ve paragraf girintisi bırakılmamalı. İlk paragraftan sonra ana metin içinde yer alan bütün paragraf başlarına 1 cm'lik boşluk bırakılmalı. İki paragraf arasında 1.5 cm'den daha fazla boşluk bırakılmamalıdır.
3. Özetler 200-250 kelime, 10 punto (**Times New Roman**) olmalıdır. Türkçe ve İngilizce kısaltma kullanılmamalıdır.
4. Anahtar Kelimeler en az 2 adet, Türkçe ve İngilizce yazılmalıdır. Kelimeler birbirlerinden virgül (.) ile ayrılmalıdır. İngilizce anahtar kelimeler “Medical Subject Headings (MESH)”e uygun olarak verilmelidir (Bkz: www.nlm.nih.gov/mesh/MBrowser.html). Türkçe anahtar kelimeler Türkiye Bilim Terimleri (TBT)’ne uygun olarak verilmelidir (Bkz: www.bilimterimleri.com).
5. Özet (Ortalama 150-200 kelime, 10 punto (**Times New Roman**), yazının içeriğini yansıtmalı, Türkçe ve İngilizce, kısaltma kullanılmamalı)
6. Giriş
7. Olgu Sunumu
8. Tartışma
9. Kaynaklar

EDİTÖRYEL YORUM/TARTIŞMA

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

EDİTÖRE MEKTUP

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

BİLİMSEL MEKTUP

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

TIBBİ KİTAP DEĞERLENDİRMELERİ

Güncel değeri olan ulusal veya uluslararası kabul görmüş kitapların değerlendirmeleridir.

KAYNAKLAR YAZIMI

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

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

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

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

Kaynak yazım kuralları ve örnekleri aşağıdaki gibidir:

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

Örnek

Çalışmalardagörülmektedir (3,11-14).

Bu çalışmadan elde edilen verilere göre göstermiştir (21).

White ve ark. (12) çalışmalarındagöstermiştir.

- 2- Makalede bulunan yazar sayısı 6 veya daha az ise tüm yazarlar belirtilmeli, 7 veya daha fazla ise ilk 6 isim yazılıp "et al." eklenmelidir. Kaynak yazımı için kullanılan format Index Medicus'ta belirtilen şekilde olmalıdır (Bkz: www.icmje.org).

Örnek

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

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

Örnek

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

- 4- **Kitap**

Yazar(lar)ın soyad(lar)ı ve isim(ler)inin başharf(ler)i, bölüm başlığı, editörün(lerin) ismi, kitap ismi, kaçınıcı baskı olduğu, şehir, yayınevi, yıl ve sayfalar belirtilmelidir.

Örnekler:

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

Türkçe kitaplar için

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

- 5- **Kitap bölümü**

Yazar(lar)ın soyad(lar)ı ve isim(ler)inin başharf(ler)i, bölüm başlığı, editörün(lerin) ismi, kitap ismi, kaçınıcı baskı olduğu, şehir, yayınevi, yıl ve sayfalar belirtilmelidir.

Örnekler:

- Underwood LE, Van Wyk JJ. Normal and aberrant growth. In: Wilson JD, Foster DW, eds. Williams' Textbook of Endocrinology. 1st ed. Philadelphia: WB Saunders; 1992. p.1079-138.
- Tür A. [Emergency airway management and endotracheal intubation]. Şahinoğlu AH, editör. Yoğun Bakım Sorunları ve Tedavileri. 2. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri; 2003. p.9-16.

Yazarı Belirsiz Kitaplar

Örnekler

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

6- Web Sitesi

Yazarlı Web Sayfası

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

Örnek:

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

Yazarsız Web

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

Örnek:

Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Obezite, Diyabet ve Metabolik Hastalıklar Daire Başkanlığı. Yeterli ve Dengeli Beslenme 2014. (Güncelleme tarihi; Erişim tarihi:) Erişim adresi:

<http://beslenme.gov.tr/index.php?lang=tr&page=47>

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

8- On-line yayınlarda DOI kabul edilebilir online referanstır

Örnek:

Degenhardt L, Bohnert KM, Anthony C. Assessment of cocaine and other drug dependence in the general population: 'Gated' vs. 'ungated' approaches. Drug Alcohol Depend [Internet]. 2008 Mar 1 [cited 2010 Apr 15]; 93(3):227-232. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2756072/DOI:10.1016/j.drugalcdep.2007.09.024>.

Acil Serviste Takip Edilen İntihar Girişimlerinin Maliyet Analizi*
Cost Analysis of Suicide Attempts Followed by Emergency Department

Alp YILMAZ^a, Serkan DOĞAN^b, Utku Murat KALAFAT^c, Rabia Birsen TAPKAN^d,
 Ali SAĞLIK^e Doğaç Niyazi ÖZÜCELİK^f

ÖZ Amaç: İntihar, kişinin istemli olarak kendi kendine zarar vermesidir. Sağlık hizmetini üretebilmesi için harcadığı üretim faktörlerinin para ile ölçülebilen değeri maliyet analizi şeklinde tanımlanmaktadır. Bu çalışmada başvuru, tanı ve tedavi süreçlerinin neredeyse tamamının Acil Servislerde gerçekleştiği intihar eylemlerindeki hastaların acil ve hastane sürecindeki maliyet analizi araştırılmıştır. **Gereç ve Yöntem:** Çalışmada Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Servisine intihar girişimi ile başvurmuş olan, dosyası ve bilgisayar kayıtları tam olan 18 yaş ve üzeri 120 hastanın verileri geriye dönük değerlendirildi. Her hastanın hastane otomasyon sistemine kaydedilen muayene, tetkik, tedavi ve konsültasyon maliyet ücretleri değerlendirildi. **Bulgular:** 120 hastanın yaş ortalaması 30.35±10.18 bulunurken, 18-24 yaş arasında daha fazla başvuru olduğu görüldü. Hastaların %73.3'ü kadındı ve tüm hastaların %56.7'si evliydi. Hastaların %10.8'inin daha önce intihar öyküsü vardı. İntihar girişim şekli olarak en sık ilaç veya toksik madde alımı (%94.2) seçilmişti. Hastaların %33.3'üne psikiyatri konsültasyonu istenmişti. Hastaların %53.3'ü acil servisten şifa ile taburcu olurken, %18.4'üne yoğun bakım, %5'ine serviste yatış endikasyonu verilmişti. Yalnız bir hasta acil serviste eksitus olmuştu. Hastaların acil maliyet bedelleri (ortalama 172.25±76.65 TL; en az 15.5 TL en çok 510 TL) hastane maliyet bedellerine yakın (76.50±78.81 TL) bulundu. Acilde servisteki kalış süreleri ile hizmet bedeli arasında pozitif yönlü (kalış süresi arttıkça hizmet bedeli de artan) ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır ($r=0,490$; $p=0,001$).

Sonuç: İntihar eylemi ile başvuran hastaların yaklaşık yarısının tanı ve tedavi süreci Acil Serviste tamamlanmaktadır. Acilde kalış süresinin uzaması toplam maliyeti istatistiksel olarak arttırmaktadır. Bu hastaların tanı ve takip sürecinde yeni protokoller geliştirilmelidir.

Anahtar kelimeler: Acil Servis, İntihar Girişimi, Maliyet

ABSTRACT Aim: Suicide is a person's voluntary self-harm. The cost factors that can be measured by money are defined as cost analysis. In this study, the cost analysis of the patients' emergency and hospital processes was investigated in the suicide actions in almost all of the referral, diagnosis and treatment processes in the Emergency Department (ED). **Methods:** In the study, the data of 18 years old and over 120 patients who had applied to the Emergency Department of Kanuni Sultan Süleyman Education and Research Hospital of Health Sciences University with suicide attempt and computer records were retrospectively evaluated. The cost of examination, examination, treatment and consultation recorded in each hospital's hospital automation system was evaluated. **Results:** The mean age of the patients was 30.35 ± 10.18, while there were more patients between the ages of 18-24. 73.3% of the patients were female and 56.7% of all patients were married. 10.8% of the patients had suicide history previously. The most frequent type of suicide attempt was drug or toxic substance intake (94.2%). 33.3% of the patients were asked for a psychiatric consultation. 53.3% of the patients were discharged with ED, 18.4% were given intensive care and 5% were hospitalized. Only one patient died in the ED. Costs of the patients in ED (average 172.25 ± 76.65

Geliş Tarihi:13-11-2017 / Received/ Kabul Tarihi/Accepted:14-01-2018

^aDr., İstanbul S.B.Ü. Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Tıp Kliniği, İstanbul, Türkiye
 alpilmz@hotmail.com, ORCID:

^bDr., İstanbul S.B.Ü. Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Tıp Kliniği, İstanbul, Türkiye
 ercem2003@hotmail.com, ORCID:

^cDr., İstanbul S.B.Ü. Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Tıp Kliniği, İstanbul, Türkiye
 utkumurat@yahoo.com, ORCID:

^dDr., İstanbul S.B.Ü. Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Tıp Kliniği, İstanbul, Türkiye
 dr.rabish@gmail.com, ORCID:

^eDr., Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Tıp Kliniği, İstanbul, Türkiye alisaglik83@hotmail.com

^fProf. Dr. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, İstanbul, Türkiye, dogacniyazi@gmail.com

Sorumlu Yazar /Correspondence: Prof. Dr. NDoğaç Niyazi Özücelik, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, İstanbul, Türkiye, dogacniyazi@gmail.com

TL) were close to hospital cost values (76.50 ± 78.81 TL). There was a statistically significant relationship between the length of stay (LOS) in ED and service cost ($r = 0.491$, $p = 0.001$). **Conclusion:** Approximately half of the patients who applied with suicidal action completed the diagnosis and treatment process in ED. The LOS in the ED increases the total patient cost. New protocols should be developed in the diagnosis and follow-up of these patients. **Key words:** Emergency Department, Suicide, Cost Analysis

Giriş

İntihar, kişinin istemli olarak öz benliğine yönelik bir saldırganlık olup, kendi kendine zarar vermesidir (1). Dünya Sağlık Örgütü intiharı, intihar girişimi ve intihar eylemi olarak iki gruba ayırmıştır. İntiharın ölümle sonuçlanmasını intihar eylemi, ölümcül olmayan tüm girişimleri de intihar girişimi olarak değerlendirmiştir (2).

Tüm dünyada intihar düşüncesi ve girişimi sebebiyle Acil Servis (AS)'lere başvuran hastalarla oldukça yüksek oranda karşılaşılmaktadır (3). İntiharın sosyodemografik risk etmenleri arasında erkek cinsiyeti, yoksulluk, işsizlik, bekarlık, ergenlik, boşanmış, dul ya da ayrı yaşıyor olma gibi durumlar sayılabilir (4). Ayrıca hastalarda önceden olan psikiyatrik sorunların varlığı, eski intihar girişimleri ve madde bağımlılığı gözlenmiştir (5). AS'ler intihar düşüncesi ve girişimi sonucu başvuran hastaların hayati tehlikelerini ortadan kaldırdıktan ve tedavisini tamandıktan sonra psikiyatri tarafından değerlendirilmesi önem arz etmektedir (6).

Hastanenin kendi faaliyet konusunu oluşturan sağlık hizmetini üretebilmesi için harcadığı üretim faktörlerinin para ile ölçülebilen değeri maliyet analizi olarak tanımlanabilir (7). Doğrudan maliyet hesaplamaları; ilaç harcamaları, tanısal incelemelere ait harcamalar, hastalığın takibiyle ilgili giderler, poliklinik ve acil harcamaları ve hastane yatışlarını içermektedir (8). Literatür de intihar girişimi sebebiyle acil servise getirilen hastalardaki maliyet analizi ile ilgili veriler sınırlıdır. Ülkemizde yapılan bir çalışmada intihar girişimlerinin hastane maliyetlerini 405,1TL (Türk Lirası) olarak bildirilmiştir (9).

Biz bu çalışmada; başvuruların tamamının Acil Servislere yapıldığı, acil stabilizasyon sürecinin tamamının AS'lerde gerçekleştirildiği ve büyük çoğunluğunun taburculuğuna kadar geçen sürenin AS'lerde tamamlandığı intihar eylemlerindeki AS ve Hastane maliyet analizini değerlendirdik.

Gereç ve Yöntem

Bu çalışma 01 Ekim 2014'den 01 Ekim 2015'e kadar olan bir yıllık dönemde Sağlık Bilimleri

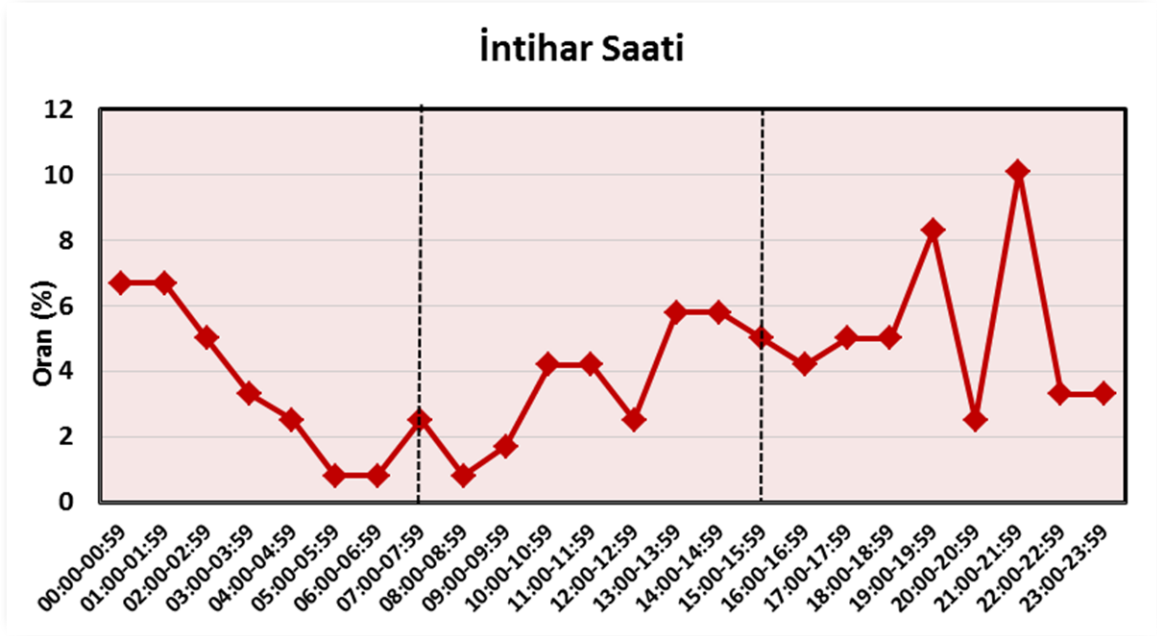
Üniversitesi İstanbul Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 14.08.2017 tarihli ve 2017-09-13 sayılı onamı ile İstanbul Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Tıp Kliniğinde gerçekleştirilen retrospektif, tanımlayıcı bir çalışmadır. Çalışmada intihar girişimi nedeniyle Acil Tıp Kliniği'ne başvurmuş olanlardan, dosyası ve bilgisayar kayıtları olan 18 yaş ve üzeri 120 hastanın verileri geriye dönük değerlendirildi. Dosyaları taranan hastaların başvuru tarih ve saati, yaş, cinsiyet, şikâyetleri, eğitim durumu, medeni durumu, iş durumu, kişinin önceki psikiyatrik öyküsü, aile öyküsü, intihar şekli, intihar saati, intihar nedenleri, yapılan tedavi, istenilen tetkikler, psikiyatri ve diğer bölüm konsültasyonları, acilde kalış süresi, sonuç ve hizmet maliyetlerinin olduğu çalışma formu oluşturulmuştur. Bu çalışmada maliyet bedel olarak bir hastanın hastane otomasyon sistemine kaydedilen muayene, tetkik, tedavi ve konsültasyon ücretleri değerlendirildi. İstatistiksel analizler için NCSS (Number Cruncher Statistical System) 2007 (Kaysville, Utah, USA) programı kullanıldı. Anlamlılık $p < 0.05$ düzeyinde değerlendirildi.

Bulgular

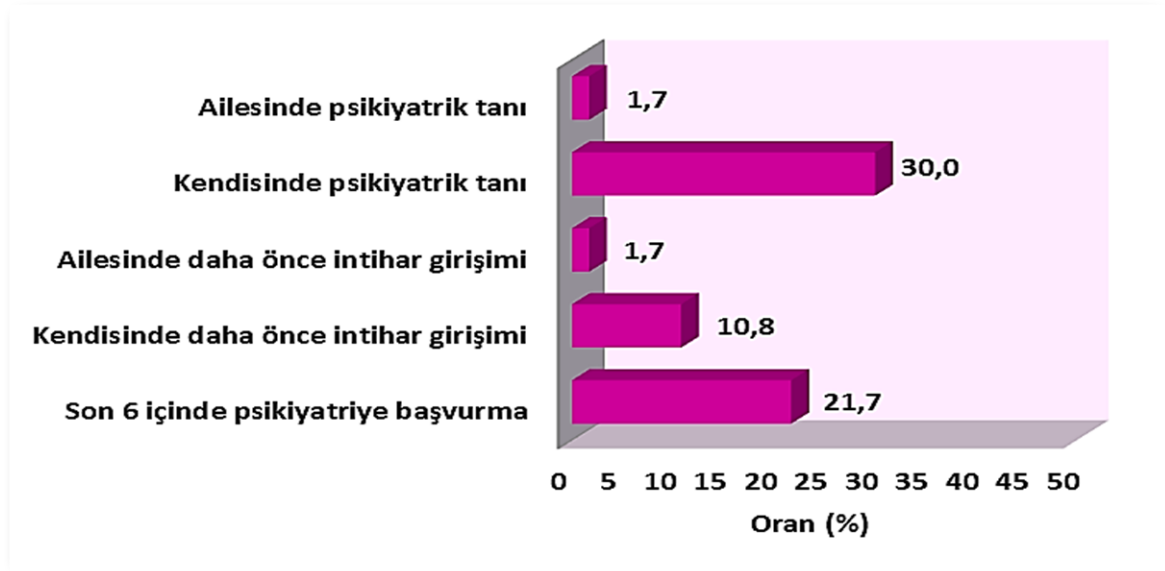
Çalışma %26.7'si ($n=32$) erkek, %73.3'ü ($n=88$) kadın olmak üzere 120 olgu ile gerçekleştirilmiştir. Olguların yaşları 18 ile 56 arasında değişmekte olup, ortalama yaş 30.35 ± 10.18 bulunmuş ve en fazla yaş aralığı olarak 18-24 yaş grubu ($n=44$) saptanmıştır.

İntihar girişiminde bulunan hastaların %50'sinin ($n=60$) ilkökul-ortaokul mezunu olduğu görülürken, %35'i ($n=42$) Lise, %6.7'sinin ($n=8$) Üniversite, %6.7'sinin ($n=8$) okur-yazar ve %1.6'sının ($n=2$) okur-yazar olmadığı saptanmıştır.

İntihar eyleminin en fazla evlilerde gerçekleşmiş olduğu (%56.7 $n=68$) görülürken, %35.8'inin ($n=43$) bekar, %4.2'sinin ($n=5$) ayrı yaşadığı, %2.5'inin ($n=3$) nişanlı ve %0.8'inin ($n=1$) dul olduğu görülmüştür.



Şekil 1: İntihar saatlerinin dağılımları

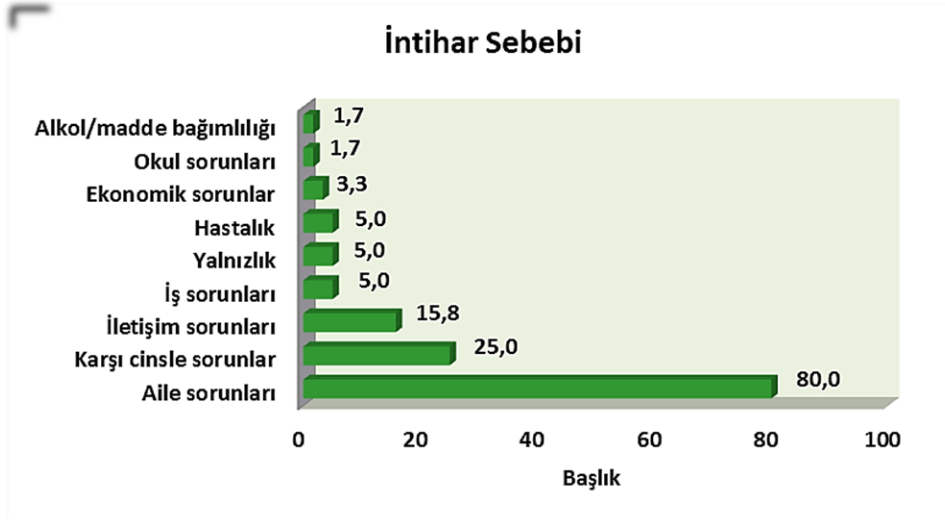


Şekil 2: İntihar girişimi ve psikiyatriye başvurma öyküsüne ilişkin dağılımlar

Bu çalışmada olguların %38.3'ünün (n=46) çalışıyor olduğu, geri kalanının çalışmıyor olduğu (%28.3'ü işsiz (n=34), %25.8'i (n=31) ev hanımı, %7.5'i (n=9) öğrenci) bulundu. Erkek olguların %68.2'si (n=15) evli ve çalışıyor olduğu kadın olguların ise %68.7'si (n=11) evli ve çalışmıyor olduğu saptanmıştır.

İntihar saatleri incelendiğinde; en çok %10.1 (n=12) oranla 21:00-21:59 saat aralığında intihar eyleminin yapılmış olduğu gözlenmiştir (Şekil 1).

Başvuru saatleri incelendiğinde; en çok %8.3 (n=10) oranla 18:00-18:59 ve 22:00-22:59



saat aralığında başvuru yapıldığı ve onu %7.5 (n=9) ile 14:00-14:59, %6.7 (n=8) ile 01:00-01:59 ve 03:00-03:59 saat aralıklarının takip ettiği gözlenmiştir. En düşük %0.8 (n=1) oranla ise 09:00-09:59 saat aralıklarında başvuru yapıldığı gözlenmiştir.

Olguların %21.7'si (n=26) son 6 ay içinde psikiyatrye başvuruda bulunmuştur; %10.8'inin (n=13) kendisinde, %1.7'sinin (n=2) ailesinde daha önce intihar girişimi gözlenmiştir; %30'unun (n=36) kendisinde, %1.7'sinin (n=2) ise ailesinde psikiyatrik tanı gözlenmiştir.

İlaç veya toksik madde ile intihar etme oranı %94.2 (n=113), kesici alet ile intihar etme oranı %2.5 (n=3), kendini asarak intihar etme oranı %1.7 (n=2), ateşli silah ile intihar etme oranı %0.8 (n=1) ve yüksekten atlayarak intihar etme oranı %0.8 (n=1) bulunmuştur.

İntihar sebepleri incelendiğinde; olguların %80'inin (n=96) aile sorunları nedeni ile intihar ettiği saptanmıştır (Şekil 2).

Taburcu olma oranı %53.3 (n=64), tedaviyi reddetme oranı %22.5 (n=27), sevk oranı %18.4 (n=22), yatış oranı %5.0 (n=6) ve eksitus oranı %0.8 (n=1) saptanmıştır.

Daha önce intihar girişimi olanların %23.1'i (n=3) taburcu olurken, % 46.2'si (n=6) yatış ya da sevk oldu, daha önce intihar girişimi olmayanların ise % 57'si (n=61) taburcu olurken, % 20.6'sı (n=22) yatış ya da sevk olmuştur.

İntihar şekline göre acile geliş süreleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmış olup; ilaç veya toksik madde ile intihar

edenlerin acile geliş süreleri, diğer şekillerde intihar edenlerden anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (p=0.001; Mann Whitney U Test).

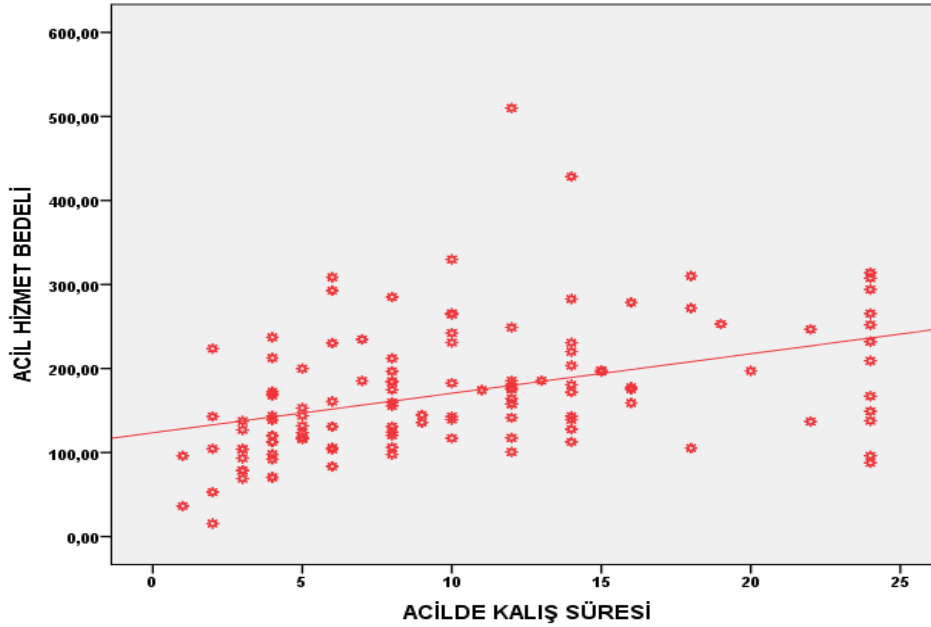
İntihar şekline göre acilde kalış süreleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmış olup; ilaç veya toksik madde ile intihar edenlerin acilde kalış süreleri, diğer şekillerde intihar edenlerden anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (p=0.037; Mann Whitney U Test).

Olguların %82.5'ine (n=99) iki veya daha fazla, %15.8'in (n=19) bir ve %1.7'sine (n=2) hiç tedavi uygulanmadığını saptanmıştır. Hastaların %80.8'ine (n=97) nazogastrik tüp takılarak mide lavajı yapılmış, %85'ine (n=102) aktif kömür verilmiş, %80.8'ine (n=97) damar yolu açılarak serum fizyolojik verilmiş ve %4.2'sine (n=5) sutür işlemi uygulanmıştır.

İstenen tetkikler incelendiğinde ise hastaların %96.7'sinden (n=116) iki veya daha fazla, %3.3'ünden (n=4) bir tetkik istendiği bulunmuştur. Hastaların %96.7'sinden (n=116) hemogram ve biyokimya, %81.7'sinden (n=98) kan gazı, %84.2'sinden (n=101) kardiyak marker, %26.7'sinden (n=32) etanol, %2.5'inden (n=3) röntgen %4.2'sinden (n=5) Bilgisayarlı Beyin Tomografisi istenmiştir.

Olguların acile geliş süreleri 10 ile 1430 dakika arasında değişmekte olup, ortalama 110.84 ± 179.01 ; acilde kalış süreleri 1 ile 24 saat arasında değişmekte olup, ortalama 10.36 ± 6.59 dur.

Acil hizmet bedelini acil muayene ve tetkik – tedavi maliyeti oluşturmakta olup, bu bedel 15.5-



ile 510 TL arasında değişmektedir ve ortalaması 172.25 ± 76.65 TL'dir. Toplam maliyeti ise acil hizmet bedeline eklenen konsültasyon ücreti oluşturmakta olup ortalaması 176.50 ± 78.81 TL'dir.

Acil Serviste tedaviyi reddeden olguların hizmet bedeli, taburcu olanlardan ($p=0.001$), yatış yapılanlardan ($p=0.028$) ve sevk olanlardan ($p=0.008$) anlamlı düzeyde düşük bulunurken, diğer sonuçlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

İntihar şekline göre hizmet bedeli istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p=0.379$, Mann Whitney U Test)

Acilde kalış süreleri ile hizmet bedeli arasında pozitif yönlü (kalış süresi arttıkça hizmet bedeli de artan) ve istatistiksel olarak da anlamlı ilişki saptanmıştır ($r=0.490$; $p=0.001$; Spearman's Korelasyon Katsayısı) (Şekil 3).

Tartışma

İntihar oldukça yaygın bir halk sağlığı problemi olup, DSÖ'nün verilerine göre gelişmiş ülkelerde en sık ölüm nedenleri arasında ilk on içerisinde yer almaktadır (10-11). İntihara bağlı ölümlerin son yıllarda genç erişkinlerde ve ergenlik döneminde sıklığının giderek artması dikkat çekicidir (12). Bu durum intihar girişimini gelişmiş ülkelerde önemli bir halk sağlığı sorunu düzeyine getirmiştir (13). Biz bu çalışmada bir yıllık sürede acil servise başvuran intihar girişimlerinin demografik-

sosyokültürel etkenlerini ve maliyet analizi sonuçlarını incelemeyi amaçladık.

Yapılan çalışmalarda intihar için genç yaş ve kadın olmanın risk faktörü olduğu belirtilmiştir (14). Dilbaz ve arkadaşları yaptıkları çalışmada intihar girişiminde bulunan 2775 kişide kadınların erkeklere oranını 2.17 olarak bulmuşlardır (15). Çok merkezli bir çalışmada Kerkhof ve Arensman birlikte intihar girişiminin kadınlarda 15-24 yaş grubunda, erkeklerde ise 25-34 yaş grubunda daha yüksek olduğunu tespit etmişlerdir (16). Bizim çalışmamızda acil servisimize başvuran hastaların %73.3'ünü kadınlar (kadınların erkeklere oranı 2.75) oluşturmaktadır ve olguların yaş ortalaması 30.35 olarak saptanmıştır. Çalışmamızda intihar girişiminin en yüksek olduğu grup %36.7 ile 18-24 yaş aralığı olarak saptandı. Kadınların erkeklere göre intihar girişimi riskinin yüksek olması kadının toplumdaki yeri ve konumu ile ilişkili olabilir. Kadınlar sıkıntılarını ve başkalarına tepkilerini ifade etmek için intihar girişimini bir yol olarak seçebilmektedir (17). Kekeç ve arkadaşları da yaptığı çalışmada kadınlarda intihar girişiminin yüksek olmasının nedenleri arasında toplumlarda kadına yönelik baskıcı tutumun olduğu belirtilmiştir (18).

Çalışmamızda intihar eden kadınların %96.6'sı, erkeklerin %84.4'ü lise ve altı düzeyinde eğitimi vardı. Üniversite mezunu olanlarda erkeklerin intihar oranı daha fazla olurken, lise ve

altındaki öğrenimde kadınların oranı fazla bulundu. Bizim çalışmamızda olduğu gibi Sayıl ve arkadaşları da yaptığı çalışmada intihar girişiminde bulunanların %93'ünün eğitim seviyelerinin lise ve altında olduğunu bulmuşlardır (19). Lonnqvist ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada düşük eğitim seviyesinin intihar girişimi açısından risk oluşturduğu bulunmuştur (3). Sosyoekonomik düzeyin en önemli göstergelerinden biri eğitimidir. İntihar girişim oranının eğitim seviyesi düştükçe artmakta olduğu vurgulanmaktadır (20). Aynı zamanda eğitim seviyelerinin düşük olması kişinin sorun çözme becerilerinin yetersiz olmasına yol açarak bireylerin intihar eğilimlerinin artmasına neden olabilir.

Yalvaç ve arkadaşları yaptıkları çalışmada olguların %52.0'nin evli olduğunu saptamışlardır (21). Bu çalışmanın aksine Alptekin ve arkadaşları yaptıkları bir çalışmada intihar girişimiyle acil servise başvuran olguların %63.8'inin bekar olduğunu belirlemişlerdir (22). Bizim çalışmamızda ise intihar eden hastaların medeni durumları göz önüne alındığında evli ve çalışan erkelerde kadınlara göre intihar girişimi fazla olurken (15'e 7) evli ve çalışmayan kadınlarda erkeklere göre intihar girişimi daha fazlaydı (11'e 5). Her iki cinsiyette bekarlar arasında çalışma durumunun intihar girişimi oranları benzerdi. Bekar kadınlarda iş durumundan bağımsız olarak daha fazla intihar girişimi olmuştu. Bizim bulgularımıza göre evli kadınlarda düzenli bir işte çalışıyor olmak (ev hanımlığına göre) intihar girişimini azaltmaktadır.

Avrupa'da yapılan çalışmalarda intihar girişiminde bulunan hastaların ekonomik düzeyi düşük kesimden ve sosyal yönden dengede olmamış bireyler olduğu görülmektedir (23). Sayıl ve arkadaşları genel olarak intihara karşı bir işte çalışıyor olmanın koruyucu bir etken olduğu ve işsizlerde intihar oranının daha yüksek olduğu bildirilmiştir (19). Güleç ve arkadaşları yaptığı çalışmada da intihar girişiminde bulunanların düzenli bir iş yaşamının ve güvencesinin olmadığı saptanmıştır (24). Çalışmamızda hastaların iş durumu incelendiğinde literatürle uyumlu olarak toplam 120 hastanın %38.3'ünün belirli ve düzenli bir işi varken, %28.3'ünün herhangi bir işi bulunmamaktaydı. Hastaların %33.4'ü ise ekonomik geliri olmayan ev hanımı ve öğrenciydi. Literatürde belirtildiği gibi işsizlik intihar eylemi ve intihar girişimlerinde önemli bir risk faktörüdür. İşsizlik kişinin ekonomik düzeyinin düşmesine buna bağlı

olarak da yaşam kalitesinin düşmesine, temel ihtiyaçlarını karşılamada sorunlar yaşamasına neden olup bireyleri çaresiz bırakmaktadır.

Çalışmamızda en fazla intihar girişiminin 21.00-22.00 saat diliminde olduğu, intihar vakalarıyla acil servise başvuruların 18.00-23.00 saatleri arasında arttığı ve en çok %8.3 oranla 18.00-18.59 ve 22.00-22.59 saat aralığında başvuru yapıldığı, acil servise intihar vakalarıyla başvuruların çoğunluğunun gece olduğu saptanmıştır. Ayrıca çalışmamızda ilaç veya toksik madde ile intihar edenlerin acile geliş süreleri ve acilde kalış süreleri, diğer şekillerde intihar edenlerden anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($p=0.001$; $p=0.037$). Çalışma sonuçlarımıza yakın olarak Kekeç ve arkadaşları yaptıkları çalışmada intihar vakalarının en fazla 18.00-24.00 saatleri arasında olduğunu saptamışlardır (24). Dilbaz ve arkadaşları da yaptığı çalışmada benzer sonuç olarak en çok intihar girişiminde bulunulan saati 23.00 olarak saptamışlardır (15). İntihar girişimlerinin, kişi gün içerisinde dikkatini iş, okul veya gün boyu devam eden diğer faaliyetlere yoğunlaştırdığından daha az gerçekleşmektedir. Ailenin tüm bireylerinin bir arada olduğu akşam saatlerinde, sorunlar sebebiyle kişiler arası çatışmalar daha yoğun yaşandığından intihar girişimlerinin akşam ve gece yoğunlaştığı düşünülebilir.

Tüm intiharların %19-24'ünde daha önce yapılmış intihar girişimleri bulunmakta ve bu intihar girişimlerinin de %10'u 10 yıl içinde intihar eylemi ile son bulmaktadır (26). Çalışmamızda intihar eden olguların %1.7'sinin ailesinde ve %10.8'inde kendisinde daha önce intihar girişiminde bulunan bir birey olduğu, daha önce intihar girişimi olanların olmayanlara göre daha ciddi klinik sonuçlar doğurduğu ve yarıya yakınının gözlem için yatırıldığı bulundu.

Çalışmamızda ayrıca psikiyatrik tanı durumuna göre intihar şekli istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermezken ($p>0,05$); ilaç veya toksik maddeyle intihar eden grupta psikiyatrik tanı oranının yüksek olması dikkat çekicidir. Kubalı ve arkadaşları çalışmasında intihar girişiminde bulunanların daha önce intihar girişiminde bulunma oranını %18.9 olarak saptamıştır (27). Deveci ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise intihar girişiminde bulunanların %8.8'inde ailede intihar girişimi bulunmuştur (28). Kubalı ise çalışmasında intihar girişiminde bulunanların %8.4'ünün birinci derece akrabalarında intihar girişimi öyküsü,

%20'sinde psikiyatrik hastalık öyküsünün bulunduğunu göstermiştir (27). Psikiyatrik hastalıklar veya ailede psikiyatrik hastalığı olan birey varlığı, kişinin ruhsal dengesini bozup sorunlar ile baş etmelerini etkileyebileceğini ve intihar girişimine neden olabileceğini düşünmekteyiz.

Çalışmamızda intihar girişiminde bulunun olguların %80.0'inin intihar etme nedeninin aile içi sorunlar olduğu, bunu ise %25.0 ile karşı cinsle sorunlar takip ettiği saptanmıştır. Yalvaç'ın çalışmasında intihar girişiminde en sık intihar nedeni olarak ailevi sorunların (%50) neden olduğu tespit edilmiştir(21). Atlı çalışmasında da ilk sırada yer alan intihar girişim nedeni olarak aile içi geçimsizliği belirlemiştir (2). İntihar girişiminde bulunan bireyler genellikle ailelerini ilgisiz, kendisini reddeden ve destek olmayan bireyler olarak tanımlamaktadırlar. İntiharın etiyolojisinde aile yapısı, etkileşimi ve ilişkilerdeki sorunların önemli bir yere sahip olduğu düşünülmektedir (29).

Kişinin yaşadığı ortamın fiziki koşulları, sakin ya da şiddet unsurları içeren bir ölüm seçme eğilimi ve ölüm fikrinin ciddiyeti gibi faktörler intihar yöntemi seçiminde rol oynar (30). Alptekin ve arkadaşları yaptıkları çalışmalarda benzer şekilde intihar girişiminde bulunan vakaların kullandıkları yöntemlerde ilk sırada ilaç veya toksik madde alımı gelmekteydi (22). Tuan ve arkadaşları Vietnam'da yaptıkları çalışmada intihar vakalarının %99'unda intihar şekli olarak ilaç veya toksik madde alımı, %1'inde keskin cisimle temas ile girişimde buldukları saptanmıştır (31). Şenol ve arkadaşları yaptıkları çalışmada başvuran hastalarda intihar yöntemlerinin başında ilaç alımının olduğunu ancak intihar eylemlerinde ilk sırada yüksekten atlama yönteminin olduğunu bildirmişlerdir (1). Bizim çalışmamızda ise ilaç veya toksik madde ile intihar etme oranı %94.2, kesici alet ile intihar etme oranı %2.5, kendini asarak intihar etme oranı %1.7, ateşli silah ile intihar etme oranı %0.8 ve yüksekten atlayarak intihar etme oranı %0.8 saptanmıştır. Çalışmamızın sonuçları literatürlerle genel olarak uyumlu bulunmuştur. İlaç veya toksik madde alımının daha fazla görülmesinin nedeni ilaçlara ulaşabilmenin kolay, yöntemin ağrısız ve ucuz olmasına bağlanmıştır. İntihar girişimlerinin çoğunda ilaç veya toksik madde alma yönteminin tercih edilme nedeni; kişi için ölümün temel gaye değil içinde bulunduğu duruma dikkat çekmek olduğu şeklinde açıklanabilir.

Hastaların son durumları incelendiğinde hastaların %53.3'ünün acil servisten şifa ile taburcu olduğu, %22.5'inin tetkik ve tedavisi bitmeden tedaviyi ret ettiği, %18.4'ünün hastanemiz yoğun bakımında yer olmadığı ve psikiyatri servisinin bulunmadığından başka bir merkeze sevk edildiğini %5.0'ının herhangi bir servise yatış verildiğini, %0.8'inin ise acil servisimizde exitus olduğunu tespit ettik. Çalışma bulgumuza yakın olarak Şenol ve arkadaşları intihar girişimi nedeniyle acil servise başvuran 333 olgu ile yaptıkları çalışmada hastaların %76'sının acil serviste takip edildiği, %22.2'sinin de yoğun bakım ünitelerinde takip edildiğini saptamışlardır (1). Gökhan ve arkadaşlarının çalışmasında hastaların %51.6'sının acil serviste takip ve tedavisinin yapıldığı, %41'inin ise dahiliye kliniğinde izlendiği bildirilmiştir (32). Kudo ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada acil servise başvuran 1434 intihar vakasının %5.9'u acil serviste eksitus olmuş, geri kalan 1348 hastanın %33.1'i yoğun bakım ünitesine, %33.8'i ise hastanede ilgili bölüme yatırılarak takip edilmiş %27.2'si de acil serviste tetkik ve tedavi sonrası taburcu edilmiştir. Sonuç olarak mortalite oranı %5.9 olarak tespit edilmiştir (33). Başvuruların acil klinik durum sebebiyle ve mesai saati dışında 24 saat hizmet veren acil servislere yapılması ve temel tedavilerin burada uygulanması beklenen bir bulgu olarak değerlendirilebilir. Yapılan çalışmalar değerlendirildiğinde intihar girişimi nedeni ile hastaneye başvuran vakaların büyük çoğunluğunun tedavi ve takiplerinin acil servislerde yapıldığını ve şifa ile taburcu olduklarını görmekteyiz. Bu nedenle acil serviste çalışan hekimlerin hastaları değerlendirirken; intihar girişiminin ortaya çıkarılmasına yönelik iyi bir anamnez alması, intihara sürüklenme nedeninin tespiti ve çözüme kavuşturulmasını sağlamak ve tekrarını önlemek amacıyla hastalara ve yakınlarına durumu anlatarak psikiyatri polikliniğine yönlendirilmeleri gerekmektedir (34).

Literatür de intihar girişimi sebebiyle acil servise getirilen hastalardaki maliyet analizi ile ilgili veriler sınırlıdır ve acil servislerde maliyeti değiştiren verilerin değerlendirdiği çalışmalarda birçok parametreye bakılmadığı saptanmıştır. Bununla birlikte Nalliah ve arkadaşlarının 200 bin civarı çocuk intoksikasyonu değerlendirdiği çalışmada vaka başı acil servis maliyeti her başvuru için 1077\$ (dolar) olarak belirlenmiştir (35).

Amerika Birleşik Devletleri'nde 2013 yılı verilerine göre intihar girişimlerinin maliyeti 58.4 milyon dolar olarak tespit edilmiştir (36). Ülkemizde Serinken ve ark. yaptığı çalışmada ise hastaların ortalama maliyetin 144,06\$ olduğu rapor edilmiştir (37). Akar ve arkadaşları yaptığı çalışmada ise intihar girişimlerinin hastane maliyetlerini 405,1 TL olarak bildirilmiştir (9). Bizim çalışmamızda intihar girişimi sebebiyle acil servise başvuran hastaların en düşük maliyeti hiçbir şey yapılmadan sadece yeşil alan muayene ücreti olan 15.5 TL, en yüksek maliyeti ise 510 TL olup maliyet ortalaması 172,25 TL, toplam maliyeti ise acil hizmet bedeline eklenen konsültasyon ücreti oluşturmakta olup ortalaması 176.50 TL bulunmuştur. Diğer çalışmaların sonuçlarına göre düşük saptanmasının sebebini çalışmamızda sadece hasta için harcanan hizmet bedeli dahil edilmiş olup, insan faktörü maliyetini dahil etmememize bağladık. Çalışmamızın sonuçlarına göre intihar şekline göre hizmet bedeli arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır. Acilde kalış süreleri ile hizmet bedeli arasında pozitif yönlü (kalış süresi arttıkça hizmet bedeli de artan) istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır. Anestezi konsültasyonu istenen hastaların toplam maliyeti diğer konsültasyon istenen bölümlerden anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur.

Sonuç

İntihar eylemi ile başvuran hastaların yaklaşık yarısının tanı ve tedavi süreci Acil Serviste tamamlanmaktadır. Acilde kalış süresinin uzaması toplam maliyeti istatistiksel olarak arttırmaktadır. Bu hesaba doktor ve diğer sağlık personelinin hizmet maliyeti eklendiğinde bu maliyetin daha da yüksek olacağı aşikardır. Bu nedenle hastaların tanı ve takip sürecinde yeni protokoller geliştirilmelidir.

Çalışmanın Sınırlılığı

Maliyet analizi hesaplanması hastalık maliyetleri, hastalığın tanı ve tedavi sürecinde yapılan doğrudan sağlık harcamaları ve hastalığa bağlı işgücü kaybının neden olduğu dolaylı sağlık harcamalarını kapsar. Bu çalışmada maliyet bedeli olarak bir hastanın hastane otomasyon sistemine kaydedilen muayene, tetkik, tedavi ve konsültasyon ücretleri değerlendirildi. Çalışan personel, doktor gibi ücretlerin hesaba katılmaması çalışmanın kısıtlılığı olarak kabul edilebilir.

Kaynaklar

1. Şenol V, Ünal D, Avşaroğulları L, İkizceli İ. İntihar girişimi nedeniyle Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Anabilim Dalı'na başvuran olguların incelenmesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2005; 6: 19-29.
2. Atlı Z. İntihar Olasılığı Ölçeği (İÖÖ)'nin Klinik Örneklemdeki Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. A.M.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Aydın, 2007.
3. Lonqvist JK. Suicide: epidemiology and causes of suicide. *New Oxford Textbook of Psychiatry*. Gelder MG, López-Ibor pez-Ibor JJ, Andreasen N (eds). Oxford: Oxford University Press, 2000: 1033– 1039.
4. Kposowa AJ: Unemployment and suicide: a cohort analysis of social factors predicting suicide in the US National Longitudinal Mortality Study. *Psychol Med* 2001; 31: 127-138.
5. Heikkinen A, Aro H, Lonqvist J: Recent life events, social support and suicide. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1994; 377: 7-65.
6. Bekaroğlu M. Birinci Basamak İçin Acil Psikiyatri. İstanbul, Uniform Matbaası, 1998.
7. Yiğit Ç, Peker S, Cankul İ, Kostik Z, Alkan M, Özer M ve ark. GATA Eğitim Hastanesinde Yatan Hasta Maliyetinin Belirlenmesi. *Gülhane Tıp Dergisi*. 2003; 45: 233-243.
8. Talakacı S: Sağlık İşletmelerinde Maliyetlerin Belirlenmesi, Özel Sektör il Kamu Hastane İşletmelerinde Maliyet Analizi ve Bir Uygulama. Te Çalışması, Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı Muhasebe Finansman Bilim Dalı. Konya 2009: 8-95.
9. Akar T, Derinöz O, Demirel B. Drug intoxications and hospital costs. *Turk Arch Ped* 2007; 42: 103-106.
10. Mgaya E, Kazaura RM, Outwater A, Kinabo L. Suicide in the dar es salaam region, Tanzania, 2005. *J Forensic Leg Med* 2007; 30: 2-5.
11. Yüksel N. İntiharın Nörobiyolojisi. *Klinik Psikiyatri Dergisi*. 2001; 4: 5-15.
12. Dilsiz A, Dilsiz F. İntihar girişimlerinde belirtilen nedenler. *Kriz Dergisi* 1993; 1: 124- 129.
13. Tuzer T, Bayam G, Bitlis V. İntihar girişiminde yöntem seçimini etkileyen faktörler. *Kriz Dergisi* 1995; 3: 257-59.
14. Özgüven HD. İntiharlar ve İntihar Girişimlerinin Hızı ve Temel Sosyodemografik Özellikleri. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, 2004: 1-6.
15. Dilbaz N, Şengül CB, Çetin MK, Şengül C, Okay T, Yurtkulu F, Duman T. Genel bir hastanede intihar girişimlerinin değerlendirilmesi. *Kriz Dergisi* 2005; 13: 1-10.
16. Kerkhof AJFM, Arensman E. Attempted suicide and deliberate self harm epidemiology and risk factors. Gelder MG, Lopez JJ, Andreasen N (ed). *Ne Oxford*

- Text Book of Psychiatry First ed. Leiden University Press and World Health Organization, 2000: 1039-1045.
17. Beautrais AL, Joyce PR ve Mulder RT. Personality traits and cognitive styles as risk factors for serious suicide attempts among young people. *Suicide and Life-Threatening Behaviour*, 1999; 29: 37-47
 18. Kekeç Z, Sözüer EM, Duymaz H, Ökkan S. Acil Servise Başvuran Çoklu İlaç Zehirlenmelerinin Yedi Yıllık Analizi. *Türkiye Acil Tıp Dergisi* 2005; 5(2): 69-72.
 19. Sayıl I, Devrimci-Ozguven H. Suicide and suicide attempts in Ankara in 1998: results of the WHO/EURO multicentre study on suicidal behaviour. *Crisis* 2002; 23: 11-16
 20. Asoglu M. Sanlıurfa'da intihar Girişimlerinin ilişkili Olduğu Risk Faktörleri. H.Ü. Tıp Fakültesi, Uzmanlık Tezi, Sanlıurfa, 2007
 21. Yalvaç DH. İntihar Girişiminde Bulunan Bireylerde Psikiyatrik Morbidite, Kişilik Bozukluğu ve Bazı Sosyodemografik ve Klinik Etkenlerle İlişkisi (Uzmanlık Tezi). İnönü üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri A.D. Malatya, 2006.
 22. Alptekin K, Duyan V, Demirel S. Adıyaman'da intihar girişimleri. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2006; 7: 150-56
 23. Schmidtke A. Attempted suicide in Europa: rates, trends and sociodemographic characteristics of suicide attempters during the period 1989- 1992. Results of the WHO/EURO Multicentre Study on Parasuicide. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 1996; 93: 327-338.
 24. Güleç G, Aksaray G. İntihar Girişiminde Bulunan Gençlerin Sosyodemografik-Sosyokültürel ve Aile Özelliklerinin Değerlendirilmesi. *Yeni Symposium* 2006; 44: 141-150.
 25. Kekeç Z, Yıldırım C, İkizceli İ, Gönül A, Sözüer E. Özkıyım girişimi nedeni ile acil servise başvuran hastalarda hazırlayıcı etkenler. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2000; 1: 157- 161
 26. Sayar K, Acar B. Psikofarmakolojik ajanlarla yapılan intihar girişimlerinde risk etkenleri. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni* 199; 9: 208-212.
 27. Kubalı Z. Ankara İlinde Bir Kamu Hastanesi Acil Bölümünde İntihar Girişim Vakalarının İncelenmesi. G.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2007.
 28. Deveci A, Aydemir O, Mızrak S. İntihar girişiminde bulunanlarda sosyodemografik özellikler, stres etmenleri ve ruhsal bozukluklar. *Kriz Dergisi*. 2005; 13: 1-9.
 29. Aktepe E, Kandil S, Göker Z, Topbaş KSM, Özkorumak E. İntihar girişiminde bulunan çocuk ve ergenlerde sosyodemografik ve psikiyatrik özelliklerin değerlendirilmesi. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 2006; 5: 444-454.
 30. Palabıyıkoglu R. İntihar Davranışında Ailenin Rolü ve Önemi. A.Ü. T.F. Psikiyatrik Kriz Uygulama ve Araştırma Merkezi, Ankara, 1992.
 31. Tuan VN, Dalman C, Le TC, Thiem V, Nguyen NV, Tran, Allebeck P. Suicide attempt in a rural area of Vietnam: incidence, methods used and access to mental health care. *Int J Ment Health Syst* 2010; 4: 3.
 32. Gökhan S. Özkıyım nedeni ile acil servise başvuran Olguların demografik verilerinin özkıyım yöntemlerine göre değerlendirilmesi. T.C. Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp AD, Tıpta uzmanlık tezi, Diyarbakır, 2008.
 33. Kudo K, Otsuka K, Endo J, Yoshida T, Isono H, Yambe T, et al. Study of the outcome of suicide attempts: characteristics of hospitalization in a psychiatric ward group, critical care center group, and nonhospitalized group; *BMC Psychiatry* 2010; 10: 4-5.
 34. Yanturalı S. Acil serviste intihar düşüncesi olan hastaya yaklaşım. *Acil Tıp Dergisi* 2000; 3: 246-253.
 35. Nalliah RP, Anderson IM, Lee MK, Rampa S, Allareddy V, Allareddy V. Children in the United States make close to 200, 000 emergency department visits due to poisoning each year. *Pediatr Emerg Care*. 2014; 30(7): 7-453.
 36. Shepard DS, Gurewich D, Lwin AK, Reed GA Jr, Silverman MM. Suicide and Suicidal Attempts in the United States: Costs and Policy Implications. *Suicide Life Threat Behav*. 2016 Jun;46(3):352-62.
 37. Serinken M, Karcioğlu O, Sengül C, Turkcuer I, Keysan MK. Hospital costs of managing deliberate self-poisoning in Turkey. *Med Sci Monit*. 2008; 14(3): 152-158.

Ebelerin Profesyonel Değerleri Ölçeğinin Geliştirilmesi***Development of the Midwifery Professional Values Scale**Şenay DEMİRBAŞ MEYDAN^a, Nurten KAYA^b

ÖZ Amaç: Bu araştırma; Ebelerin Profesyonel Değerleri Ölçeği'ni geliştirmek amacıyla metodolojik türde yapıldı. **Gereç ve Yöntem:** Uluslararası Ebelik Konfederasyonu, etik kodlarından yararlanılarak 46 maddelik taslak Ebelerin Profesyonel Değerleri Ölçeği oluşturuldu. Kapsam (İçerik) Geçerliği (16 uzman görüşü), Yapı Geçerliği (Faktör Analizi), Madde Analizi, İç Tutarlılık Analizi, Test-Tekrar Test Analizi yöntemleri ile taslak Ebelerin Profesyonel Değerleri Ölçeği'nin geçerlilik ve güvenilirliği test edildi. Analizler sonucunda, 30 maddelik "Ebelerin Profesyonel Değerleri Ölçeği" son halini aldı. Araştırmanın evreni; İstanbul bölgesinde ebe kadro sayısı en fazla olan sekiz hastanede ebe olarak görev alanlardan meydana geldi. Ebelerin Profesyonel Değerleri ölçeğinin ikinci aşamadaki taslak şekli 44 maddeden oluştuğundan madde sayısının en az on katı olan 440 ebe örnekleme alındı. Araştırma kapsamına alınan verilerde kayıpların olacağı düşünülerek 5 ebe, yedek olarak araştırmaya dahil edildi. Sonuç olarak araştırma tabakalı rastgele örnekleme yöntemi ile seçilen 445 ebe üzerinde gerçekleştirildi. **Bulgular:** Kapsam (İçerik) Geçerliği amacı ile uzmanlardan alınan görüşler taslak ölçeğin 46 maddesinin kabul edilir nitelikte olduğunu gösterdi. Fakat düşük oranda uygun bulunmayan iki madde karşılıklı görüşmeler sonucunda ölçekten çıkarıldı (44 madde). Taslak Ebelerin Profesyonel Değerleri Ölçeği'nin faktör analizi sonucunda toplam varyansın %60,29'unu açıklayan 30 maddeli 4 faktörlü (Ebelik İlişkileri, Ebelik Uygulamaları, Ebelik Bilgi ve Uygulamalarında Gelişme, Ebelerin Mesleki Sorumlulukları) yapı oluştu. 30 maddeli Ebelerin Profesyonel Değerleri Ölçeği'nin toplam puanda; Cronbach Alpha güvenilirlik katsayısı 0,96; madde-toplam puan korelasyonu 0,547-0,689 arasında bulundu. Ebelerin Profesyonel Değerleri Ölçeği'nin test-tekerrar test korelasyon katsayısı ölçeğin toplamında 0,93 bulundu. **Sonuç:** Geliştirilen Ebelerin Profesyonel Değerleri Ölçeği geçerlilik ve güvenilirliği oldukça yüksek, mesleğe karşı tutumu belirlemede yeterli bir ölçme aracıdır. **Anahtar kelimeler:** Ebelik, geçerlik, güvenilirlik, ölçek geliştirme, profesyonel değerler

ABSTRACT Aim: This research; of midwives Professional Values, promote methodological types of Scale. **Methods:** Research, Istanbul region; three hospitals depending on the Association of Public Hospitals of Fatih, two hospitals depending on the Association of Public Hospitals of Istanbul North Anadolu, two hospitals depending on the Association of Public Hospitals of Istanbul South Anadolu, one hospital depending on the Association of Public Hospitals of Cekmece Region, on the midwife staff a total of no more than the maximum number of 8 's in the hospital, was made between the dates of March 2015-June 2015. **Results:**The research universe; The maximum number of midwives in Istanbul staff of eight in hospital occurred as the midwife of midwives Professional Values from the scale of the number of items from 44 in draft form item is retrieved at least ten times the research sampling data received 440 midwife in losses were included in the study as a backup in mind will be 5 midwife. As a result research stratified random sampling method (layer was used as the criteria for hospitals) was carried out on the selected 445 with midwife. EPDÖ is the items of the ICM's 46-point scale was created by using the code of ethics. These materials are the validity scope (context,16 expert opinion), the validity of doing (factor analysis), item analysis, analysis of the internal consistency of the lower Dimensions item analysis, test-retest reliability analysis validity and analysis were performed. As a result of the 30-point analysis "midwifery professional values scale" created a new scale. **Conclusion:** As a result, "the scale of the Professional Values of midwives" of validity and reliability is very high, the attitude towards the profession was determined to be sufficient in determining a measuring tool.

Keyword: Midwifery, validity, reliability, scale development, professional values

Giriş

Toplumda genelde tüm uğraşları meslek olarak görme eğilimi vardır, fakat toplumda kabul gören tüm uğraşlar meslek olarak kabul edilmez. Uğraşların meslek olarak kabul edilmesi için bazı ölçütleri taşıması gerekmektedir.

Bu ölçütleri karşılayan bir meslek, insanlara yararlı mal ve hizmet üretmek ve bunun karşılığında para kazanmak için yapılan, belli bir eğitimle kazanılan, sistemli bilgi ve becerilere dayalı, kuralları toplumca belirlenen ve etik

Geliş Tarihi/Received:10-11-2017 / Kabul Tarihi/Accepted:26-12-2017

^aUzman Ebe, İstanbul Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi Bölüm Koordinatörü, ORCID ID:0000-0003-1500-5333

^b Doç. Dr. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü, ORCID ID: 0000-0003-0414-3589

Sorumlu Yazar /Correspondence: Şenay DEMİRBAŞ MEYDAN,e-mail: senay_1501@hotmail.com

* Bu çalışma, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezidir

değerleri kapsayan etkinlikler bütünüdür (1).

Meslek ölçütleri ile ilgili çalışmalar 1950’li yılların başından günümüze kadar birçok sosyal araştırmacı tarafından yapıldı (2,3). Literatürde meslek ölçütleri içinde öncelikli olarak; uzun ve örgün bir eğitim süresi, tanımlanmış normlar, karar verme ve uygulamada otonomi, belli bir cinsiyete özgü olmama, özel bir hizmet/ürün ile toplumsal bir gereksinimi yanıtlama, eğitim-hizmet vb. alanlarda kullanılan etik kural ve yasalar sıralanmaktadır. Görüldüğü gibi bir mesleğin kendine özgü ahlaki kurallarının, diğer bir deyişle etik kodlarının olması, önemli bir meslekleşme ölçütüdür (3,4).

Dünyada en eski mesleklerden biri ebelik mesleğidir ve her dönemde mesleğe özgü ahlaki kuralları olmuştur (5). Ebelik mesleği, bilim ve sanatın birleştiği, ruh ve etik değerler üzerine temellenmiş profesyonel bir sağlık disiplini (6). Bir mesleğin profesyonelleşmesi için, o mesleğin toplum tarafından kabul görmesi gerekmektedir (7). Bu meslek, Türk kültüründe itibar görmüş, kadınlar için emek veren tanrıçalar olarak uzun yıllar kabul edilmiştir (8).

Ebelik uygulamaları, zaman, güven, farkındalık ve alçak gönüllülük anahtar olarak görülerek doğum ve sonrası korkuları dengeleyen, gebelik ve doğumun fizyolojik gerçekliklerine dayandırılan, kadın ve bebekleri etkileyen, kültürel değerlerle çevrili mesleki ve kişisel değerlere dayanır (9,10). Mesleğe özgü etik kodları şekillendiren değerlerin, insanın tutum ve davranışlarını etkilediği, biçimlendirdiği ve yönlendirdiği ileri sürülmektedir (5). Çok farklı tanımları yapılmakla beraber genelde değer; bireye, objeye, düşünceye ait güçlü motivasyonel, sübjektif, doğru, gerçek, güzel, iyi olanın seçimi olarak tanımlanır. Mesleki değerler ise; bir meslek grubu tarafından önem verilen genel niteliklerdir (11). Diğer bir literatürde değer; bir şeyin arzu edilebilir ya da edilemez olduğu hakkındaki inanç olarak tanımlanmaktadır (12).

Öte yandan bireyler değerleriyle doğmazlar; daha ziyade değerler çevre, aile ve kültürden etkilenerek ömür boyu biçimlenmeyi sürdürür. Ebeler için gebelik ve doğum değer yüklü deneyimler olup; annelere ve bebeklerine hümanist ve bütüncül yaklaşan kişilerdir. Ebelerin kadın sağlığı, gebelik öncesi, gebelik sırası, doğum, doğum sonrası bakım ve yeni doğanlara yönelik pek çok rolleri vardır (5,13).

Ebelik rollerinin mesleki değerlere göre planlanması ve uygulanması, hümanist ve bütüncül bakım uygulamalarına katkı sağlayacaktır. Bu nedenle ebeliğin kendine özgü etik kodlarının bulunması, kaçınılmaz bir gerekliliktir (4,14).

Günümüzde Türkiye’deki Ulusal Ebeler Derneğinin kabul ettiği ve Uluslararası Ebeler Konfederasyonu (The International Confederation of Midwives-ICM) tarafından geliştirilen etik kodlar bulunmaktadır (5,13). Diğer yandan ebelerin uygulamalarında ICM’in etik kodlarını rehber alıp almadıkları dolayısı ile uygulamalarını profesyonel ebelik değerlerine dayandırılma durumu irdelenmesi gereken önemli konulardan biridir. Söz konusu irdelenmeyi yapabilmek için geçerli ve güvenilir ölçme araçlarına dolayısı ile bir ebelerin profesyonel değerleri ölçeğine gereksinim vardır.

Gereç ve Yöntem

Araştırmanın Amacı ve Türü

Bu araştırma; Ebelerin Profesyonel Değerleri Ölçeği’ni geliştirmek amacıyla metodolojik türde gerçekleştirildi.

Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi

Araştırmanın evreni; İstanbul Bölgesinde ebe kadro sayısı en fazla olan sekiz hastanedeki ebelerden meydana geldi. Ebelerin Profesyonel Değerleri Ölçeği’nin taslak şekli 44 maddeden oluştuğundan madde sayısının en az on katı olan 440 ebe örnekleme alındı. Araştırma kapsamına alınan verilerde kayıpların olacağı düşünülerek 5 ebe yedek olarak araştırmaya dâhil edildi. Sonuç olarak araştırma tabakalı rastgele örnekleme yöntemi (tabaka ölçütü olarak hastaneler kullanıldı) ile seçilen 445 ebe üzerinde gerçekleştirildi. Araştırmaya ebelerin dâhil edilme ölçütleri; diplomalı olarak ebe kadrosunda çalışıyor olma, araştırmaya katılmaya gönüllü olma olarak belirlendi. Araştırma dışı tutulma ölçütü; çalışmanın yapıldığı sırada, ebenin izinli veya raporlu olması şeklinde oluşturuldu.

Veri Toplama Araçları

Veri toplama aracı olarak, araştırmacı tarafından geliştirilen ebelerin sosyo-demografik özelliklerine yönelik “Ebe Bilgi Formu”, “Ebelerin Profesyonel Değerleri Ölçeği (EPDÖ)”, kullanıldı.

Ebe Bilgi Formu: Ebelerin yaşı, mesleki öğrenim durumu, çalıştığı birim ve birimdeki görevi değişkenlerinden oluştu.

Ebelerin Profesyonel Değerleri Ölçeği (EPDÖ): Ölçek, ICM etik kodları rehber alınarak oluşturuldu. Ölçeğin 5’li likert tasarımı; “önemli değil”, “biraz önemli”, “önemli”, “çok önemli”, “son derece önemli” şeklinde derecelendirildi. Likert tipi ölçekteki her bir ifade 1’ den 5’e puanlandı. Ölçekte yer alan her bir madde için “önemli değil” yanıtına “1”, “biraz önemli” yanıtına “2”, “önemli” yanıtına “3”, “çok önemli” yanıtın “4” ve “son derece önemli” yanıtına “5 puan verildi. Ölçekte ters kodlanması gereken ifade bulunmamaktadır. Ölçeğin geliştirilme aşamaları Veri Toplama Süreci bölümünde yer almaktadır.

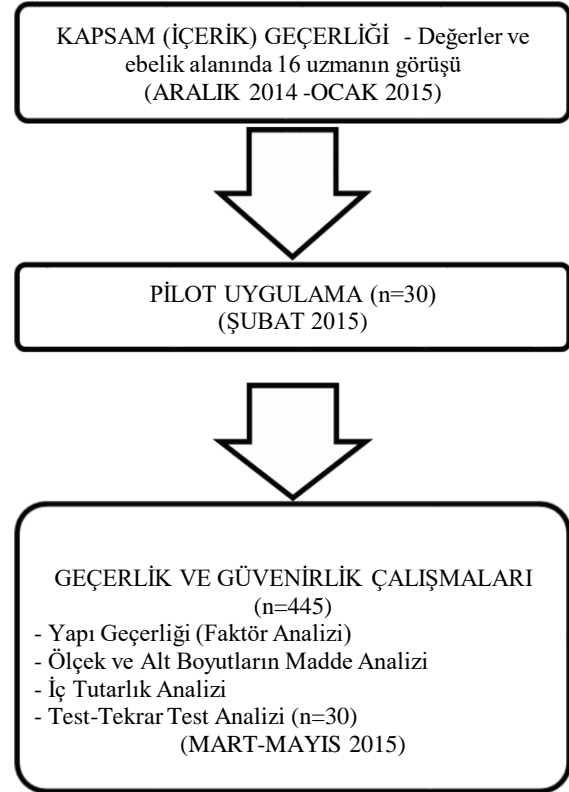
Veri Toplama Süreci

Madde havuzu oluşturma aşaması: Likert tipi değer ölçeği hazırlamak için bir dizi işlemin gerçekleşmesi gerekmektedir. Diğer bir deyişle ölçülmek istenen değerle ilişkili olduğu düşünülen çok sayıda olumlu biçimde ifade edilmiş değer cümlesi yazılması gerekmektedir. EPDÖ’nün maddeleri ICM’in etik kodlarından yararlanılarak oluşturuldu.

Uzman görüşü aşaması: Ebelik değerlerine dayalı profesyonel uygulama önermeleri ile hazırlanan 46 maddelik ölçek, kapsam geçerliliği açısından 16 uzman görüşüne sunularak ön elemenden geçirildi. Uzmanlardan her bir maddeyi “uygun değil, biraz uygun, uygun, çok uygun” şeklinde değerlendirmeleri istendi. Uzmanlardan gelen öneriler doğrultusunda benzer ifadeleri içeren maddeler çıkarıldı. Buna göre Ebelerin Profesyonel Değerler Ölçeği taslağında ilk aşamada 46 madde bulundu. Uzman görüşüne göre taslak ölçekteki 9. madde ve 28. maddeler çıkarıldı toplam 44 maddeden oluşan taslak ölçek elde edildi. Ölçeğin uzman görüşüne ilişki istatistik verileri bulgular bölümünde bulunmaktadır. **Ön uygulama aşaması:** Uzmanların yazılan tutum ifadelerine ilişkin değerlendirmelerine dayanarak yapılan düzenlemelerden sonra 44 maddelik deneme ölçeği 30 kişilik bir gruba yüz yüze görüşme yöntemi ile uygulandı. Ölçeği yanıtlama süresinin yaklaşık 20 dakika olduğu saptandı.

Maddelerin anlaşılabilirliği vb. özellikler yönünden sorun saptanmayan taslak

EPDÖ’nün geçerlik ve güvenilirlik analizleri yapıldı (Şekil 1).



Şekil 1: Araştırmanın Tasarımı

Araştırmanın Etik Yönü

Bu çalışma, Helsinki İnsan Hakları Bildirgesi ilkelerine uygun olarak oluşturuldu. Medipol Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan etik kurul onayı alındı (Tarih: 18/07/2014, Sayı: 10840098) ve araştırmanın yapılacağı kurumlardan yazılı izinler alındı. Araştırma kapsamındaki bireylerin haklarının korunması için araştırma verilerini toplamaya başlamadan önce bireylere, araştırmanın yapılma amacı, süresi ve araştırma süresince yapılacak işlemler açıklanarak “Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur” yazılı ve sözlü olarak alındı. Bireylerin, bilgilerinin araştırmacı ile paylaşıldıktan sonra korunacağı söylenerek “gizlilik ve gizliliğin korunması” ilkesine uyulmasına özen gösterildi.

Veri Analizi

Taslak ölçeğin geçerlik ve güvenilirlik çalışması için verilerin analizinde SPSS 13.0 (Statistical Package for Social science for Windows Version 13.0) paket program kullanıldı. Kullanılan istatistik yöntemler Tablo 1’de verildi.

Tablo 1. Çalışmadan Elde Edilen Verilerin Analizinde Kullanılan Yöntemler

	Analiz Yöntemi	Geçerlik/Güvenirlilik
Kapsam (İçerik) Geçerliliği	Lawshe Tekniği	Geçerlik
Yapı Geçerliliği (Faktör Analizi)	Temel Bileşenler Analizi (Principal Components Analysis) Ve Varimax Rotasyon Yöntemi	Geçerlik
Madde Analizi		
Tüm Grup İçin Madde-Toplam Puan Analizi	Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon Analizi	Güvenirlilik
Yaş Gruplarına Göre Madde-Toplam Puan Analizi	Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon Analizi	Güvenirlilik
Alt Boyutların Madde Analizi		
Alt Boyutların Madde-Toplam Puan Analizi	Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon Analizi	Güvenirlilik
Alt Boyut-Toplam Puan Analizi	Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon Analizi	Güvenirlilik
İç Tutarlık Analizi	Cronbach Alfa Analizi	Güvenirlilik
Test-Tekrar Test Analizi (n=30)		
Test-Tekrar Test Puan ortalamaları Arasındaki Uyumluluğun Değerlendirilmesi	Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon Analizi	Güvenirlilik
Test-Tekrar Test Puan Ortalamaları Arasındaki Farkın Değerlendirilmesi	Bağımlı Gruplarda t Testi	Güvenirlilik

Bulgular

Geçerlik güvenirlik çalışmasına katılan ebelerin yarısından fazlasının (%55.5) 34 yaş ve altında, yaş ortalamalarının 34.86 ± 5.61 ; mesleki deneyim süresi ortalamasının 5.65 ± 4.84 yıl olduğu saptandı. Bu bölümde; ebelerin profesyonel değerleri ölçeğini geliştirmek amacı ile gerçekleştirilen araştırmadan elde edilen bulgular Ebelerin Profesyonel Değerleri Ölçeğinin kapsam (içerik) geçerliliği”, yapı geçerliliği (faktör analizi)” ve güvenirliği” başlıklar altında ele alındı:

Ölçeğin Kapsam (İçerik) Geçerliliği

Uzman görüşlerinin değerlendirilmesinde kapsam geçerlik indeksi kullanıldı. Buna göre 46 maddelik taslak ölçekte yer alan her bir maddenin anlaşılabilirlik ve ebelerin profesyonel değerleri konusundaki içerik yönünden uygunluğunu 1-4 arasında değişen derecelerde, ebelik ve değerler konusunda uzman 16 kişi (1 Profesör, 5 Doçent, 8 Yrd. Doçent, 1 Doktor, 1 Öğretim Görevlisi) tarafından değerlendirilmesi istendi. Puanlamada 1 puan: Uygun değil; 2 puan: Biraz uygun (maddelerin / ifadelerin uygun şekilde getirilmesi gerekir); 3 puan: Uygun (ancak ufak değişiklik gerekli); 4 puan: Çok uygun olarak belirlendi. Ölçek maddelerinin uygun olup olmadığına ilişkin verilen puan

ortalamaları, bu dördümlük likert tipi ölçek üzerinden, 3.24 ± 0.93 ile 4.00 ± 0.00 arasında bulundu. Uzman görüşünden elde edilen veriler üzerinde yapılan Lawshe'nin içerik geçerliliği oranının hesaplaması sonuçlarına göre tüm maddelerin kabul edilir nitelikte olduğu saptandı (15). Öte yandan taslak ölçeğin puan ortalaması ve Lawshe'nin minimum içerik geçerliliği oranlarının yanı sıra uzmanların maddelerin ifade şekli ve içeriği konusundaki önerileri de değerlendirildi. Bu güçlü istatistik verilere karşın, alınan geri bildirimler doğrultusunda maddeler tekrar gözden geçirilerek düşük oranda uygun bulunmayan ölçek madde (madde 9, madde 28) çıkarılmasına karar verildi. Sonuç olarak madde sayısı 44'e indi.

Ölçeğin Yapı Geçerliliği: Faktör Analizi

Kapsam geçerliliği için uzman görüşleri alınan Ebelerin Profesyonel Değerleri Ölçeği taslağının yapı geçerliliği faktör analizi ile incelendi. Kaiser-Meyer Olkin (KMO) katsayısı 0.94 ve Barlett testi sonucu ileri düzeyde ($X^2=8542.246$, $P=0.000$) anlamlı bulundu. Faktör yapısının incelenmesinde Temel Bileşenler Analizi (Principal Components Analysis) ve varimax rotasyon yöntemi kullanıldı. Buna göre ölçeğin faktör yük değerleri 0.40 olarak kabul edilmesi nedeniyle yapılan faktör analizinde toplam

Tablo 2. Taslak Ebelerin Profesyonel Değerler Ölçeğinin Faktör Analizi Sonuçları (n=445)					
Ölçek Alt Boyutları	No	Maddeler	Maddelerin Faktör Yükleri	Özdeğer	Faktörlerin Açıkladığı Varyans(%)
Faktör 1 Ebelik ilişkileri	1	Ebe, sağlık hizmetine gereksinimi olan kadının biyolojik, psikolojik ve sosyo-kültürel doğasında bütüncül bakım verir.	0.805	5.847	19.489
	2	Ebe, uygulamalarında güncel, kanıta dayalı mesleki bilgileri kullanır.	0.761		
	3	Ebe, uygulama alanında disiplinler arası ekip çalışmasına önem verir.	0.759		
	4	Ebe, uygulamalarını etik ilkelere temellendirir.	0.698		
	5	Ebe, sağlığa zararlı kültürel uygulamaları ortadan kaldırmak için çalışır.	0.640		
	6	Ebe, kadınlara, sağlığı koruma ve geliştirme konusunda rol model olur.	0.613		
	7	Ebe, gerçekleştirdiği uygulamaların sorumluluk ve yükümlülüğünü üstlenir.	0.596		
	8	Ebe, meslektaşlarının gelişimini destekleyici nitelikte profesyonel ilişkiler kurar.	0.580		
	9	Ebe, hizmet verdiği birey ve sağlık ekibinin diğer üyeleri ile saygılı, yapıcı etkin ve samimi bir paylaşımına inanır.	0.562		
	10	Ebe, uygulamalarında kullandığı teknolojinin, insanların hakları, onuru ve güvenliği ile uyumlu olmasına özen gösterir.	0.535		
	11	Ebe, kadına eğitim ve danışmanlık yapar.	0.426		
Faktör 2 Ebelik Uygulamaları	12	Ebe, hizmet sunarken kişisel çıkarlar gözetmez ve herhangi bir kişi ya da kurumla çıkar ilişkisine girmez.	0.738	4.986	16.622
	13	Ebe, ebelik hizmetleri ve tıbbi müdahaleler sırasında kadının mahremiyetini korur.	0.723		
	14	Ebe, bakımından sorumlu olduğu her kadını ve yenidoğamı değerli görür.	0.699		
	15	Ebe, hizmetleri karşılığında kurumları tarafından kendilerine verilen ücretler (maaşları) dışında, hizmet verdikleri kişiler ve gruplardan maddi bir karşılık beklemez.	0.687		
	16	Ebe, kadınların ilgisizlik, deneyimsizlik ya da ihmal nedeniyle zarar görmesini önler.	0.621		
	17	Ebe, mesleği ile ilgili yasa ve politikaların oluşturulmasına katılır.	0.602		
	18	Ebe, kadın, gebe ve yeni doğanın sağlık bakımı ve güvenliği açısından yetersiz ve yasaya uymayan girişimlere maruz kalmasını önler.	0.590		
	19	Ebe, kadınların sağlık gereksinimlerinin karşılanmasına yardım eder.	0.579		
	20	Ebe, kadının bakımı ve tedavisinden sorumlu sağlık ekibi üyelerinin dışındaki kişilerin, sağlık kayıtlarına ulaşmasını engeller.	0.464		
Faktör 3 Ebelik Bilgi ve Uygulamalarında Gelişme	21	Ebe, kapsamlı tanımla ile kadın sağlığının geliştirilmesini, sürdürülmesini ve hastalıkların önlenmesini sağlar.	0.738	4.251	14.171
	22	Ebe, mesleki bilgi ve becerilerini geliştirir.	0.706		
	23	Ebe, bilimsel araştırmalarda, araştırma etiği kurallarına uyar.	0.688		
	24	Ebe, bilimsel araştırmalarda, araştırma kapsamına alınan bireylerin haklarını savunur.	0.665		
	25	Ebe, kaynakları bireylerin gereksinimleri doğrultusunda adil paylaşır.	0.592		
	26	Ebe, ulusal ebelik derneğine üye olur.	0.574		
	27	Ebe, kadının kendisiyle paylaştığı özel ya da gizli bilgileri, hayati bir tehlike ya da yasal bir zorunluluk olmadığı sürece kimseyle paylaşmaz.	0.493		
Faktör 4 Ebelerin Mesleki Sorumlulukları	28	Ebe, bilgi ve becerisinin yeterli olmadığı uygulamaları, yeterlilik kazanana kadar gerçekleştirmez.	0.615	3.004	10.014
	29	Ebe, kendi haklarını koruyamayacak durumda olan kadının ve bebeğin haklarının savunuculuğunu üstlenir.	0.597		
	30	Ebe, kadınların haklarını savunacak yeterliliğe gelmeleri için kadınları cesaretlendirir.	0.529		

Tablo 3. Ebelerin Profesyonel Değerleri Ölçeğinin Madde-Toplam Puan Korelasyonu ve Cronbach Alpha güvenilirlik katsayısı (n=445)

No	EBELERİN PROFESYONEL DEĞERLERİ ÖLÇEĞİNİN MADDELERİ	r	p	Cronbach Alpha
1	Ebe, meslektaşlarının gelişimini destekleyici nitelikte profesyonel ilişkiler kurar.	0.586	0.000	0.95
2	Ebe, kadınların haklarını savunacak yeterliliğe gelmeleri için kadınları cesaretlendirir.	0.605	0.000	0.95
3	Ebe, sağlık ekibinin diğer üyeleri ve hizmet verdiği birey ile saygılı, yapıcı, etkin ve samimi bir iletişim kurar.	0.585	0.000	0.95
4	Ebe, uygulama alanında disiplinler arası ekip çalışmasına önem verir.	0.610	0.000	0.95
5	Ebe, uygulamalarında güncel, kanıta dayalı mesleki bilgilerini kullanır.	0.632	0.000	0.95
6	Ebe, sağlık hizmetine gereksinimi olan kadının biyolojik, psikolojik ve sosyo-kültürel doğasında bütüncül bakım verir.	0.626	0.000	0.95
7	Ebe, kadınlara, sağlığı koruma ve geliştirme konusunda rol model olur.	0.612	0.000	0.95
8	Ebe, uygulamalarını etik ilkelere temellendirir.	0.621	0.000	0.95
9	Ebe, sağlığa zararlı kültürel uygulamaları ortadan kaldırmak için çalışır.	0.636	0.000	0.95
10	Ebe, bilgi ve becerisinin yeterli olmadığı uygulamaları, yeterlilik kazanana kadar gerçekleştirmez.	0.547	0.000	0.95
11	Ebe, uygulamalarında kullandığı teknolojinin, insanların hakları, onuru ve güvenliği ile uyumlu olmasına özen gösterir.	0.639	0.000	0.95
12	Ebe, gerçekleştirdiği uygulamaların sorumluluk ve yükümlülüğünü üstlenir.	0.667	0.000	0.95
13	Ebe, kadına eğitim ve danışmanlık yapar.	0.613	0.000	0.95
14	Ebe, kadın, gebe ve yeni doğanın sağlık bakımı ve güvenliği açısından yetersiz ve yasaya uymayan girişimlere maruz kalmasını önler.	0.659	0.000	0.95
15	Ebe, ebelik hizmetleri ve tıbbi müdahaleler sırasında kadının mahremiyetini korur.	0.682	0.000	0.95
16	Ebe, kadınların sağlık gereksinimlerinin karşılanmasına yardım eder.	0.689	0.000	0.95
17	Ebe, hizmet sunarken kişisel çıkar gözetmez ve herhangi bir kişi/kurumla çıkar ilişkisine girmez.	0.652	0.000	0.95
18	Ebe, hizmetleri karşılığında kurumları tarafından kendilerine verilen ücretler (maaşları) dışında, hizmet verdikleri kişiler ve gruplardan maddi bir karşılık beklemez.	0.622	0.000	0.95
19	Ebe, mesleği ile ilgili yasa ve politikaların oluşturulmasına katılır.	0.665	0.000	0.95
20	Ebe, kadınların sağlık hizmetlerinde ilgisizlik, deneyimsizlik ya da ihmal nedeniyle zarar görmesini önler.	0.658	0.000	0.95
21	Ebe, bakımından sorumlu olduğu her kadını ve yenidoğanı değerli görür.	0.670	0.000	0.95
22	Ebe, kadının bakımı ve tedavisinden sorumlu sağlık ekibi üyelerinin dışındaki kişilerin, sağlık kayıtlarına ulaşmasını engeller.	0.658	0.000	0.95
23	Ebe, kadının kendisiyle paylaştığı özel ya da gizli bilgileri, hayatı bir tehlike ya da yasal bir zorunluluk olmadığı sürece kimseyle paylaşmaz.	0.592	0.000	0.95
24	Ebe, kendi haklarını koruyamayacak durumda olan kadının ve bebeğin haklarının savunuculuğunu üstlenir.	0.566	0.000	0.95
25	Ebe, kaynakları bireylerin gereksinimleri doğrultusunda adil paylaşır.	0.686	0.000	0.95
26	Ebe, bilimsel araştırmalarda, araştırma etiği kurallarına uyar.	0.670	0.000	0.95
27	Ebe, bilimsel araştırmalarda, araştırma kapsamına alınan bireylerin haklarını savunur.	0.662	0.000	0.95
28	Ebe, mesleki bilgi ve becerilerini geliştirir.	0.674	0.000	0.95
29	Ebe, kapsamlı tanılama ile kadın sağlığının geliştirilmesini, sürdürülmesini ve hastalıkların önlenmesini sağlar.	0.672	0.000	0.95
30	Ebe, ulusal ebelik derneğine üye olur.	0.550	0.000	0.95
TOPLAM				0.96

varyansın 63.82'sini açıklayan 44 maddeli 4 faktörlü yapıya ulaşıldı. Faktör yük değerleri 0.40'ın altında olan 9 madde (1, 2, 7, 12, 16, 18, 21, 22, 41) ve birbirinden ayırt edilmeyecek kadar yakın yükleri olan 5 madde (5, 35, 38, 39, 42) çıkarılarak yapılan faktör analizi sonucunda toplam varyansın %60.29'unu açıklayan 30 maddeli 4 faktörlü yapı oluştu. Her faktörün öz değeri 1'in üzerinde ve her bir faktör tarafından açıklanan toplam varyansın 10.01 ile 19.48 arasında olduğu belirlendi (Tablo 2).

Ölçeğin Güvenirlik Çalışması

Ölçeğin güvenirliliğini belirlemek için test-tekrar test güvenirliliği ile ölçeğin Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayısı ve madde analizi/ madde-toplam puan korelasyon katsayıları hesaplandı.

İç Tutarlılık: Faktör analizinden sonra 30 maddeli ölçeğin güvenirliliğini ortaya koymak amacıyla yapılan Cronbach Alpha güvenirlilik katsayısı 0,96 olarak saptandı (Tablo 3).

Madde Analizi: Ebelerin Profesyonel Değerleri Ölçeğinin madde-toplam puan korelasyonları 0.547-0.689 arasında bulundu (Tablo 3).

Test-Tekrar Test Analizi: Ölçeğin Test-Tekrar Test Puanı Ortalamaları Arasındaki Uyumluluk Durumunun Korelasyon Analizde; Ebelerin Profesyonel Değerleri Ölçeği'nin 30 kişi ile 15 gün arayla yapılan test-tekrar test ölçümleri Pearson Momentler Çarpımı Korelasyonu ile hesaplandı. Buna göre ilk ve ikinci uygulamadan elde edilen puanlar arasındaki korelasyon katsayısının istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı olduğu belirlendi ($r=0.93$; $p=0.000$). Ayrıca Ölçeğin zamana göre değişmezliğini değerlendirmek için ebelerin test tekrar testten elde edilen puan ortalamaları bağımlı gruplarda t testi ile karşılaştırıldı ve puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı (Tablo 4).

Tartışma

Ebelik mesleği, meslek ölçütlerinden biri olan, günümüzde Ulusal Ebeler Derneğinin kabul ettiği ve Uluslararası Ebeler Konfederasyonu tarafından geliştirilen ve ebeliğin mesleki değerlerini yansıtan, etik kodlara sahiptir (5,13). Sözkonusu ebelik etik kodlarının, ebelik mesleğinde rehber alınma durumunun irdelenmesi gerekmektedir. Öte yandan varsayılan irdelenmeyi yapabilmek için geçerli ve güvenilir ölçme araçlarına gereksinim vardır. Bu noktadan hareketle araştırma, ebelerin profesyonel değerlerini belirlemede kullanılabilecek bir

ölçek geliştirilmesi amacı ile gerçekleştirildi ve araştırmadan elde edilen bulgular, aşağıdaki başlıklar altında tartışıldı:

Ebelerin Profesyonel Değerleri Ölçeğinin Kapsam (İçerik) Geçerliliği

Geçerlik (validity) bir veri toplama aracının, incelemeyi amaçladığı kuram, kavram ya da değişkenle ilgili bileşenleri ne derecede kapsadığını ya da yansıttığını yargılamayı sağlayan önemli bir niteliktir. Aracın çok doğru ölçümler yapması, onun istenileni tam olarak yaptığını kanıtlamaz. Geçerlik sorunu araştırmacının ölçtüğünü düşündüğü değişkeni gerçekten ölçüp ölçmediği sorusu ile ilgilidir. Buna karşılık, ölçüm yanlılığı veren, değişken ölçümler yapan, yani güvenilirliği sınırlı bir aracın en geçerli göstergeleri içeriyor olsa bile yanıltıcı sonuçlar vermesi kaçınılmazdır. Bu nedenle geçerlik ve güvenilirlik, bir aracın birbirinden bağımsız olarak düşünülmemeyen iki önemli niteliğidir (15). Geçerliliğin sınanması için birçok ölçüt olmakla beraber, bu çalışmada ölçeğin geçerliliğini sınamak amacıyla içerik-kapsam geçerliliği ve yapı geçerliliğine bakıldı. İçerik-kapsam geçerliliği, bir ölçekte bulunan maddelerin, ölçeğin amacına uygun olup olmadığını belirlemek amacıyla yapılır (16). Ölçeğin, kapsam geçerlik çözümlemesinde, uzman görüşüne dayalı nitel çalışmalar, nicel çalışmalara dönüştüren 2 yöntem kullanılır: Lawshe Tekniği ve Dawis Tekniği (17). Bu çalışmada içerik-kapsam geçerliliği Lawshe tekniği kullanılarak incelendi ve uzmanların değerlendirmesi sonucunda ölçeğin bazı maddelerinde düzenlemeler yapıldı. Bunun yanı sıra benzer ifadeler içeren 2 madde çıkartıldı. Ölçek maddelerinin uygun olup olmadığına ilişkin verilen puan ortalamaları, dördümlü likert tipi ölçek üzerinden, 3.24 ± 0.93 ile 4.00 ± 0.00 arasında bulundu. Puan ortalaması ve Lawshe'nin minimum içerik geçerliliği oranlarının yanı sıra uzmanların maddelerin ifade şekli ve içeriği konusundaki önerileri de değerlendirildi. Sonuç olarak içerik-kapsam geçerliliği sonrası taslak ölçeğin madde sayısı 44'e indi.

Ebelerin Profesyonel Değerleri Ölçeğinin Yapı Geçerliliği (Faktör Analizi)

Daha önce de belirtildiği gibi geçerlilik, ölçülen değişkeni gerçekten ölçüp ölçmediğini, diğer bir deyişle "neyi ne denli doğru" olarak ölçtüğünü gösterir (18).

Tablo 4. Ebelerin Profesyonel Değerleri Ölçeği ve Alt Boyutlarının Test ve Tekrar Test Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması ve Korelasyonları (n=30)

Ölçek ve Alt Boyutları	İlk Uygulama Ort.±SS	İkinci Uygulama Ort.±SS	t	p	r	p
Ebelik İlişkileri	48,76± 6,60	48,63± 6,59	0,338	0,738	0,94	0,000
Ebelik Uygulamaları	40,23± 5,41	40,20± 5,28	,108	0,915	0,95	0,000
Ebelik Bilgi ve Uygulamalarında Gelişme	30,60± 5,33	30,73± 4,70	-,308	0,761	0,89	0,000
Ebelerin Mesleki Sorumlulukları	12,56± 2,19	12,56± 2,11	0,000	1,00	0,86	0,000
EPDÖ (Toplam)	132,16± 17,31	132,13± 16,41	0,030	0,976	0,93	0,000

Geçerliliğin sınanmasında bir diğer ölçüt yapı geçerliliğidir (19). Yapı geçerliği, ölçülen ölçeğin ne olduğu ile ilgilidir. Bu çalışmada taslak ölçeğin geçerliliği, tek bir yapıyı ölçüp ölçmediğini test etmek için bir faktör analizi tekniği olan, Temel Bileşenler Analizi (Principal Components Analysis) ve varimax rotasyon yöntemi kullanılarak test edildi. Faktör analizi, yapı geçerliliği incelemede en güçlü yöntem olup, aynı niteliği ölçen maddeleri bir araya toplaya-rak daha az sayıda faktörle yapılmasına olanak verir (18).

Ayrıca örneklem büyüklüğünün uygunluğunu değerlendirmek için, Kaiser-Meyer Olkin (KMO) testinin değerine bakmak gerekir. Örneklem büyüklüğünün yeterli olması için, değeri 0-1 aralığında olan KMO testinin oranı 0,5'in üzerinde olmalıdır (19). Oran ne kadar yüksek olursa veri setinin faktör analizi yapmak için o kadar uygun olduğu ifade edilmektedir. KMO değeri 1'e yaklaştıkça mükemmel, 0,5'in altında ise kabul edilemez olarak değerlendirilmektedir. Bu çalışmada Kaiser-Meyer Olkin (KMO) katsayısı 0,94 ve Barlett testi sonucu ileri düzeyde ($X^2=8542,246$, $P=0,000$) anlamlı bulundu. Buna göre örneklem sayısı faktör analizini yapabilmek için yeterlidir.

Ebelerin Profesyonel Değerleri Ölçeği taslağının faktör yük değerleri 0,40 olarak kabul edilmesi nedeniyle yapılan faktör analizinde toplam varyansın %63,82'sini açıklayan 44 maddeli 4 faktörlü yapıya ulaşıldı. Faktör yük değerleri 0,40'ın altında olan maddeler çıkarılarak yapılan faktör analizi sonucunda toplam varyansın %60,29'unu açıklayan 30 maddeli 4 faktörlü yapı oluştu. Elde edilen faktörlerin yapısını oluşturan bileşenler ince-nerek faktörlere "Ebelik İlişkileri", "Ebelik Uygulamaları", "Ebelik Bilgi ve Uygulamalarında Gelişme", "Ebelerin Mesleki sorumlulukları" isimleri verildi. Bununla birlikte faktör analizi sonuçlarına karşın birkaç boyutla ilişkili olabilecek maddelerin bulunması ve bazı

maddelerin diğer bir boyutta yer alabileceği düşünülerek ölçeğin tek boyutlu olarak değerlendirilmesine karar verildi.

Ebelerin Profesyonel Değerleri Ölçeği' nin Güvenilirliği

Geçerlilik ve güvenilirlik, iyi bir ölçme aracı olarak aranacak temel niteliklerdir. Bir ölçmenin geçerli olabilmesinin ilk koşulu güvenilirliğinin olmasıdır (17). Ölçeğin taşınması gereken özelliklerden birisi olan güvenilirlik, bir ölçme aracıyla aynı koşullarda tekrarlanan ölçümlerde elde edilen ölçüm değerlerinin tutarlılığının ve homojenliğinin bir göstergesidir (21). Ölçme araçlarının iç tutarlılığı (internal consistency) aracın belli bir amaçla bağımsız birimlerinden oluştuğu ve bunların, bütün içinde, bilinen ve birbirine eşit ağırlıkları olduğu varsayımına dayanan bir kavramdır. İç tutarlılığa bu nedenle aracın benzeşikliği (homojenlik) de denmektedir. Ölçeğin bütün birimlerinin ilgilenilen değişkeni ölçme yeteneğinde olduğunu belirleyen güvenilirliktir. Alfa Katsayısı (Cronbach alfa) ve Madde-Toplam Puan Korelasyonu iç tutarlılık güvenilirliğini sınamada kullanılan yöntemlerden ikisidir (15,22).

Bu çalışmada EPDÖ maddelerinin iç tutarlılığını ortaya koymak için Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayısı ve madde analizi/ madde-toplam puan korelasyon katsayıları hesaplandı. Faktör analizi sonucu 30 maddeli ölçek halini alan taslak EPDÖ'nün güvenilirliğini ortaya koymak amacıyla yapılan Cronbach Alpha katsayısı 0,96 olarak saptandı. Ölçeklerin güvenilirliğini sınamak için kullanılan Cronbach Alfa güvenilirlik katsayısı 0,40'dan küçük ise ölçme aracı güvenilir değildir, 0,40-0,59 arası düşük güvenilirlikte, 0,60-0,79 arası oldukça güvenilir, 0,80-1,00 arası ise yüksek derecede güvenilir olarak değerlendirilir (22). Ebelerin Profesyonel Değerleri Ölçeğinin Cronbach Alpha katsayısının 0,96 olması, ölçeğin yüksek derecede güvenilir olduğunu göstermektedir.

Bir ölçekteki maddeler, eşit ağırlıkta ve bağımsız üniteler şeklinde ise, her madde ile toplam değerler arasındaki korelasyon katsayısının yüksek olması beklenir. Korelasyon katsayısı ne kadar yüksek ise o maddenin ölçülmek istenen nitelikle ilişkisi o derece yüksektir. Madde toplam puan korelasyon katsayısının hangi ölçütün altına düşünce güvenilirliğinin yetersiz sayılacağı konusunda belirli bir standart olmamakla birlikte; korelasyonların negatif olmaması ve 0.25 veya 0.30'un üzerinde olması önerilmektedir (23). Diğer güvenilirlik çalışması için 30 maddelik EPDÖ'nün madde-toplam puan korelasyonları incelendiğinde, korelasyon katsayılarının (Pearson Momentler Çarpımı Korelasyonu) 0.54-0.68 arasında değiştiği saptandı. Elde edilen bu değerler arasında negatif yük taşıyan ve 0.30'un altında bulunan korelasyon katsayısının bulunmaması ölçeğin iç tutarlılığına, Cronbach Alpha güvenilirlik katsayısının yanı sıra diğer bir istatistik yöntemi kullanılarak, işaret etti.

Bir güvenilirlik yöntemi olarak zamana göre değişmezlik, aracın değişik zamanlardaki yinelemeli ölçümlerde benzer ölçüm değerlerini sağlama özelliği ile ilgilenir (15). Ebelerin Profesyonel Değerleri Ölçeğinin zamana göre değişmezliğini değerlendirmek için güvenilirlik analizi olarak ebelerin test ve tekrar testten elde edilen puan ortalamaları bağımlı gruplarda t testi ile karşılaştırıldığında, puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($t=0.030$; $p=0.976$). Ayrıca taslak ölçeğin toplam puanının test-tekrar test korelasyon katsayısının istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı olduğu belirlendi ($r=0.93$; $p=0.000$). Elde edilen bu sonuçlar, ölçeğin belli aralıklarla yapılan ölçümlerde benzer değeri ölçtüğünü, ölçümler arası tutarlılığın olduğunu ve homojenliğini gösterdi.

Sonuç

Bu çalışma sonucunda ebelerin profesyonel değerlerini belirlemede kullanılabilecek EPDÖ geliştirildi. EPDÖ 5'li likert tipinde ("önemli değil" yanıtı "1", "biraz önemli" yanıtı "2", "önemli" yanıtı "3", "çok önemli" yanıtı "4" ve "son derece önemli" yanıtı "5 puan olmak üzere) bir ölçektir. Ölçekte ters kodlanması gereken ifade bulunmamaktadır. Ölçekten elde edilebilecek toplam puan 30-150 arasında değişmekte, ayrıca değerlendirme için bir hesaplamanın yapılması gerekmektedir.

Hesaplama;

Bireyin Ölçek Puanı =(Ölçekten Alınan Toplam Ham Puan) X 100 / (Ölçek Maksimum Ham Puanı) formülü ile yapılmaktadır.

Puanlar yükseldikçe ebelerin profesyonel değerlerinin olumlu olduğu şeklinde yorumlanmaktadır. Bu çalışmada araştırma kapsamına alınan ebelerin EPDÖ puan ortalaması 87.60 (SD=10.30; Minimum=56.67; Maximum=100) bulundu. Öte yandan EPDÖ ölçeğinin faktör analizi çalışmalarının sürdürülmesi, böylece alt boyutlarının değerlendirilmesi önerilebilir.

Teşekkür

İstanbul bölgesinde;

- İstanbul Fatih Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği' ne bağlı 3 hastanede,
- İstanbul İli Anadolu Kuzey Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği'ne bağlı 2 hastane,
- İstanbul İli Güney Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği' ne bağlı 2 hastane,
- İstanbul İli Çekmece Bölgesi Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği'ne bağlı 1 hastanede görev alan ebelere, çalışma süreci boyunca desteklerinden dolayı teşekkürlerimizi sunarız.

Kaynaklar

1. Gündüz Y, Coşkun S. Öğrenci Algısına Göre Öğretmen Etik Değerler Ölçeğinin Geliştirilmesi: Geçerlik Ve Güvenirlik Çalışması 2012; 13,1;111-131.
2. Adams D, Miller B. K. Professionalism in nursing behaviors of nurse practitioners. Journal of Professional Nursing 2001; 17(4): 203-210.
3. Kaya N, Aştı T, Acaroğlu R, Kaya H. Hemşire Öğrencilerin Sosyotropik-Otonomik Kişilik Özellikleri Ve İlişkili Faktörlerin İncelenmesi. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2006; 10(3): 1-11.
4. Kaya H, Akçin E, Işık B, Kaya N. Personal and professional values held by baccalaureate nursing students in Turkey: A longitudinal study, Nursing Ethics 2016; 23(1): 1-16.
5. Ergin A, Özcan M, Acar Z, Ersoy N, Karahan N. Determination of national midwifery ethical values and ethical codes: In Turkey. Nursing Ethics 2013; 20(7): 808-818.
6. Yıldırım G, Koçkanat P, Duran Ö. Ulusal ebelik kodları ve meslek değerleri [National codes of midwifery and professional values]. STED. 2014; 23(4): 148-154.

7. Mivsek, P, Pahor M, Hlebec V, Hundley V. How Do Midwives In Slovenia View Their Professional Status?. *Midwifery* 2015; 1193–1201
8. Erbil N, Bakır A. Developing inventory of professional attitude at occupation. *Journal of Human Sciences* 2009; 6(1): 290-302.
9. Cheyney M, Bovbjerg M, Everson C, Gordon W., Hannibal D, Vedam S. Development and validation of a national data registry for midwife-led births: the midwives alliance of north america statistics project 2.0 Dataset. *Journal of Midwifery & Women's Health* 2014; 59(1), 8-16.
10. Wagner V.V, Risk talk: Using evidence without increasing fear. *Midwifery* 2016; 38: 21-28.
11. Şahin Orak N, Ecevit Alpar Ş. Hemşirelerin Profesyonel Değerleri Ölçeği'nin Geçerlik Ve Güvenirlik Çalışması. *Musbed;2(Suppl. 1)* 2012; S22-S31.
12. Selman D. Professional Values And Nursing. *Med Health Care And Philos* 2012;14: 203–208
13. Özcan M, Akpınar A, Ergin A. Personal And Professional Values Grading Among Midwifery Students. *Nurse Ethics* 2012; 19: 399
14. Kaya H, Işık B, Şenyuva E, Kaya N. Hemşirelik Öğrencilerinin Bireysel Ve Profesyonel Değerleri. *Anadolu Hemşirelik Ve Sağlık Bilimleri Dergisi* 2012; 15: 1
15. Erefe İ. Veri Toplama Araçlarının Niteliği [Quality of Data Collection Tools]. Erefe, İ. (Ed.). *Hemşirelikte Araştırma İlke Süreç ve Yöntemleri* [Principle Process and Methods of Nursing Research]. Odak Ofset, Ankara 2002; 171-187.
16. Çolak E. Öğrenme yaklaşımları envanterinin dilsel eşdeğerlik, güvenilirlik ve geçerlilik çalışması [The bilingual equivalence, validity and reliability of the learning process questionnaire]. *Journal of Çukurova University Institute of Social Sciences* 2007; 16(1): 197-212.
17. Çam M. O, Baysan-Arabacı L. Tutum ölçeği hazırlamada nitel ve nicel adımlar [Qualitative and quantitative steps on attitude scale construction]. *Turkish Journal of Research & Development in Nursing* 2010; 12(2): 59-71.
18. Önler E, Varol Saraçoğlu G. Hemşirelikte Meslek Seçimi Ölçeğinin Güvenilirlik Ve Geçerliliği. *DEUHYO ED* 2010; 3(2), 78-85
19. Patır S. Faktör Analizi İle Öğretim Üyesi Değerleme Çalışması. *Atatürk Üniversitesi İktisadi Ve İdari Bilimler Dergisi* 2009; Cilt: 23, Sayı: 4
20. Tuğut N, Gölbaş Z. Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği - Kadın Türkçe Versiyonunun Geçerlik Ve Güvenirlik Çalışması. *Cumhuriyet Tıp Dergisi* 2010; 32: 172-180
21. Ercan İ, Kan İ. Ölçeklerde güvenilirlik ve geçerlik [Reliability and validity in the scales]. *Uludağ Medical Journal* 2004; 30(3): 211-216.
22. Akgül A, Çevik O. İstatistiksel Analiz Teknikleri [Statistical Analysis Techniques]. Emek Ofset, Ankara 2005
23. Gözüm S, Aksayan S. Kültürlerarası Ölçek Uyarlaması İçin Rehber İi: Psikometrik Özellikler Ve Kültürlerarası Karşılaştırma. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi* 2003; 1,3-14.

Hemşirelik Öğrencilerinin Bireysel Yenilikçilik (İnovasyon) Düzeyleri ile Girişimcilik Eğilimleri Arasındaki İlişki*

The Relationship Between Individual Innovativeness and Entrepreneurship Tendency of Nursing Students

Gönül BODUR^a

ÖZ Amaç: Araştırma, hemşirelik öğrencilerinin yenilikçilik (inovasyon) düzeyleri ve girişimcilik eğilimlerini ve aralarındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapıldı. **Gereç-yöntem:** Kesitsel ve tanımlayıcı tipte gerçekleştirilen araştırmanın evreni, bir hemşirelik fakültesi'nin dördüncü sınıfına kayıtlı 189 öğrenciden oluştu. Örneklem, oransız küme örnekleme yöntemi ile belirlendi ve dördüncü sınıfa kayıt yaptıran tüm öğrenciler araştırma kapsamına alındı. Veriler, "Bilgi Formu", "Bireysel Yenilikçilik Ölçeği" ve "Girişimcilik Eğilimi Ölçeği" kullanılarak toplandı. Veriler, SPSS programında frekans-yüzdeleme, aritmetik ortalama, standart sapma, korelasyon analizi kullanılarak analiz edildi. **Bulgular:** Öğrencilerin yaş ortalaması 21,94±0,92 olup, %81,9'u kadın, %52,9'u Anadolu lisesi mezunudur. Öğrencilerin %27,7'si daha önce girişimci faaliyette bulunduğunu, %90,3'ü girişimcilik konusunda herhangi bir eğitime katılmadığını, %94,2'si inovasyon konusunda herhangi bir eğitime katılmadığını, %92,3'ü sağlık alanında inovatif araştırma projesinde yer almadığını, %30,3'ü sağlık bakım sistemindeki inovatif uygulamaları takip ettiğini, %12,9'u kendine ait inovatif ürün geliştirme fikri olduğunu, %37,4'ü kendine ait inovatif ürün geliştirme fikrinin olmasını istediğini, %54,8'i inovatif uygulamaların gelecekte hemşirelik uygulamalarını etkileyeceğini ifade etti. Araştırmada öğrencilerin düşük düzeyde yenilikçi, yüksek düzeyde "sorgulayıcı" ve "öncü" özelliklere sahip olduğu (63,12±7,70) ve ortanın üzerinde girişimciliğe sahip olduğu belirlendi (98,58±12,19). Araştırmada öğrencilerin yenilikçilik düzeyleri ile girişimcilik eğilimleri arasındaki orta düzeyde pozitif anlamlı bir ilişki belirlendi (r: 0,41, p:0,000). **Sonuç:** Sonuçlar, hemşirelik öğrencilerinin yenilikçilik düzeylerinin düşük olduğunu, yeniliklere karşı sorgulayıcı özelliklere sahip olduklarını, ortanın üstünde girişimciliğe sahip olup girişimciliğe açık olduklarını gösterdi. Ayrıca, öğrencilerin yenilikçilik düzeylerinin arttıkça girişimcilik eğilimlerinin olumlu yönde artacağı söylenebilir.

Anahtar Sözcükler: İnovasyon; İnovasyon; Girişimcilik; Hemşirelik

ABSTRACT Aim: The aim of the research is to determine the level of innovation and entrepreneurship tendencies of the nursing students and the relationship between them. **Material-Method:** The universe of the cross-sectional and descriptive study consisted of 189 students enrolled in the fourth year of a nursing faculty. The sample was determined by the disproportionate cluster sampling method and all the students enrolled in the fourth class were included in the study. Data were collected using "Information Form", "Individual Innovation Scale" and "Entrepreneurship Tendency Scale". The data were analyzed using frequency-scaling, arithmetic mean, standard deviation, correlation analysis in the SPSS program. **Results:** The average age of the students is 21,94 ± 0,92, 81,9% is female, 52,9 % is high school graduate. Of the students, 27.7% had previously engaged in entrepreneurial activity, 90.3% did not participate in any training on entrepreneurship, 94.2% did not participate in any training on innovation, 92.3% of the respondents said that they did not take part in the health project, 30,3% followed the innovative practices in the health care system, 12,9% had their own innovative product development idea, 37,4% wanted their own innovative product development idea, 54,8% stated that innovative practices will affect nursing practices in the future. In the study it was determined that the students had low level of innovative, "interrogative" and "pioneering" features (63.12 ± 7.70) and entrepreneurship over the middle (98.58±12.19). A moderately positive relationship was found between the innovation levels of the students and the entrepreneurial tendencies (r=0,41, p= 0,000). **Conclusion:** The results showed that nursing students had low levels of innovation, had questionable characteristics against innovations, had entrepreneurship above the middle and were open to entrepreneurship. In addition, it can be said that as the level of innovation of students increases, entrepreneurial tendencies will increase in the positive direction.

Keywords: Innovation; Entrepreneurship; Nursing

Geliş Tarihi/Received:03-11-2017 / Kabul Tarihi/Accepted:06-01-2018

^aYard. Doç. Dr. İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi, Hemşirelikte Eğitim Anabilim Dalı, Şişli, İstanbul, E-mail: gonul.bistanbul@gmail.com, ORCID: 0000-0003-4622-9639

*Bu çalışma, 28-29 Nisan 2016 tarihleri arasında Eskişehir'de düzenlenen 15. Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi'nde sözel bildiri olarak sunulmuştur.

Giriş

Bilgi ve iletişim teknolojilerinin eğitime entegrasyonu, öğrenme-öğretme süreçlerindeki kuramsal dönüşüm ve teknolojik gelişmelerin etkisi ile her geçen gün daha da önem kazanan bir konu haline gelmiştir. Bilim, teknoloji ve çevresel değişimler, hem insanları hem de toplumu değişmeye ve yenileşmeye zorlamaktadır. Modern toplumların artan gereksinimlerine yanıt vermek durumunda olan eğitim kurumlarının da bu süreçte, geçmişe oranla daha esnek ve yenilikçi bir yapıya sahip olmaları gerekmektedir. Eğitimin amaçlarını yerine getirmesine yardımcı olan temel yapı taşları eğitim kurumlarıdır ve planlı değişim ve yeniliklerin ilk olarak eğitim kurumlarında başlatılması gereklidir. Bu nedenle eğitim kurumları da kendini çağın gereklerine ve yeniliklere uygun bir şekilde geliştirmelidir (1).

Yenilikçilik (inovasyon), bilim ve teknolojinin ekonomik ve toplumsal yarar sağlayacak şekilde yenilenmesi, buluş yaratmak, farklı olmak şeklinde tanımlanmaktadır. TDK'na (2018) göre inovasyon, “yenileşim” olarak tanımlanmakta ve “değişen koşullara uyabilmek için toplumsal, kültürel ve yönetsel ortamlarda yeni yöntemlerin kullanılmaya başlanması, yenilik” olarak ifade edilmektedir (2). Yeniliklerin Yayılması Kuramı ile bilinen Rogers (2003) tarafından ise yenilik “birey veya toplum tarafından yeni olarak algılanan fikir, uygulama veya nesne” biçiminde tanımlanmaktadır (3). Rogers, yeniliğin karakteristik özelliklerini görece yarar, uyumluluk, karmaşıklık, denenebilirlik ve gözlemlenebilirlik olmak üzere beş boyutta ele alınmaktadır. Rogers, yenilikçiliğe yönelik söz konusu sınıflamayı genel olarak Yenilikçi (*Innovators*) (yeni fikirleri denemeyi ve risk almayı seven, vizyon sahibi), Öncü (*Early Adopters*) (toplumun diğer bireylerine yenilikler hakkında bilgi veren, yol gösteren), Sorgulayıcı (*Early Majority*) (yeniliklere karşı temkinli davranan), Kuşkucu (*Late Majority*): (yeniliklere karşı şüpheci ve çekingen bir tavır sergileyen, toplumun çoğunluğunun yeniliği benimsemesini bekleyen), Gelenekçi (*Laggards*) (değişime karşı önyargıyla bakan, yenilikleri en son benimseme eğilimi sergileyen, yeniliği benimsemeden önce yeniliğin başkaları tarafından denenmesini ve sonuçlarının gözlenmesini bekleyen) tanımlarıyla ortaya koymaktadır (4).

Uluslararası Hemşireler Birliği-ICN (2009) sağlık bakım sisteminde yenilikçiliği, iyi bir

düşüncenin, sağlığın geliştirilmesi, hastalıkların önlenmesi ve daha kaliteli hasta bakımına yönelik uygulanabilir/başarılabilir bir sonuca dönüştürülmesi süreci olarak tanımlamaktadır (5). Yeni fikirlerin, teknoloji ve tekniklerin geliştirilmesi, amaçların gerçekleştirilmesi yönünde yeni yolların/yöntemlerin önerilmesi, çalışma alanındaki iş usullerine ilişkin yeni yöntemlerin denenmesi, çalışma rutinlerinin değiştirilmesi ve yeni yöntemlerin uygulanması “yenilikçi davranış” olarak tanımlanmaktadır (6). Küresel trend analizi çalışmalarında gelecekte gelişen teknoloji ile birlikte sağlık alanında yenilikçi uygulamaların artacağı öne çıkmaktadır (7-9). Ulusal Hemşirelik Birliği (NLN), gelecekteki hemşirelik uygulamalarında liderlik yapmak üzere hemşirelik eğitiminde çarpıcı bir reform ve yenilikçilik için çağrı yapmıştır (10). Hemşire eğitimcilerin geleneksel eğitim uygulamalarını yıkmaları ve bugünkü teknoloji ile entegre, öğrencilerin ve sağlık bakım sisteminin ihtiyaçlarına cevap verecek, kanıta dayalı ve esnek bir müfredat program tasarlamaları istenmiştir. 2009 yılında Hemşirelik Haftası'nın teması “hemşirelik ve yenilikçilik” olarak belirlenmiştir. Uluslararası Hemşirelik Konseyi, topluma nitelikli sağlık hizmeti verebilmek için hemşirelerin gelişen yenilikçi bakım uygulamalarında öncü olmaları gerektiğini savunmakta ve hemşirelerin yenilikçi davranışlarının desteklenmesi, hemşireler tarafından geliştirilen ürünler ve yöntemlerin bir yenilik olarak literatüre yansıtılarak sağlık hizmetinde hemşirelerin yenilikçi rolünün ortaya çıkarılması, eğitim kurumları ve mesleki örgütlerle işbirliği içinde hem toplum sağlığının hem de mesleki bilginin geliştirilmesi önerilmektedir (11-13). Amerika Tıp Enstitüsü'nün (IOM) 2010 yılında yayınladığı raporda hekimlerle birlikte hemşirelerin de gelecekte sahip olması gereken yeterliliklerinin arasında sağlık bilişimi, inovasyon, teknoloji uygulamaları, sağlık bakım teknolojilerinin geliştirilmesine yönelik uygulamalar öne çıkmaktadır (14). Bu da, hemşireliğin gelişmesi ve ilerlemesi için yenilikçiliğin hala gündemde olduğunu göstermektedir.

Günümüzde sağlık bakım sisteminde bilgi ve iletişim teknolojilerinin yenilikçi kullanımında kişisel girişimcilik oldukça önemlidir. Girişimcilik girişimcilerin risk alma, fırsatları kovalama, hayata geçirme ve yenilik yapma süreçlerinin tümünü

kapsayan bir kavram olarak tanımlanmaktadır (15). Yaratıcı ve yenilikçi bir faaliyet olan girişimcilik, büyük bir enerjinin, bir girişim veya organizasyonu oluşturmaya harcanmasıdır. Girişimciliğin odaklandığı ilkeler yenilikçilik için de geçerli olmaktadır (5,16). Hemşirelerin üstlendiği kariyer planlama ve geliştirme sürecinde karar almanın bir parçası olmaktadır. Girişimci hemşireler pazarlama sektöründe, kamu ve özel sektörde faaliyet gösterebilmektedirler (15).

Bu bilgiler ışığında değerlendirildiğinde; hemşirelik öğrencilerinin yenilikçilik düzeyleri ve girişimcilik eğilimleri geleceğin hemşirelerinin yenilikçiliği destekleyici rollere sahip olması açısından oldukça önemlidir. Literatürde çalışanların ve hemşirelerin yenilikçi davranışlarını belirlemeye yönelik çalışmalar olmasına karşın ülkemizde hemşirelik öğrencilerinin yenilikçilik düzeyleri ve girişimcilik eğilimleri arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmaya rastlanmadı.

Araştırma, hemşirelik öğrencilerinin yenilikçilik düzeylerinin, girişimcilik eğilimlerinin ve aralarındaki ilişkinin belirlenmesi amacıyla gerçekleştirildi.

Yöntem

Araştırmanın Tipi ve Yeri: Araştırma, tanımlayıcı-kesitsel ve ilişki arayıcı nitelikte gerçekleştirildi. Araştırmanın evrenini; İstanbul ilinde yer alan bir hemşirelik fakültesinin 2015-2016 öğretim yılında 4.sınıfta kayıtlı hemşirelik öğrencileri oluşturdu (N: 189). Örneklem, oransız küme örnekleme yöntemi ile belirlendi ve dördüncü sınıfa kayıt yaptıran tüm öğrenciler araştırma kapsamına alındı ve araştırmaya katılmayı kabul eden 155 öğrenci ile araştırma gerçekleştirildi. Örneklem grubu, araştırma yapılacak kurumun geleceğin yenilikçi ve girişimci hemşirelerini yetiştiren en köklü eğitim kurumlarından biri olması ve öğrencilerin mesleki yaşama başlamadan önce geleceğe ilişkin hedeflerini netleştirdikleri, yeniliklere açık oldukları, mesleki girişimlerde buldukları ve gelecek yönelimlerini oluşturdukları dönem olması dikkate alınarak belirlendi.

Veri Toplama Araçları: Araştırmada “Bilgi formu”, “Bireysel Yenilikçilik Ölçeği” ve “Girişimcilik Ölçeği” veri toplama aracı olarak kullanıldı.

Bilgi formu araştırmacılar tarafından literatür doğrultusunda geliştirilmiş olup, hemşirelik öğrencilerinin sosyo-demografik özelliklerini (yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, girişimcilik faaliyetinde bulunma durumu, girişimcilik konusunda eğitime katılma durumu, yenilikçilik (inovasyon) konusunda eğitime katılma durumu, sağlık alanında inovatif araştırma projesinde yer alma durumu, sağlık bakım sistemindeki inovatif uygulamaları takip etme durumu, kendine ait inovatif ürün geliştirme fikri olma durumu, hemşirelik dışında farklı sektörlerde çalışmak isteme durumu, ileride kendi işini kurmak isteme durumu, inovatif uygulamaların gelecekte hemşirelik uygulamalarına yansımaya durumu) belirlemeye yönelik 12 sorudan oluşmaktadır.

Bireysel Yenilikçilik Ölçeği: Bireylerin yenilikçiliğini değerlendirebilmek amacıyla Hurt ve arkadaşları tarafından (1977) geliştirilen ve Kılıçer ve Odabaşı (2010) tarafından Türkçe’ye uyarlanan ölçek 20 maddeden oluşmaktadır (4,17). Ölçek bireylerin değişime ve yeniliğe karşı kaygılarını yansıtan “Değişime direnç”, bireyleri ait oldukları grup içerisindeki diğer bireylerden önde kılan özellikleri yansıtan “Fikir önderliği”, bireylerin yeniliği aramaya ve denemeye karşı isteklerini yansıtan “Deneyime açıklık” ve bireylerin belirsizlikler karşısında yılmayıp güdülenmelerini yansıtan “Risk alma” olmak üzere dört faktörden oluşmaktadır. Ölçek maddelerinin 12’si pozitif (1, 2, 3, 5, 8, 9, 11, 12, 14, 16, 18. ve 19. maddeler), 8’i negatif maddelerden (4, 6, 7, 10, 13, 15, 17. ve 20. maddeler) oluşmaktadır. Beşli likert tipinde hazırlanan ölçeğin yanıt seçenekleri; Kesinlikle katılıyorum (5), Katılıyorum (4), Kararsızım (3), Katılmıyorum (2) ve Kesinlikle katılmıyorum (1) şeklindedir. Ölçeğin geneline ilişkin iç tutarlık katsayısının 0.82 olduğu, test-tekrar test güvenilirliğinin 0.87 olduğu raporlanmıştır. Ölçek üzerinden hesaplanan puanlara göre bireyler yenilikçilik bağlamında kategorize edilebilmektedir. Buna göre bireyler; hesaplanan puan >80 puan üstünde ise Yenilikçi, 80-69 puan arasında ise Öncü, 68-57 puan arasında ise Sorgulayıcı, 56-46 puan arasında ise Kuşkucu, <46 puan altında ise “Gelenekçi” olarak yorumlanmaktadır.

Girişimcilik Ölçeği: Işcan ve Kaygın (2011) tarafından geliştirilen ve geçerlik güvenilirliği yapılan ölçek, 30 maddeden ve ken-

dine güven, yenilik, başarıma ihtiyacı, kontrol odağı, risk almak, belirsizliğe karşı tolerans olmak üzere altı alt boyuttan oluşmaktadır. Ölçekte her madde için verilen puan esas alınmaktadır (18). Beş’li likert tipinde hazırlanan ölçeğin yanıt seçenekleri; Kesinlikle katılıyorum (5), Katılıyorum (4), Kararsızım (3), Katılmıyorum (2) ve Kesinlikle katılmıyorum (1) şeklindedir. Sözü edilen alt ölçeklerden alınan yüksek puanlar; bireyin o boyuttaki eğiliminin de yüksek olduğunu göstermektedir. Ölçekten en az 28 en fazla 140 puan alınmaktadır. Ölçeğin geneline ilişkin iç tutarlık katsayısının 0.82 olduğu, çalışmada ise .88 olarak bulunmuştur.

Analizi: Elde edilen veriler, bilgisayar ortamına aktarılarak ve Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) (İstanbul Üniversitesi lisanslı) IBM paket programı kullanılarak analiz edildi. Veriler analiz edilirken katılımcıların sosyo-demografik özelliklerinin belirlenmesi ve ölçekler ve alt boyutlarından aldıkları puanların değerlendirilmesi için tanımlayıcı analizler (sayı, yüzde, en düşük ve en yüksek değerler, ortalama ve standart sapma) kullanıldı. Ölçeklerden elde edilen ölçümlerin güvenilirliğinin sınanması için iç tutarlık katsayısı (Cronbach’s Alfa) analiz edildi. Ölçeklerden elde edilen ölçümler arasındaki ilişkilerin ortaya konması için doğrusallık testi (nokta saçılım grafikleri) ve ilişki arayıcı analizler (Pearson Korelasyon Analizi) gerçekleştirildi. Analizler için %95 güven düzeyinde anlamlılık seviyesi $p < 0.05$ olarak kabul edildi.

Araştırmanın Etik Yönü: Araştırmanın gerçekleştirilmesi için 07.01.2013-7243 tarih ve sayılı dilekçe ile T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu İstanbul Bakırköy Bölgesi Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliğine Bağlı Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu’ndan etik kurul onayı ve araştırma yapılacak fakülte dekanlığından kurum izni alındı. Veriler, öğrencilere araştırma hakkında açıklama yapılarak ve sözlü onamları alınarak toplandı.

Bulgular

Araştırmaya katılan öğrencilerin %81.9’u kadın, %18.1’i erkektir, yaşları en düşük 17, en yüksek 22 olup yaş ortalamaları 21.94 ± 0.92 dir. Öğrencilerin

%52.9’u Anadolu Lisesi, %38.7’si düz lise mezunudur.

Araştırmaya katılan öğrencilerin %27.7’si daha önce girişimci faaliyette bulunduğunu ifade etti. Öğrencilerin girişimci faaliyet olarak sosyal sorumluluk projelerine katılma, okul kütüphanesi açma, takı ve bileklik satma, gezi düzenleme, öğrenci kulübü çalışmalarına katılma, şirket kurma, ticaret yapma, blog açma gibi etkinlikleri gerçekleştirdikleri öne çıktı. Öğrencilerin %90.3’ü girişimcilik konusunda herhangi bir eğitime katılmadığını, %94.2’si inovasyon konusunda herhangi bir eğitime katılmadığını, %92.3’ü sağlık alanında inovatif araştırma projesinde yer almadığını, %7.7’si sağlık alanında inovatif araştırma projesinde yer aldığını ifade etti. Sağlık alanında inovatif araştırma projesinde yer aldığını ifade eden öğrencilerin, bilimsel araştırma faaliyetleri ve öğrenci kongrelerine katıldıkları ifadeleri öne çıktı. Ayrıca öğrencilerin, %30.3’ü sağlık bakım sistemindeki inovatif uygulamaları takip ettiğini, %12.9’u kendine ait inovatif ürün geliştirme fikri olduğunu, %49.7’si kendine ait inovatif ürün geliştirme fikri olmadığını, %37.4’ü ise kendine ait inovatif ürün geliştirme fikri olmasını istediğini, %36.8’i hemşirelik dışında farklı sektörlerde çalışmak istediğini ifade etti. Öğrencilerin %54.8’i inovatif uygulamaların gelecekte hemşirelik uygulamalarını etkileyeceğini belirtti: (Tablo 1)

“Mesleğin yeniliğe ihtiyacı var...”

“Teknolojik gelişmelere ayak uydurmak için önemli”.

“Yenilikçi uygulamalar daha kaliteli bir sağlık bakımı sağlar.”.

“Hemşirelik de zamanla büyüyen ve bilime ayak uyduran bir meslek...”

“Yeni gelişmelerle iş yükü azaltılabilir, iş yükü arttığı için inovatif uygulamalar bunu azaltacak.”

“Uygulamalarda zamandan kazanç sağlanır, kolaylık sağlayacaktır.”

“Mesleğin önemi artabilir.”

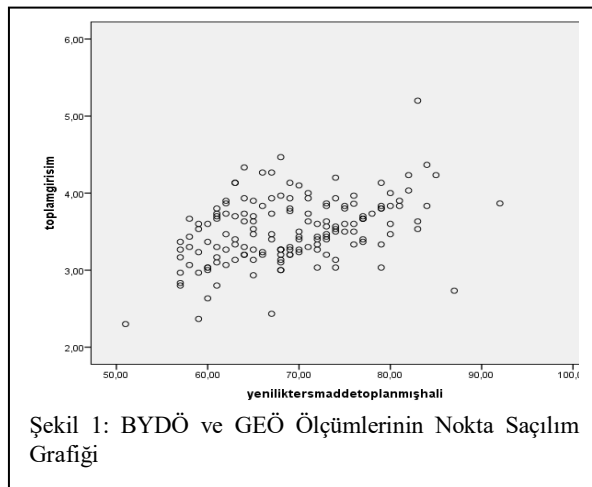
“Teknolojik gelişmelerle yenilikçi uygulamalara daha çok ihtiyaç olacak.”

“Tedaviler hızlanıp teşhisler kolaylaşır”

“Bilgi çağıyla teknolojik gelişmelerin sağlığa etkisi kaçınılmaz, teknoloji geliştikçe hemşirelik de gelişecektir bildiğim kadarıyla yurt dışında kan alabilen robotlar üretiliyor, bunun gibi birçok şey gelişecektir”.

Tablo 1. Hemşirelik Öğrencilerinin Yenilikçilik (İnovasyon) ve Girişimcilğe İlişkin Görüşleri (n=155)

GÖRÜŞLER		n	%
Girişimci faaliyette bulunma durumu	Evet	43	27.7
	Hayır	112	72.3
Girişimcilik konusunda eğitime katılma durumu	Evet	15	9.7
	Hayır	140	90.3
Yenilikçilik (inovasyon) konusunda eğitime katılma durumu	Evet	9	5.8
	Hayır	146	94.2
Sağlık alanında inovatif herhangi bir araştırma-geliştirme projesinde yer alma durumu	Evet	12	7.7
	Hayır	143	92.3
Sağlık bakım sistemindeki inovatif (yenilikçi) uygulamaları takip etme durumu	Evet	47	30.3
	Hayır	108	69.7
Kendine ait bir inovatif ürün geliştirme fikri olma durumu	Evet	20	12.9
	Hayır	77	49.7
	Olmasını isterdim	58	37.4
Gelecekte hemşirelik dışında farklı sektörlerde çalışmak isteme durumu	İstemiyorum	17	11.0
	Kararsızım	35	22.5
	İstiyorum	57	36.8
	Çok istiyorum	46	29.7
İnovatif (yenilikçi) uygulamaların gelecekte hemşirelik uygulamalarına etkileme durumu	Etkileyecek	85	54.8
	Etkilemeyecek	2	1.3
	Bilğim yok.	68	43.9



Öğrencilerin Bireysel Yenilikçilik Ölçeğinden aldıkları toplam puan 63.12 ± 7.70 olup (Tablo 3) öğrencilerin “sorgulayıcı” özelliklere sahip olduğu belirlendi. Bu bulgu ile birlikte ölçeğin değerlendirmesine göre 80 puan üstü alan bireyler, “Yenilikçi”, 69 ve 80 puan arası alan bireyler “Öncü”, 57 ve 68 puan arası alan bireyler “Sorgulayıcı”, 46 ve 56 puan arası alan bireyler “Kuşkucu”, 46 puan ve altı alan bireyler ise “Gelenekçi” olarak tanımlanmaktadır. Bu değerlendirmeye göre çalışmaya katılan hemşirelik öğrencilerinin %49.0’u sorgulayıcı, %42.6’sı öncü, %7.7’si yenilikçi düzeyde bulundu (Tablo 2).

KATEGORİLER	n	%	Puan ort
Yenilikçi	12	7.7	81.00
Öncü	66	42.6	69.00
Sorgulayıcı	76	49.0	57.16
Kuşkucu	1	0.6	45.00
Toplam	155	100	63.12±7.70

Hemşirelik öğrencilerinin girişimcilik eğilimi alt boyutları sırası ile kendine güven (14.63±2.22), yenilik (21.75±3.36), başarıma ihtiyacı (17.17±2.55), kontrol odağı (22.56±3.18), risk almak (17.74±2.89), belirsizliğe karşı tolerans (4.86±2.25) olarak belirlendi. Öğrencilerin

Girişimcilik Eğilimi Ölçeğinden aldıkları toplam puan 98.58±12.19 olup, öğrencilerin girişimcilik ölçeğinden aldığı puan ortalamaları sonucunda ortanın üzerinde girişimciliğe sahip olduğu belirlendi (Tablo 3).

Hemşirelik öğrencilerinin bireysel yenilikçilik düzeyleri ile girişimcilik eğilimleri arasındaki ilişkinin yönü, gücü ve anlamlılık düzeyini belirlemeden önce ilişkinin doğrusallığının sorgulanması amacı ile her iki ölçekten elde edilen ölçümlerin nokta saçılım grafikleri oluşturuldu ve doğrusal ilişkinin varlığı belirlendi (Şekil 1) (19).

Araştırmada öğrencilerin yenilikçilik düzeyleri ile girişimcilik eğilimleri arasındaki ilişki katsayısının $r=0.410$ olduğu ve bu ilişkinin istatistiksel olarak çok ileri derecede anlamlı ($p<0.001$) olduğu bulundu ($r: 0.411$, $p:0.000$) (Tablo 3).

Tablo 3. Hemşirelik Öğrencilerinin Bireysel Yenilikçilik Düzeyleri ile Girişimcilik Eğilimleri Arasındaki İlişki

	n	α	ED-EY	Ort ±SS	r/p
Bireysel yenilikçilik	3	0.87	1-5	63.12±7.70	$r=0.411$
Girişimcilik	5	0.88	1-5	98.58±12.19	$p<0.001$

n= Ölçekte yer alan madde sayısı, α = Cronbach's Alpha iç tutarlık katsayısı, ED-EY= En Düşük- En Yüksek Değer, Ort=Ortalama, SS= Standart Sapma, r=Pearson Korelasyon katsayısı, p= Anlamlılık düzeyi

Tartışma

Araştırma grubunun çoğunluğu genç yaş grubuna sahip olup kadın ve Anadolu Lisesi mezunu hemşirelik öğrencilerinden oluşmaktadır. Araştırmaya katılan öğrencilerin küçük bir bölümü daha önce girişimci faaliyette bulunduğunu ifade etti. Öğrencilerin girişimci faaliyet olarak sosyal sorumluluk projelerine katılma, okul kütüphanesi açma, takı ve bileklik satma, gezi düzenleme, öğrenci kulübü çalışmalarına katılma, şirket kurma, ticaret yapma, blog açma gibi etkinlikleri gerçekleştirdikleri öne çıktı. Öğrencilerin girişimcilik etkinliklerini üniversite eğitiminin ortaya çıkardığı sosyal ortamda sürdürdükleri söylenebilir.

Öğrencilerin çoğunluğu girişimcilik ve inovasyon konusunda herhangi bir eğitime katılmadığını ve sağlık alanında inovatif araştırma projesinde yer almadığını ifade etti. Sağlık alanında inovatif araştırma projesinde yer aldığını ifade eden öğrencilerin bilimsel araştırma faaliyetlerine ve

öğrenci kongrelerine katılmayı inovatif araştırma projelerine katılma başlığı altında ifade etti. Yenilikleri takip etmek ve uygulamak, değişen ihtiyaçları belirlemek ve değişimleri başlatmak için hemşirelerin ve hemşirelik öğrencilerinin yenilikçi, risk alma, sorunları algılama, fırsat odaklı olma, girişimcilik gibi bazı özelliklere sahip olması gerekmektedir. Yenilikçi ve girişimci hemşirelik öğrencileri gelecekte sağlık bakım sisteminde bakım teknolojileri üreten, hemşirelik bakım kalitesini geliştiren ürünler tasarlayan, patent alan, inovatif projeler üreten meslek üyeleri olarak hemşirelik mesleğine katkı sunabilirler. Yenilikçi ve girişimci hemşirelik öğrencileri bilimsel ve teknolojik gelişmeleri takip ederek mesleki ve bireysel geleceklerini yapılandırabilir. Günümüzde hemşirelik öğrencilerinin yenilikçi düşüncelerine yönelik pek çok etkinlik düzenlenmektedir. Üniversitelerde hemşirelikte yaratıcılık ve inovatif fikir üretme üzerine eğitim, sempozyum, yarışma

ve kongreler düzenlenmektedir. Araştırma grubunu oluşturan öğrenciler eğitimlerinde uygulamalı girişimcilik ve hemşirelikte bakım teknolojisi derslerini seçmeli ders olarak alma imkânına sahip olmalarına ve bilimsel etkinliklere katılmalarına rağmen kendilerinin yenilikçilik (inovasyon) konusunda özel bir eğitim almadıklarını düşünmüşlerdir. Öğrencilerin inovatif araştırma projeleri olarak öğrenci kongrelerine katılımı ifade etmesi üniversite dışında farklı büyük kurum ve kuruluşların düzenledikleri etkinliklerin yerine eğitim gördükleri kurumun etkinliklerine öncelik verdiklerini düşündürmüştür.

Öğrencilerin, çoğunluğu inovatif uygulamaların gelecekte hemşirelik uygulamalarını etkileyeceğini ifade etti. Amerika Tıp Enstitüsü'nün (IOM) 2010 yılında yayınladığı raporda hemşirelerin gelecekte yenilikçi sağlık bakım teknolojilerinin geliştirilmesinde ve kullanımında anahtar rolü olduğu vurgulanmaktadır (14). Fütüristler gelecekte, sağlık bilişimi, tele-tıp, simülasyon gibi uygulamaların yanı sıra biyosensör ve biyoçipler gibi inovatif değişimlerin hemşirelerin rollerinde pek çok yenilik getireceğini ortaya koymaktadır (20). Sonuçlar bu bilgiler ile birlikte değerlendirildiğinde; öğrencilerin hemşireliğin ve sağlık bakım sisteminin geleceğine yönelik inovatif değişimlerin farkında oldukları, inovatif fikirleri ve gelişmeleri takip ettikleri şeklinde değerlendirildi.

Araştırmaya katılan öğrencilerin bireysel yenilikçilik ölçeğinden aldıkları puan ortalamalarına göre öğrencilerin düşük düzeyde bireysel yenilikçilik özelliklerine sahip olduğu belirlendi (63.12 ± 7.70). Bu sonuç, ilgili literatür ile paralellik göstermektedir (1,21-23). Öğrencilerin büyük çoğunluğu sorgulayıcı ve öncü özelliklere sahiptir. Sorgulayıcı öğrencilerin, yeniliklere karşı temkinli oldukları ve risk almaktan uzak durmayı tercih ettikleri söylenebilir. Öğrenciler arasında “yenilikçilerin” az olması dikkat çekicidir. Öğrenciler yenilikleri farketmede öncü özelliklere sahip olduğu ve fikir önderliği yapabildiği ancak risk almaktan korktukları için sorgulayıcı oldukları söylenebilir. Oysa yenilikçi bireyler, yeni fikirleri denemeyi ve risk almayı yaşam biçimi olarak görürler. Avrupa Birliği Öngörü Raporu'na göre yakın geleceği oluşturmada sistemik olarak (bireysel, kurumsal, bölgesel) yenilikçiliğin ve yaratıcı fikirlerin sağlık bakım sisteminin geleceğini yapılandırma, hayatı kolaylaştırmada

ve rehber olmada anahtar bir rolü vardır (7). Dünya Ekonomik Forumunun 2016 yılında yayınladığı raporunda da geleceğe yönelik yeni inovatif bilişim uygulamaları ve projeleri üretebilen ve kullanabilen yenilikçi ve girişimci meslek üyelerinin gereksinimi önemle vurgulanmıştır (24). Amerika Tıp Enstitüsü'nün (IOM) 2010 yılında yayınladığı raporda hemşirelerin gelecekte sahip olması gereken yeterliliklerinin arasında sağlık bakımı hizmetlerinde kullanılmaya başlanan gelişmiş teknolojilere ve hasta tedavisindeki ve bakımındaki hızlı değişimlere uyum sağlayan, sağlık bakım teknolojilerinin geliştirilmesine yönelik yenilikçi uygulamaları geliştiren, fikir önderliği eden ve takip eden meslek üyeleri olmaları gerektiği vurgulanmaktadır (14). Bu durumda günümüz yüzyılında yenilikçi özelliklere sahip olmak bir gereklilik olarak düşünülebilir. Bu sonuçlar, gelecekte hemşirelik mesleğinin geliştirilmesinde, yeni hemşirelik uygulamalarının yaygınlaştırılmasında ve kanıta dayalı bakım uygulamalarının benimsenmesinde hemşirelik öğrencilerinin yenilikçilik ve risk alma davranışlarını ne ölçüde uyguladıklarını belirlemek açısından önemlidir.

Öğrencilerin girişimcilik ölçeğinden aldıkları puan ortalamalarına göre öğrencilerin ortanın üzerinde girişimciliğe sahip olduğu belirlendi. Ülkelerin ekonomilerinin, sanayilerinin, teknolojilerinin gelişmesinde ve refah seviyelerinin artmasında en önemli faktörlerden biri de girişimciliktir. En gelişmiş olduğu düşünülen ülkeler dahi, girişimciliğin gelişmesi, daha etkin hale gelmesi ve girişimcilerin yaygınlaşması için eğitim yoluyla, kitle iletişim araçlarıyla, sivil toplum kuruluşlarıyla çalışmalarını sürdürmekte ve girişimciliğe katkı vermektedir (25). Raposo ve Paço'ya göre (2011) bireyin yaşamındaki fırsatları tanıma yeteneği, yaratıcı ve eleştirel bir şekilde düşünme yeteneği, yeni fikirler üretme yeteneği, fırsatları izleme becerisi ve ihtiyaç duyulan kaynakları elde etme yeteneği, ancak girişimci bir eğitimle verilebilir (22,26). Ülkemiz dünyada girişimcilik potansiyeli ve eğilimi yüksek ülkeler arasında çok büyük bir imkâna sahip bulunmaktadır. Bu potansiyellerin geliştirilmesi büyük ölçüde eğitim sistemimizin niteliğine bağlıdır. Eğitim sistemlerinin en önemli unsuru olan üniversite öğrencilerinin girişimci ve atılgan potansiyellere sahip olması oldukça önemlidir. Bu sonuç literatürle paralellik göstermekle birlikte; (27-28) geleceğin hemşirelerinin yenilikçi fikirler

üretebilen, belirsizlikleri iyi yönetebilen, kontrollü risk alan, değişimlere iyi uyum sağlayan bireyler olması konusunda umut verici bir sonuç olarak değerlendirilebilir.

Öğrencilerin bireysel yenilikçilik düzeyleri ile girişimcilik eğilimleri arasında istatistiksel olarak çok ileri derecede anlamlı, pozitif ve zayıf bir ilişki olduğu belirlendi. Literatür incelendiğinde girişimci bireylerin yenilikçi oldukları, yenilikçiliğin girişimciliğin temelini oluşturduğu vurgulanmaktadır (12,29). İrmiş ve Özdemir'in (2011) Türkiye'nin 5 ilinde yaptıkları alan araştırmasında girişimcilik ile ilgili daha önce ders alan bireylerin araştırma-geliştirme etkinliklerine ve yeniliklere daha çok kaynak ayırdıkları belirlendi (30). Bu bulgular araştırma sonuçlarıyla ve ilgili literatürle paralellik kurması beklenen bir sonuç olup hemşirelik öğrencilerinin girişimcilik eğilimlerinin arttıkça yenilikçi davranışlarının artacağı olarak değerlendirildi. Geleceğin girişimci hemşirelerinin, yeni fikirlerin oluşturulmasında, uygulamaya konulmasında ve bunların geleceğe taşınmasında, hem kendi toplumunda hem de dünya üzerinde ulaşabildiği her yerde katalizör görevi gören bireyler olması yenilikçi bir toplum açısından büyük önem arz etmektedir.

Sonuç ve Öneriler

Sonuçlar, hemşirelik öğrencilerinin orta düzeyde yenilikçi olduklarını, yeniliklere karşı sorgulayıcı ve öncü özelliklere sahip olduklarını, yenilikçiliğe ilişkin yeterli bilgi düzeyine sahip olmadıklarını, ortanın üstünde girişimciliğe sahip olup girişimciliğe açık olduklarını gösterdi. Ayrıca, öğrencilerin yenilikçilik düzeylerinin arttıkça girişimcilik eğilimlerinin olumlu yönde artacağı söylenebilir.

Araştırmanın;

- değişik üniversitelerde farklı bölümlerde geniş örneklem gruplarına uygulanması,
- öğrencilerin inovatif proje etkinliklerine katılımının desteklenmesi,
- yenilikçilik ve girişimcilik üzerine seçmeli derslerin artırılması,
- üniversitelerin, sürekli eğitim merkezlerinde öğrencilerinin bireysel yenilikçi özelliklerini ve girişimciliklerini geliştirmeye yönelik eğitim programları hazırlamaları ve bunları güncelleştirerek uygulamaları önerilebilir.

Araştırmanın Sınırlılıkları: Araştırma, bir Hemşirelik Fakültesi'nde 2015-2016 öğretim yılında öğrenim gören öğrenciler ile sınırlıdır. Tüm hemşirelik öğrencilerine genellenemez.

Teşekkür

Bu araştırmaya katkısından dolayı Hatice KISIK' A teşekkür ederim.

Kaynaklar

1. Çuhadar C, Bülbül T, Ilgaz G. Exploring of the relationship between individual innovativeness and techno-pedagogical education competencies of pre-service teachers, Elementary Education Online, 2013; 12(3): 797-807.
2. Türk Dil Kurumu (TDK). Güncel Türkçe Sözlük, [Current Turkish Dictionary]. 2018; Erişim: www.tdk.gov.tr, 15.01.2018.
3. Rogers M.E. Diffusion of innovations. New York: Free Press; 2003.
4. Kılıçer K, Odabaşı HF. Bireysel yenilikçilik ölçeği: Türkçe'ye uyarlama geçerlik ve güvenilirlik çalışması, [Individual innovativeness scale: The study of adaptation to Turkish, validity and reliability], Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi, 2010; 38: 150-164.
5. Uluslararası Hemşireler Birliği-ICN. Delivering quality, serving communities: Nurses leading care innovations. International Nurses Day Kit 2009. [Http://Www.İcn.Ch/İmages/Stories/Document s/Publications/İnd/İndkit2009. Pdf](http://www.icn.ch/images/stories/Document s/Publications/İnd/İndkit2009. Pdf) (Erişim 20.03.2009).
6. Sönmez B, Yıldırım A. Bir üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerin yenilikçi davranışları ve yenilikçi davranışlarını etkileyen faktörlere ilişkin görüşlerinin belirlenmesi: Niteliksel bir çalışma, [Determination of nurses' innovative behaviours and their views about the factors affecting their innovative behaviours: A qualitative study in a university hospital], Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi, 2014; 2(1): 49-59.
7. European Commission. The junction of health, environment and the bioeconomy: Foresight and implications for European research &

- innovation policies, 2015; Available from: <http://ec.europa.eu/transparency/regexpert/index.cfm?do=groupDetail.group>, (Accessed 30.10. 2016).
8. European Strategy and Policy Analysis System. Global trends to 2030: Can the EU meet the challenges ahead? 2015; Available from: <http://Europa.Eu/Espas/Pdf/Espas-Report-2015.Pdf>, (Accessed 10.12.15).
 9. Omachonu VK, Einspruch NG. Innovation in healthcare delivery systems: A conceptual framework, *The Innovation Journal: The Public Sector Innovation Journal*, 2010; 15(1).
 10. Ulusal Hemşirelik Birliği (NLN). Innovation in nursing education: A call to reform [Position Statement]. New York, US; 2003.
 11. Dil S, Uzun M, Aykanat B. Hemşirelik eğitiminde inovasyon, [Innovation in nursing education] *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, 2012; 9(2): 1217-1228.
 12. Herdman EA. Hemşirelik ve yenilikçilik, [Nursing and innovation] *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 2009; 6(2): 2-4
 13. Sarıoğlu A. Bireysel yenilikçilik ölçeğinin hemşirelikte geçerlik ve güvenilirliği, [Validity and reliability of the individual innovation scale in nursing], Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Erzurum, Türkiye, 2014.
 14. IOM (Institute of Medicine). The future of nursing: Leading change, advancing health, The National Academies Press, Washington DC; 2010.
 15. Arslan H, Şener DK. Hemşirelikte yeni ve önemli bir kavram: Girişimcilik, [A new and important concept in nursing: Entrepreneurship] *İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 2012; 20(2): 140-145.
 16. Kılıç R, Keklik B, Çalış N. Üniversite öğrencilerinin girişimcilik eğilimleri üzerine bir araştırma: Bandırma İİBF İşletme bölümü örneği, [A study on entrepreneurship tendency of university students: Example of Bandırma department of Business Administration], *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 2012; 17(2): 423-435.
 17. Hurt HT, Joseph K, Cook CD. Scales for the measurement of innovativeness. *human communication research*, 1977; 4, 58-65.
 18. İşcan ÖF, Kaygın E. Potansiyel girişimciler olarak üniversite öğrencilerinin girişimcilik eğilimlerini belirlemeye yönelik bir araştırma, [An investigation to determine the entrepreneurship tendency of university students as potential entrepreneurs], *Organizasyon ve Yönetim Bilimleri Dergisi*, 2011; 3(2): 1309-1339.
 19. Akgül, A. İstatistiksel Analiz Teknikleri SPSS Uygulamaları, Emek Basımevi, Ankara, 2003.
 20. Türk Fütüristler Derneği. İnsan 2030 Raporu, [Human 2030 Report] Elma Publication: Istanbul, Turkey, 2015.
 21. Çelik K. The relationship between individual innovativeness and self-efficacy levels of student teachers. *International Journal of Scientific Research In Education*, 2013; 6(1), 56-67.
 22. Deniz S. Öğretmen adaylarının bireysel yenilikçilik özellikleri, [Individualistic innovative characteristics of preservice teachers], *Turkish Studies*, 2016; 11(9): 267-278
 23. Kılıç H, Tuncel ZA. İlköğretim branş öğretmenlerinin bireysel yenilikçilik düzeyleri ve yaşam boyu öğrenme eğilimleri, [Primary subject teachers' individual innovativeness levels and lifelong learning tendencies], *Uluslararası Eğitim Programları ve Öğretim Çalışmaları Dergisi*, 2014; 4(7): 25-37.
 24. Dünya Ekonomik Forumu. The future of jobs. 2016; Available from: http://www3.weforum.org/docs/WEF_Future_of_Jobs.pdf. (Accessed: 05.01. 2017)
 25. İrmış A, Barutçu E. Öğrencilerin kendilerini girişimci bir kişiliğe sahip görmelerini ve iş kurma niyetlerini etkileyen faktörler: bir alan araştırması, [The factors seeing themselves as entrepreneurs personalities and establishing new business intentions of students: A case study], *Atatürk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 2012; 26(2).
 26. Raposo M, Paço A. Entrepreneurship education: Relationship between education and entrepreneurial activity, *Psicothema*, 2011; 23(3):453-457.
 27. Ay TS, Acar Ş. Sınıf öğretmenlerinin girişimcilik becerisi kazandırmaya yönelik görüşleri, [Views of classroom teachers about the acquisition of entrepreneurial skills],

- Electronic Journal of Social Sciences, 2016; 15(58): 960-976.
28. Korkmaz. O. Üniversite öğrencilerinin girişimcilik eğilimlerini belirlemeye yönelik bir araştırma: Bülent Ecevit Üniversitesi Örneği, [A research on determining the entrepreneurialism inclination of university students: Bülent Ecevit University example], Afyon Kocatepe Üniversitesi, İİBF Dergisi, 2012; 14(2).
 29. Aslan H, Yıldız B, Direzinci A. Öğrencilerin girişimcilik dersi kazanımlarının girişimcilik eğilimi ve inovasyon yeteneği üzerine etkisi, [The impact of entrepreneurship course achievements of students on their entrepreneurship tendency and innovation skills] Akademik Sosyal Araştırmalar Dergisi, 2017; 5(51): 524-538.
 30. İrmiş A, Özdemir L. Girişimcilik ve yenilik ilişkisi, [The relationship between entrepreneurship and innovation], Yönetim Bilimleri Dergisi, 2011; 9(1).

Disaster Preparation Status of Public Health Academic Staff a Cross-sectional Study from Istanbul

Halk Sağlığı Akademik Personellerinin Afet Hazırlık Durumu İstanbul'dan Kesitsel Bir Araştırma

Ayşe Gulsen TEKER^a Seyhan Hıdıroğlu ERGİN^b Melda KARAVUS^c

ABSTRACT Aim: Public Health is a field specifically related to disasters and disaster medicine. The purpose of this research is to determine the opinion and education status of public health academic personnel in Istanbul on disasters, especially the earthquake, and to expose their disaster preparedness at their institutions and living area. **Methods:** The cross-sectional research is used for the study. 53 research assistants and 39 academics working at the faculties of medicine in public and private universities participated to the research. **Results:** 61.1% of the academics and 71.6% of the research assistants did not receive basic disaster training. Only 5 of the research assistants participating to the research received basic disaster training from their institutions. 77.6% of the research assistants and 50% of the academics do not know whether there is a disaster plan of their institutions or not. **Conclusion:** Including the basic disaster training subjects in the curriculum of the education process for public health research assistants may improve their self-sufficiency and increase their motivation to take charge in cases of a disaster. The institutions must build up a disaster plan and support their plan and intervention techniques with applied trainings and practices.

Key Words: disaster, disaster preparedness, disaster medicine, emergency medicine, public health

ÖZ Amaç: Halk Sağlığı afetler ve afet tıbbı ile özellikle ilgili bir alandır. Bu araştırmanın amacı İstanbul'da çalışan halk sağlığı akademik personellerinin afetlerle ve özellikle olası bir deprem durumu ile ilgili görüşlerini ve eğitim durumlarını öğrenmek ve kurumlarında ve yaşadıkları yerlerde afet hazırlık durumlarını belirlemektir. **Yöntem:** Araştırma kesitsel olarak düzenlenmiştir. İstanbul'da kamu ve özel tıp fakültelerinin halk sağlığı bölümlerinde çalışan 39'u öğretim üyesi ve 53'ü araştırma görevlisi toplam 92 akademik personel araştırmaya katılmıştır. **Bulgular:** Öğretim üyelerinin %61,1'i araştırma görevlilerinin %71.6'sı temel afet eğitimi almamıştır. Araştırmaya katılan araştırma görevlilerinin sadece 5'i çalıştıkları kurumdan temel afet eğitimi almıştır Araştırma görevlilerinin %77.6'sı; öğretim üyelerinin %50'si kurumlarına ait bir afet planı olup olmadığını bilmemektedirler. Katılımcılar içinde kurum afet planında görevli olduğunu belirten hiç kimse bulunmamaktadır. **Sonuç:** Temel afet eğitimi konularına halk sağlığı araştırma görevlilerinin eğitim sürecinde yer verilmesi onların öz yeterliliğini geliştirerek afet durumunda görev almaları konusunda motivasyonlarını artırabilir. Kurumların afet planı geliştirmesi, geliştirdikleri plan ve müdahale yöntemlerini uygulamalı çalışmalar ve tatbikatlar yaparak desteklemeleri zorunludur.

Anahtar Kelimeler: afet, afet hazırlığı, afet tıbbı, acil tıp, halk sağlığı

Introduction

A disaster is serious disruption of the functioning of a community or a society causing widespread human, material, economic or environmental losses which exceed the ability of the affected community or society to cope using its own resources (1). Natural disasters are ecological events that disrupt the normal life order of the community and require external assistance by overcoming the capacity of the community to adapt. Natural disasters that lead to deaths,

severe injuries or loss are compelling for individuals of all ages and may lead to physical difficulties as well as psychological difficulties (2). Various kinds of natural disasters have been experienced and still being experienced in our country. According to the information available, 65% of the disasters in our country are earthquakes, 15% are landslides, 14% are floods and about 10% are other disasters such as fire, avalanche and storm. Natural disasters cause an

Geliş Tarihi/Received:08-08-2017 / Kabul Tarihi/Accepted:27-02-2018

^a Provincial Health Directorate Nigde, Turkey, agulsenteker@hotmail.com, ORCID: 0000-0003-4958-007X

^b Marmara University School of Medicine Department of Public Health, Istanbul, Turkey, seyhanerginh@gmail.com, ORCID: 0000-0001-8656-4613

^c Marmara University School of Medicine Department of Public Health, Istanbul, Turkey, ORCID: meldak@marmara.edu.tr, ORCID: 0000-0003-2629-2374

Sorumlu Yazar /Correspondence: Ayşe Gulsen TEKER, Provincial Health Directorate Nigde, Turkey, agulsenteker@hotmail.com

economic loss of about 3% of gross domestic product each year. Among natural disasters, one of the most remarkable in terms of its effects is earthquakes. 66% of our territory is in first and second degree earthquake zones and 71% of the population lives in these zones (3,4). It is estimated that the earthquake that will be the result of breaking the parts of the North Anatolian Fault Line passing through the Marmara Sea will affect a wide geographical area, especially the southern parts of Istanbul. There are studies saying that a major earthquake in this area has 62% probability to occur in this region within the next 30 years (5), while there are also studies showing that the possibility of an earthquake of around 8.0 with the Richter size scale in the Marmara Region over the next 50 years is 90% (6). The data given and the events that are happening reveal the importance for our country to prepare for a disaster that may be experienced especially in case of a disaster. Disaster medicine is a newly emerging medical field with a short history. The aim is to prevent and reduce the adverse effects of disasters on the health of affected communities, to bring health conditions to pre-disaster status, to protect or restore health services and establishments. Disaster medicine requires that various health disciplines work in collaboration. One of these disciplines is public health. Public Health is a branch specifically concerned with disasters and disaster medicine (7). Preparation state of public health workers for a possible disaster is of great importance in a region like our country where disasters happen and especially earthquake hazard exists. Modern disaster management includes steps such as disaster preparation, disaster response, and post-disaster rehabilitation. Public health professionals have important roles in all these steps.

The purpose of this research is to learn the opinions and educational status of the public health academic staff working in Istanbul with disasters and especially about a possible earthquake situation and to show the disaster preparation status in their institutions and places where they live.

Materials and Methods

The study was organized cross-sectional. A total of 92 academic staff in public health departments of public and private medical faculties in Istanbul including 39 academics and 53 research assistants studied in August 2015, the data collection period of the research. The universe of

the study consists of these 92 people. In this study in which a sample was not selected, it was aimed to reach the entire universe. A 30-question questionnaire prepared by the researchers was used for data collection. Surveys were implemented as face-to-face or online surveys. An online questionnaire was applied via e-mail addresses to participants who could not be reached face-to-face. The approval from the ethics committee was obtained. All participants were informed and approvals of participants were taken.

Statistical Analysis: SPSS package program was used for statistical analysis. Descriptive findings were expressed in numbers and percentages. Fisher's Exact Test and Chi-Square test were used to evaluate categorical variables. $p < 0.05$ was considered statistically significant.

Results

A total of 67 participants including 18 academics and 49 research assistants participated in the study. This number corresponds to 72.8% of the research universe. 44 of the participants were female (65.7%) and 23 were male (34.3%). 10 of the participants (14.9%) are working in private universities, and the remaining is working in public universities.

61.1% of academics and 71.6% of research assistants did not receive basic disaster training. There is no statistically significant difference between academics and research assistants in terms of basic disaster training (Table 1).

Table 1. Basic disaster training status of academics and research assistants

	Basic Disaster Training Status		
	Yes n (%)	No n (%)	Total n (%)
Academics	7 (38,9)	11 (61,1)	18 (100,0)
Research Assistants	12 (38,4)	37 (71,6)	49 (100,0)
$\chi^2=1,34 \quad p=0,24$			

Only 5 of the research assistants who participated in the study received basic disaster training from the institution they are studying (Table 2). All of these 5 people stated that the training they had received was inadequate. 38 of the research assistants (77.6%) and 9 of academics (50.0%) do not know whether there is a disaster plan belonging to their institution. No one is present in the participants who indicated

Table 2. Places that the participants received basic disaster training from

	Academics	Research Assistants
Present instution they study	1	5
Past instution they studied	2	2
Another public instution	1	7
Another private instution	3	0
Total	7	14

Table 3. Participants precautions related to earthquake preparation in places where they live

	Academics		Research Assistants		p* value
	Yes N (%)	No N (%)	Yes N (%)	No N (%)	
Strengthening the buildings they live	2 (11,1)	16 (88,9)	5 (10,2)	44 (89,8)	>0,5
Preparing a disaster plan in their houses	5 (27,8)	13 (72,2)	0 (0,0)	49 (100,0)	>0,5
Preparing an earthquake bag	9 (50,0)	9 (50,0)	7 (14,3)	42 (85,7)	<0,001
Having earthquake insurance for the buildings they live	6 (33,3)	12 (66,7)	18 (36,7)	31 (63,3)	0,007

**Fisher's Exact Test*

that they are on duty in the institutional disaster plan

Among the participants, 59.2% of the research assistants (n=29) and 83.3% of the academics (n=15) stated that they experienced an earthquake with a magnitude greater than 4.5 Richter size (severe). However, most of the participants did not take precautions related to earthquake preparation in places where they live. The frequency of academics preparing an earthquake bag and having earthquake insurance for the buildings they live in is significantly higher than the frequency of research assistants (Table 3).

60.7% of the participants are not willing to be involved in a possible disaster as a staff. The lack of training and experience related to working in the disaster area was most commonly showed as a reason for this situation. The participants were asked about which topics they had lack of information related with disaster management; research members stated that they had a lack of information on 'triage' and 'disaster and mental health' most frequently, and research assistants indicated that they had a lack of information about "disaster response" and "coordination and communication during disasters" (Table 4).

Discussion

71.6% of research assistants and 61.1% of academics participating in this study were found not to receive basic disaster training. Similar results have been obtained from previous studies and the lack of training of health workers' in disaster has been revealed. 71.7% of the doctors stated that they did not receive disaster training in the study conducted by the Turkish Medical Association for the evaluation of the preparatory situation of the inpatient treatment institutions that the physicians were working for extraordinary situations (8). In a study conducted in a nursing department of a university, it was found that 78.9% of students did not receive disaster and emergency training (9). Public health professionals, who are the target group of this study, was not receive high-level disaster training, moreover there was no difference in terms of disaster training between the academics and research assistants.

Only 5 of the research assistants stated that they had disaster training by the institution they are studying. In addition, all trainees found this training inadequate. Both the academics and the research assistants indicated that all the

Table 4. Topics the participants think they have lack of information related with disaster management

	Academics n (%)	Research Assistants n (%)
Disaster response	6 (33,3)	35 (71,4)
Simple search and recovery	3 (16,7)	29 (59,2)
Coordination and communication during disasters	11 (61,1)	35 (71,4)
Triage	12 (66,7)	14 (28,6)
Basic life support	7 (38,9)	11 (22,4)
Disaster and contagious disease control	3 (16,7)	31 (63,3)
Disaster and mental health	7 (38,9)	29 (59,2)
Disaster and mental health	13 (72,2)	33 (67,3)

research assistants indicated that all participants had lack of knowledge on many basic issues such as disaster management or triage or control of infectious diseases.

Most of the participants do not want to work voluntarily in case of a possible disaster. The most important reason for this is the lack of training. In previous studies, the important reason of concerns of health workers about working in the disaster area was the inadequacy of education (10). Acquiring disaster training can increase the motivation of health workers to improve their self-sufficiency and to work in disaster situations.

Despite the fact that most of the participants lived in a severe earthquake, most of the participants did not take measures to prevent a possible earthquake. This demonstrates the importance of the social component in reducing earthquake risks. In one study, it was shown that the success of efforts to reduce earthquake risks was directly proportional to community cooperation¹¹. To educate and raise awareness of disaster preparedness for every part of society, including health workers will increase volunteerism, policies implemented with social voluntarism, rather than impositions, will increase the proportion of people who take measures against the earthquake risk reduction process and the possible earthquakes.

When a disaster is encountered, how to deal with emerging problems should be considered before. The organization of rescue, first aid, transport, communication, material flow must be planned in advance. Every

individual who will be involved in this arrangement has to know very well where, when, and what to do. Otherwise, there will be a chaotic environment instead of order and cooperation, and the work to be done is delayed (10). In disasters, those assigned to disaster plans should immediately go to the task site, and the ones who are not commissioned should go to the place of duty in the ordinary term and start running their duties (11). It has been scientifically proven that the possibility of people moving in a disaster without panic is doubled when exercises related to safe behavior before disaster are made (12). However, in current research, most of the participants were not even aware of a disaster plan belonging to the institutions. There is no participant in the disaster plan that indicates his/her duty. In a study conducted in an educational research hospital, 64% of hospital workers were unaware of the disaster plan (13). Also in another study conducted with 449 physicians by the Turkish Medical Association, 63.5% of the participants stated that there was no disaster plan in their institutions or they had no information on this subject⁸.

Conclusion

Disaster training and preparation of health workers are of vital importance especially in the societies facing disaster danger like our country. It was observed that the public health professionals, who may have significant contributions at every step of the disaster response, did not receive structured disaster training during their work and education processes. Providing basic disaster training to public health researchers during their training process may increase their motivation to work in disaster situations by improving their self-sufficiency. It is imperative that institutions develop disaster plans, support plans and intervention methods they developed by performing practical exercises and demonstrations in order to be able to make better intervention and improvement activities in emergencies.

Conflict of Interest: There are no conflicts of interest in this paper.

Financial Support: Authors did not receive financial support from any person or organization.

References

1. Internationally Agreed Glossary of Basic Terms Related to Disaster Management. Geneva: United Nations Department of Humanitarian Affairs; 1992.
2. Baskurt S, Karadag N. The Preparedness Status of Extraordinary Events of the Hospitals Deported to the Ministry of Health in Balıkesir Province. *Modern Hastane Yönetimi Dergisi* 2001;5(1):14-18.
3. Akdur R. Disaster Preparedness and Disaster Management. Ankara: Sağlık ve Sosyal Yardım Vakfı, 2001. p.1-42.
4. Ergunay O. Turkey's Disaster Profile. Ankara; 2007. pp.1-15.
5. Barka, A. The next expected Marmara Earthquake. International Istanbul Earthquake Meeting. Istanbul: TUYAP Fuarçılık; 2000.
6. Burton P. Extreme Earthquake and Earthquake Perceptibility Study in Greece and Its Surrounding Area. *Natural Hazards* 2010; 32: 277-312.
7. Guler C, Akin L. Public Health Basics. Ankara: Hacettepe University Press, 2015. pp.1106-1129.
8. Investigations of Physician's Preparedness for Extraordinary Situations In Bedside Therapy Institutions. 1st edition. Ankara: Turk Tabipler Birliği Yayinlari, 2009.
9. Hisar MK, Yurdakul A. The Evaluation of Information about Health Services in Disasters of Nursing Students of a University. *MAKÜ Sag. Bil. Enst. Derg.* 2015; 3(2): 54-65.
10. Cakmak H, Er RA, Oz YC, Aker AT. Determination of the Infl uencing Status of the Marmara Earthquake and Preparation Status For Possible Disasters of the 112 Emergency Staff In Kocaeli City Akademik. *Acil Tıp Dergisi* 2010; 2: 83-8.
11. Balyemez S, Berkoz L. Social Component in Earthquake Risk Mitigation. *İtüdergisi.* 2011; 10(1): 27-38.
12. Kadioglu M. Afet Yönetimi: Waiting the Unexpected, Managing the Worst. Ankara: T.C. Marmara Belediyeler Birliği Yayini, 2011.
13. Yurdakul A, Piroglu F, Okay N. In the Framework of Existing Disaster Plan of Kocaeli Derince Education and Research Hospital, Evaluation of Disaster Preparedness of Employees. *MAKÜ Sag. Bil. Enst. Derg.* 2013; 1(2): 75-85.

Research of Awareness of University Students on Functional Foods**Üniversite Öğrencilerinin Fonksiyonel Gıdalar Konusundaki Farkındalıklarının Araştırılması**Hülya DEMİR^a

ABSTRACT Objective: The aim of this research is to reveal the awareness of the students who receive education on nutrition dietetics on functional foods. **Materials and Methods:** The sample group selected in the research consists of first and fourth grade undergraduate students of Nutrition and Dietetics of a Private University selected by using Convenience Sampling Method. Within the scope of the research, a data collection form was applied to 80 students in total. **Results:** There is a significant difference between fourth grade students and first grade students regarding the variables of the level of education, age, monthly income, control over their own health, and where they first heard about functional foods ($p<0.05$). It was seen that there is a significant difference between the monthly income groups regarding the awareness and frequency of use of functional foods and that this difference arises from the group having a monthly income of 5001TL and more. Furthermore, when the general means of the responses to the awareness of the functional foods and the frequency of use are taken into consideration, it was determined that “Whole grain cereals, musli” was on the first rank with an average of 3.74, “garlic” was on the second rank with an average of 3.66 and “ginger” was on the third rank with an average of 3.65. This result indicates that these are the most recognized and used products among the participants **Conclusion:** It was seen that the education of the students who received nutrition and dietetics education contributed to their tendencies about functional foods. Functional foods should not only be encouraged among students whose study fields are related to nutrition, but also among other students in order to raise awareness.

Keywords: Functional foods, Healthy Food, Nutrition

ÖZ Amaç: Bu araştırmanın amacı beslenme ve diyetetik eğitimi alan öğrencilerin fonksiyonel gıda konusundaki farkındalığının ortaya konmasıdır. **Gereç ve Yöntem:** Araştırmada seçilen örneklem grubunu kolayda örnekleme yöntemi kullanılarak seçilen Özel Üniversitenin Beslenme ve Diyetetik birinci ve dördüncü sınıf lisans öğrencileri oluşturmaktadır. Araştırma kapsamında toplam 80 öğrenciye veri toplama formu uygulandı. **Bulgular:** Dördüncü sınıf öğrencileri birinci sınıf öğrencileri ile karşılaştırıldığında eğitim seviyesi, yaş, aylık gelir, kendi sağlığı üzerinde kontrol sahibi olma, fonksiyonel gıdaları ilk nereden duyduğu değişkenlerine ilişkin anlamlı bir fark vardır($p<0.05$). Fonksiyonel gıdalara yönelik farkındalığı ve kullanım sıklığı ortalamalarına ilişkin aylık gelir grupları arasında anlamlı bir fark olduğu, bu farkın 5001TL ve üzerinde aylık gelire sahip olan gruptan kaynaklandığı görüldü. Ayrıca fonksiyonel gıdaların farkındalığı ve kullanım sıklığına ilişkin verilen cevapların genel ortalamalarına bakıldığında birinci sırada 3,74 ortalama ile “Tam tahıllı gevrekler, müsli”, ikinci sırada 3,66 ortalama ile “sarımsak” ve üçüncü sırada ise 3,65 ortalama ile “zencefil” olduğu belirlendi. Bu sonuç katılımcılar arasında en çok tanınan ve kullanılan ürünlerin bunlar olduğunu göstermektedir. **Sonuç:** Beslenme ve diyetetik eğitimi alan öğrencilerin aldıkları eğitimin, fonksiyonel gıdalar hakkındaki eğilimlerine katkı sağladığı görüldü. Fonksiyonel gıdaların sadece çalışma alanları beslenme ile ilgili olan öğrenciler arasında değil, diğer öğrenciler arasında da farkındalık sağlanmasına teşvik edilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Fonksiyonel gıda, Sağlıklı gıda, Beslenme

Introduction

Functional food; in addition to its nutritional value, is defined as a food or food ingredient that has positive effects on an individual's health, physical performance or mood (1). Functional food (FF) can be divided into three groups which can be expressed as (1) ‘adding wellbeing to your life’ (e.g. improve the regular stomach and colon functions as in prebiotics and

probiotics or ‘improve children’s life’ by means of promoting their learning capacity and behaviour) (2) functional food is intended to reduce an present health risk problems like high cholesterol or hypertension and (3) is composed of the products that can render the consumers’s life easier (e.g. lactose-free, gluten-free products) (2). Some authors note that the development

Geliş Tarihi/Received:19-02-2017/ Kabul Tarihi/Accepted:29-03-2018

^a Yrd. Doç. Dr. Yeditepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Beslenme ve Diyetetik Bölümü, hdemir40@gmail.com, ORCID:0000.0002.5804.1994

of FF could be caused by the world's preoccupation with encouraging an absence of disease, longevity and enhanced performance and the developing world's aspiration to prevent diseases arising from micro-nutrient deficiencies (3).

Varying socio-economic factors, lifestyles and food consumption pattern could be among the important reasons of the increase in the demand for convenient, healthy and safe food, which can be stated as the three basic food needs of consumers (4). The most outstanding types of functional food components that are currently marketed are: fiber, whole grain products, omega-3 fatty acids and probiotics for a healthy digestive system, fiber-containing grain products for the prevention of colorectal cancer, calcium for the prevention of osteoporosis, antioxidants for anti-ageing purposes among others (5). The aim of this research is to reveal the awareness of the students who receive education on nutrition and dietetics on functional foods. Although functional foods products and brands are increasing day by day, the lack of studies in the literature reveals the importance of this study. It is also aimed with this study to measure whether the education the students who receive nutrition and dietetics education contribute to their tendency towards functional foods.

Materials, Methods

Research population and sample:

The population of the research is composed of students studying in the Department of Nutrition and Dietetics at a Private University in Istanbul. The sample group selected in the research consists of first and fourth grade undergraduate students of Nutrition Dietetics of a Private University selected by using Convenience Sampling Method(6). Within the scope of the research, a data collection form was applied to 80 students in total and all a data collection form were evaluated.

The Ethical Aspect of the Study:

The approval of the institution has been taken. The voluntary participation of the individuals participating in the study was considered as the basis and the voluntary consent form was explained and their permissions were obtained.

Preparation of the Data Collection Form:

Firstly, various studies in the literature have been examined for the purpose of the research, as a result of the evaluations, at the first stage of the data collection form prepared for determining the consumer tendencies on functional foods, eight questions for the demographical characteristics (class, age, marital

status, education status, monthly income, place lived, how much control he/she has over his/her health) of the participants and three questions regarding the recognition status of functional foods were asked. At the second stage of the data collection form 28 functional foods were listed for measuring the awareness on functional foods stated and their frequency of use and the participants were asked to answer under 5 titles as "I have never heard and used before", "I have heard but never have used", "I have tried a few times but I do not use", "I rarely/sometimes use" and "I frequently use". Two hypotheses were developed in t-test analysis when conducting the research. These are: H0: There is no difference between the mean value of two groups. H1: There is a difference between the mean value of two groups.

Results

In this study, 39 students from the first grade and 41 students from the fourth grade have participated. The highest age frequency for participants is 23 and 19, followed by ages 20 and 25. 70 of the participants were male, 10 were females. 38 of the participants live together with their family, 29 live in the student house and 13 live in the dormitory. The monthly income is 801-2500 TL for 25 participants and 5001 TL or higher for 20 participants. To the question of 'How much control do you have over your health?', 46 students gave the answer 'high', 27 students 'medium' and 7 students 'low'. According to the knowledge of the participants about functional food, 38 students answered 'yes' and 3 students answered 'not sure' from the first grade. It is worth noting here that 90% of the fourth grade students heard the term functional foods first in the university. Regarding the question of 'where participants first heard the functional food term; 36 students answered 'school/university', 3 students 'internet', 2 students 'not sure' from the fourth grade; 12 students answered 'not sure', 5 students 'TV', 3 students 'internet', and 3 students 'school/university' from the first grade.

Regarding the question of how participants define the functional food term; 19 students answered 'functional products', 18 students 'making the food products beneficial to the body by various methods', 2 students 'products beneficial to the body', 2 students 'natural products' from the fourth grade, 10 students 'making the food products beneficial to the body by various methods', 9 students 'functional products', 3 students 'products beneficial to the body', and 1 student 'natural products' from first grade. Table 1 shows the frequency of functional food use among students receiving nutrition dietetics education. Also,

the information on the mean value of the answers given regarding the awareness of the functional foods mentioned in the questions and their frequency of use

Table 1: General regarding the awareness of functional food and their frequency of use.	
Functional foods	The mean of value
Whole grain cereals, muesli	3.74
Garlic	3.66
Ginger	3.65
Bitter chocolate	3.59
Red fruits (blueberry, blackberry, raspberry, strawberry)	3.55
Tomato	3.53
Energy drinks	3.43
Herbal teas	3.41
Mineral water	3.36
Dietary biscuits with increased fibre content	3.28
Accessory digestive yoghurt (probiotic yoghurt)	3.21
Salmon	3.16
Kefir	3.14
Omega 3 added oil	3.11
Enriched fruit juices	3.06
Bread enriched with vitamins and minerals	3.05
Salt with decreased sodium	3.01
Ginseng	2.99
Athlete foods	2.98
Eggs enriched with omega 3/selenium	2.95
Milk with high protein	2.94
Soya Bean	2.90
Tooth whitening gum	2.86
Milk with decreased calorie	2.80
Vitamin, mineral added milk	2.76
Yoghurt with decreased energy	2.76
Cholesterol lowering margarines	2.68
Cheese with decreased energy	2.65

are shown in Table 1. When we look at the mean value, it is seen that "whole grain cereals, musli" with the mean value of 3.74 is in the first rank, "garlic" is in the second place with the mean value of 3.66 and "ginger" with the mean value of 3.65 is in the third place. This result indicates that these are the most recognized and used products among the participants. It is understood that "cholesterol lowering margarines (2.68)", "cheese with decreased energy (2.65)" and "yogurt with decreased energy" products, which are below the mean and have the lowest three values, are the less known

and used products. In the context, the following hypotheses regarding the functional food use of students have been suggested.

H0₀₁: There is no significant difference between the status of 1st and 4th grades regarding their "the mean values of the awareness of functional foods and frequency of use". The H0₀₁ hypothesis for the class variable was rejected ($p < 0.05$). Therefore, in terms of awareness and frequency of use of functional foods, it was seen that there is a significant difference between the first and fourth grade students and the awareness and frequency of use of functional foods of the fourth grade students (mean=3.92) are higher than the first grade students (mean=2.33).

H0₀₂: There is no significant difference between the status of the participants regarding "the mean value of the awareness of functional foods and their frequency of use" according to age variable of participants. When the results of hypotheses regarding age variable are examined, it is seen that there is a significant difference ($p < 0.05$) between the age groups regarding the mean values of awareness and frequency of use of functional foods, that this difference arises from the groups at the age of 18 (mean=2.32), 19 (mean=2.43) and 20 (mean=2.51).

H0₀₃: There is not a significant difference between the status of women and men regarding "the mean values of awareness and frequency of use of functional foods". When the results of the hypothesis developed regarding the gender variable are examined, it is seen that there is not a significant difference ($p > 0.05$) between women and men regarding the status of "the mean values of awareness and frequency of use".

H0₀₄: There is not a significant difference between the status of single and married individuals regarding "the mean values of groups of the awareness and frequency of use of functional foods". When the results of the hypothesis regarding the marital status variable are examined, it is seen that there is not a significant difference ($p > 0.05$) between the status of single and married individuals regarding "the mean values of groups of the awareness and frequency of use of functional foods".

H0₀₅: There is not a significant difference between the status of participants regarding "the mean value of the awareness and frequency of use of functional foods" according to the monthly income variable. When the results of the hypotheses related to the monthly income

variable are examined, it is seen that there is a significant difference ($p < 0.05$) between the monthly income groups regarding the mean values of the awareness for functional foods and their frequency of use, that this difference arises from the group having a monthly income of 5000 TL and more.

H0₀₆: There is not a significant difference between the status of participants regarding “the mean value of groups the awareness and frequency of use of functional foods” according to having control over his/her own health variable. When the results of hypotheses regarding the variable of having control over his/her own health are examined, it is seen that there is a significant difference ($p < 0.05$) between the groups having control over his/her own health regarding the mean value of groups of the awareness for functional foods and their frequency of use, that this difference arises from the group stating that they have a medium level of control over their own health.

H0₀₇: There is not a significant difference between the status of participants regarding “the mean value of the awareness and frequency of use of functional foods” according to the variable of where the term functional foods was first heard. When the results of hypotheses developed regarding the variable of where the term functional foods was first heard are examined, it is seen that there is a significant difference ($p < 0.05$) between the groups regarding the mean value of the awareness and frequency of use of functional foods, that this difference arises from the group stating that they first heard the term functional foods from the school/university.

H0₀₈: There is not a significant difference between the status of participants regarding “the mean value of the awareness and frequency of use of functional foods” according to how functional foods are defined variable. When the results of the hypothesis on the definition of functional foods are examined, it is seen that there is not a significant difference between ($p > 0.05$) the food definitions made regarding “the mean value of the awareness and frequency of use of functional foods”. This indicates that how they define functional foods do not make a difference in functional foods awareness levels or frequency of use among students.

Discussion

Briefly, this study examines the current and preferred information sources for functional foods in addition to

the awareness of functional foods among the students in terms of consumer segments. Among the participants, the most frequently reported factor was an increased awareness and knowledge pertaining to functional foods that would increase consumption and most of the participants stated that they are looking for information about functional foods actively, which suggests that students are intended to increase their knowledge and understanding about functional food products. Furthermore, it was tried to provide an overview on the awareness of functional foods. To this end, the tendencies of the students who received nutrition dietetics education about the functional foods were brought to light. The demographic features of the participants in sample generally consisted of males mostly between 18 and 37 years of age, who are first grade and fourth grade nutrition dietetic students. A significant difference was shown between first and fourth grade students regarding the awareness and the frequency of use of functional foods. It has been determined that the educational level has a significant effect on students' functional food awareness. Thus, the data supports the first hypothesis (H1) since it indicates that the fourth grade has a functional food awareness. The results of our study are similar to the earlier studies, stating an effect of education level on nutritional knowledge (7). In addition, regarding the specific approach of functional food awareness, it was shown that the educational level has a significant effect on functional food awareness. Also, the more educated consumers are, the better they are able to understand nutritional information on packages, for example the health claims, and the more accurate evaluation of health claims might have resulted in a higher functional food awareness. When the single determinants are examined, the significant effect of age was demonstrated on the student awareness. Accordingly, these results support the second hypothesis (H2). The awareness and perceptions of students related to functional foods is a subject of particular interest among consumers since the combination of functional foods with their diets could greatly benefit this population.

It has been stated that the gender does not have a significant effect. So, the third hypothesis (H3) should be rejected on the basis of this data. In other studies, age and gender which largely affect the food choice has an effect on the preference patterns for the

assessed functional foods concepts. In addition, a questionnaire-based study on the motivating factors affecting the preference of purchasing functional foods in 959 adults concluded that participants having a

higher number of health concerns were more likely to prefer functional food products(8).The marital status did not show a significant influence. Therefore, based on the data the fourth hypothesis(H4) has to be rejected. In a study, it was concluded that there was a significant difference among consumers in terms of their knowledge, attitude and purchase frequency by gender and educational level, whereas the marital status revealed mixed results. There was a positive relationship of the age with the consumption of functional foods (2,9). Again another study revealed that a high-income level affected the high consumption of functional foods in consumers (10). The behaviour of functional foods consumption is also affected by the individual factors like knowledge and attitudes besides the demographic factors like age, gender, allowance.

The monthly income showed a significant influence on student's functional food awareness which supports the fifth hypothesis (H5)-the higher the monthly income variable for nutritional purposes, the higher is student's functional food awareness. It can be seen that the most important determinant showing a highly significant effect on functional food awareness is the monthly income. Regarding the monthly income as a factor that would support awareness, the students who have a monthly income > 5001TL were more likely to report the cost of functional foods in comparison with those having a monthly income <5001TL. This study indicates that the important indicators that affect the students' awareness of functional food are socio-demographic features like education level, age, monthly income, 'having control over his/her own health' and 'where the term functional foods was first heard'. The results show that higher monthly income (more than 5001 TL) in students aged 23 are more likely to reveal a higher awareness of functional food and a positive perception towards functional food in university. Because students with a higher monthly income levels can purchase these food products while the students with lower monthly income can't, given the fact that functional food is more expensive than conventional food (11).

The most important direct factor was student's having control over his/her own health variable. For that reason, the results support sixth hypothesis (H6). The variable of where the term functional foods was first heard showed a significant impact on student's functional food awareness. Thus, the data supports the seventh hypothesis (H7).

Students' information strategies have a positive effect on the functional food awareness. So, a media's

expenditure on advertisement and a high media presence might also have an affect on the consumers' awareness of functional food (12). Furthermore, serving as a source of reliable information related to functional foods, school/university has a great potential to promote increased functional food acceptance and consumption among students. In terms of the awareness and knowledge, majority of students (90%) stated that they actively look for information about functional foods, of which most common sources of information being school/university, TV and internet. There is not a significant difference between grade of students according to how functional foods are defined variable. Therefore, based on the data the eighth hypothesis(H8) has to be rejected.

The practical aspect linked to the conducted research was included 28 different functional food. In the study, it was observed that the most used functional foods products of the students participating in the research were whole grain cereals, musli, garlic, ginger, bitter chocolate, red fruits, tomato, energy drinks, herbal teas, mineral water, dietary biscuits with increased fibre, probiotic yoghurt, salmon, kefir, omega-3 added oil, enriched fruit juices. whole grains for reduced risk of heart disease, probiotics for maintaining a healthy digestive system, probiotics for maintaining a healthy immune system, red fruits for protection against free radical damage, omega-3 for cognitive development, especially in youngs, prebiotics fiber for maintaining a healthy digestive system, herbal teas for reduced risk of chronic disease or we weight management (13,14). The majority of Americans are interested in functional foods that can improve a host of benefits, from maintaining overall health, bone, and digestive health, or contributing to a healthy body weight (15).In a study conducted, it is stated that functional products that the consumers who participated in the data collection form most frequently used are mineral water, grain diet biscuits and whole grain cereals (16).

It can be seen that students' functional food awareness increases with the term of scientific evidence: a certain functional food with a longer scientific history is a more familiar functional food for a wide range of consumers. The large application areas in case of vitamins and minerals might be resulted from the longer research history. Although the previous study mainly focuses on one functional food or product category, this study contributes to the current structure of literature through providing a general view on consumers' awareness of 28 different functional foods.

When our results about the most popular functional products are compared with those acquired by other European authors, we can conclude that such products in Poland are juices, and drinks enriched with minerals, vitamins, fibre or inulin, probiotic yoghurts, energy and isotonic drinks, breakfast cereals and margarine with stanols (17). The most commonly consumed functional foods in Europe are also grain products that contain extra fibre and dairy (fermented and unfermented with probiotics) (18). In the presented study, it is concluded that there is a high consumption of energy drinks among the group of students. These findings support the studies conducted by Bulut et al. and Kopac et al., in which more than half of university students included have been reported to drink energy drinks for the purpose of staying awake and improving their mental performance (19,20). Students mostly drank energy drinks in the course of the examination period. Another very popular functional product was herbal tea among respondents in the presented study. These results also support the results acquired in the study conducted by Drywien et al (21). Generally, the level of knowledge about functional foods of the fourth grade students was assessed as higher than first grade students. This might be linked to the knowledge they acquire during the academic education and to their areas of interest, which is also affected by their fields of study. Other authors acquired similar results, indicating that higher education level and higher food awareness have a positive effect on the nutrition behaviours.

Conclusions

A three-phase model which monitors the functional food or markets trends for consumer acceptance is referred to by Braun and Venter (22). As the evolution of consumer acceptance of an ingredient or trend is linked to the consumer's awareness (emerging phase), knowledge (popularisation phase) and understanding (commercialisation phase), these three domains should be studied further.

Functional food products scientifically shown to have a positive effect on health are important for their contribution to a society consisting of healthy individuals. Additionally, the government should strengthen the food laws and regulations in order to protect consumers from high prices set by direct sellers in Turkey. Besides, the government or private sector should organize healthy diet and lifestyle campaigns for the education of the public and promoting their awareness of the benefits of functional food.

Reference

1. Bornkessel S, Bröring S, Omta SWF, Trijp H. What determines ingredient awareness of consumers? A study on ten functional food ingredients. *Food Qual Prefer.*2014;32:330-339
2. Rezai G, Teng PK, Mohamed Z, Shamsudin MN. Functional food knowledge and perceptions among young consumers in Malaysia. *RSIS International.* 2012;6(3):307-312
3. Annunziata A, Vecchio R. Functional foods development in the European market: A consumer perspective. *J Funct Foods.*2011;3: 223-228
4. Bojkovska K, Joshevska E, Jankulovski N, Dimitrovska G, Jovanovska V. The role of functional food in the improvement of consumer's health status. *Food and Environment Safety.* 2015; 14(4):331-339
5. Prakash O, Ved A, Kumar S, Kumar R, Mariapan G, Rawat AKS. Exploring role of dietary fibres, nutraceuticals and functional foods in cardiovascular disorders. *Curr Top Nutraceutical Res.* 2017;15(2):67-80
6. Kalaycı S. SPSS Uygulamalı Çok Değişkenli İstatistik Teknikleri [Applied Multivariate Statistical Techniques]. 2nd ed. Ankara: Asil Yayınları; 2010. p45-70
7. Kraus A. Development of functional food with the participation of the consumer. Motivators for consumption of functional products. *Int Consum Stud.*2015;39(1):2-11. doi:10.1111/ijcs.12144.
8. Schnettler B, Miranda H, Lobos G, Sepulveda J, Orellana L, Mora M, Grunert K. Willingness to purchase functional foods according to their benefits. *Brit Food Journal.* 2015;117(5):1453-1473. <http://dx.doi.org/10.1108/BFJ-07-2014-0273>
9. Vella MN, Stratton LM, Sheeshka J, Duncan AM. Functional food awareness and perceptions in relation to information sources in older adults. *Nutr J.*2014;13(44):1-12
10. Secer A, Davran MK, Tok N, Emeksiz F, Akbay C, Tapkı N. Akademisyenlerin fonksiyonel gıdalara yönelik algılarının ve tutumlarının belirlenmesi. Doğu Akdeniz Bölgesi Üniversiteleri örneği [Determination of academicians' perceptions and attitudes towards functional foods: The case of the Eastern Mediterranean region universities].

- XI.Ulusal Tarım Ekonomisi Kongresi. 3-5 Eylül 2014, Samsun
11. Annunziata A, Vecchio R, Kraus A. Awareness and preference for functional foods: the perspective of older Italian consumers. *Int J Consum Stud.* 2015;39(4):352-361
 12. Marjan B, Keshavarz-Mohammadi N, Hosseini H, Kalantari N. Consumer awareness and perceptions regarding functional dairy products in Iran: A qualitative research. *Brit F J.* 2017;119(2):253-256
 13. Kris-Etherton PM, Harris WS, Appel LJ. Nutrition committee, fish consumption, fish oil, omega-3 fatty acids, and cardiovascular disease. *Circulation.* 2002;106:2747-57
 14. Küster-Boluda I, Vidal-Capilla I. Consumer attitudes in the election of functional foods. *Spanish Int J Mark Stud-ESIC.* 2017;21(1):65-79
 15. Fernande MA, Marette A. Potential health benefits of combining yogurt and fruits based on their probiotic and prebiotic properties. *Adv Nutr.* 2017;8(1):155-164
 16. Hacıoğlu G, Kurt G. Tüketicilerin fonksiyonel gıdalara yönelik farkındalığı, kabulü ve tutumları: İzmir ili ölçeği [Consumers' awareness acceptance and attitudes towards functional foods: A research in Izmir city]. *BERJ.* 2012;3(1):161-171
 17. Morawska A, Gorna I, Boleslawska I, Pryslawski J. Nutritional awareness of functional food among university students in Poland. *Roc Panstw Zakl.* 2016;67(2):163-167
 18. Al-Nabulsi AA, Obiedat B, Ali R, Osaili TM, Bawadi H, Abushelaibi A, Shaker RR, Holley RA. Knowledge of probiotics and factors affecting their consumption by Jordanian college students. *Int J Probiotics and Prebiotics* 2014;9(3):77-86.
 19. Bulut B, Beyhun NE, Topbaş M, Çan G. Energy drink use in university students and associated factors. *J Community Health.* 2014;39(5):1004-1011
 20. Kopac A, Wawrniak A, Hamulka J, Gornicka M. Evaluation of energy drink intake in selected student groups. *Roc Panstw Zakl Hig.* 2013;64(1):49-53
 21. Drywien M, Podkowska J, Frackiewicz J, Gornicka M. Consumption of black and green teas as a dietary source of polyphenols in Polish inhabitants of the Mazovian region. *Roc Panstw Zakl Hig.* 2015;66(1):35-38
 22. Braun M, Venter I. Awareness and knowledge of phytonutrient food sources and health benefits for functional food application among health food store customers in the Cape Town city bowl. *Tydskrif vir Gesinsekologie en Verbruikerswetenskappe.* 2008;36:30-39

Kardiyopulmoner Resusitasyon Eğitiminin Hemşirelerin Bilgi Düzeyine Etkisi

The Effect of Cardiopulmonary Resuscitation Training on Nurses' Education Level

Durdane YILMAZ GÜVEN^a, Nezaha KARABULUT^b

ÖZ Amaç: Bu çalışma, hemşirelerin kardiyopulmoner resusitasyon (KPR) ile ilgili bilgi düzeylerinin saptanması ve verilen eğitimin KPR ile ilgili bilgi düzeylerine etkisini incelemek amacıyla ön test son test desenli, tek gruplu olarak yapılmıştır. **Gereç ve Yöntem:** Araştırma Haziran-Ağustos 2012 tarihleri arasında bir devlet hastanesinde dahili, cerrahi, acil ve yoğun bakım ünitelerinde çalışan toplam 108 hemşire ile yürütülmüştür. Veriler anket formu ile toplanmıştır. CPR ile ilgili eğitim (görsel sunu, eğitim broşürü ve maket üzerinde uygulamalı eğitim) üç aşamalı olarak verilmiştir. Verilen eğitimin etkinliği altı hafta sonra anket formu ile tekrar değerlendirilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde yüzdellik dağılımlar, t testi, Mann-Whitney U testi, Kruskal-Wallis testi, Ki-kare analizi, Wilcoxon testi kullanılmıştır. **Bulgular:** Araştırmada, hemşirelerin %32'sinin daha önce KPR uyguladığı, %39.8'inin KPR ile ilgili hizmet içi eğitime katıldığı, %35.2'sinin hizmet içi eğitim yapılmadığında hekimlerden CPR ile ilgili bilgi aldığı saptanmıştır. Yaş, cinsiyet, öğrenim durumunun hemşirelerin KPR'ya ilişkin doğru yanıt ortalamalarında anlamlı bir etkisinin olmadığı tespit edilmiştir. Dahili, cerrahi ve acil serviste çalışan hemşirelerin eğitim öncesi ve eğitim sonrası KPR'ya ilişkin doğru yanıt ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuş ($p<0.05$), yoğun bakımlarda çalışan hemşirelerin KPR'ya ilişkin doğru yanıt ortalamaları ise istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0.05$). Eğitim tamamlandıktan sonra yapılan değerlendirmede, KPR uygulamasında göğüs bası hızı ve derinliği, yetişkinde temel yaşam desteği sıralaması (C-A-B), ventilasyon, nabız değerlendirme süresi ile ilgili cevaplarda istatistiksel olarak anlamlı artış saptanmıştır. **Sonuç:** Araştırma sonucunda KPR ile ilgili verilen eğitim sonrasında hemşirelerin doğru yanıt ortalamalarının yükseldiği saptanmıştır. Bu sonuçlar, hemşirelerin KPR konusundaki bilgi ve becerilerinin hizmet içi eğitim programları ile güncellenmesi ve hizmet içi eğitimlerin periyodik olarak tekrarlanması gerektiğini göstermektedir. **Anahtar kelimeler:** Bilgi düzeyi, eğitim, hemşire, resusitasyon, temel yaşam desteği.

ABSTRACT Aim: This study was carried out so as to determine nurses' knowledge level about CPR and to analyse the effect of the given training on the knowledge level about CPR through pre- and after- patterned tests employed on the same group. **Material and Methods:** The study was conducted between June and August in 2012 with 108 nurses working in the internal, surgery, emergency and intensive care units at a State Hospital. The data was collected by the questionnaire form. The training course about CPR was given within three-stage (visual presentation, training brochure, applied training on models). The effect of the education was re-evaluated after six weeks via questionnaire. Percentage distributions, T-Test, Mann-Whitney U Test, Kruskal-Wallis Test, Ki-Kare Analysis and Wilcoxon Test were used for evaluating the data. **Results:** It was determined in the study that 32 % of the nurses applied CPR before, 39.8 % participated in in-service training and 35.2 % took the information from doctors when in-service training hadn't given to them. It was also found that age, sex, marital status and education status had no significant effect on nurses' correct answer average relating to CPR. The difference ($p<0.05$) in the correct answer average of the nurses working in interior, surgery and emergency units before and after the training was found very important and the questionnaire results ($p>0.05$) in the correct answer average of the nurses working in intensive care unit before and after the training were found considerably insignificant. A statistically significant increase was found in terms of the chest compression speed and depth, basic life support ranking (C-A-B), ventilation, and pulse evaluation duration after the training was completed. **Conclusions:** As a result of the study, the correct answer average of the nurses about CPR was found to be high after training. These findings show that nurses' knowledge together with their abilities on CPR should be updated via in-service training programs and these programs should be repeated periodically.

Keywords: Basic life support, education, nursing, resuscitation, standard of level.

Geliş Tarihi/Received:10-08-2017/ Kabul Tarihi/Accepted: 19-03-2018

^a Öğr. Gör. Karabük Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, e-mail: durdane.ylmz@gmail.com,

ORCID: 0000-0001-8044-1014

^b Prof. Dr. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, e-mail: nezaha@atauni.edu.tr

Sorumlu yazar /Correspondence: Öğr. Gör. Durdane YILMAZ GÜVEN, Karabük Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Balıklar Kayası Mevkii, Demir Çelik Kampüsü, Kat:2, e-mail: durdane.ylmz@gmail.com, durdanegüven@karabuk.edu.tr

Giriş

Kardiyopulmoner resusitasyon (KPR)/Kalp akciğer canlandırması (KAC) tarihçesi insanlık kadar eskidir. İnsanlar tarih boyunca ölüme çare bulmaya çalışmıştır. Bu konuda bilinen ilk kayıtlar, 4000 yıl önce tanrıça İsis'in eşi tanrı Osiris'in ağzına nefesini üfleterek iyileştirmesini anlatan eski Mısır papirüsleridir. Yapay solunum hakkında ilk bilgi ise, M.Ö. 800 yıllarında Peygamber Elisha'nın bir çocuğu yeniden yaşama kavuşturmasını anlatan ve İncil'de yer alan bir paragraftır. Modern tıbbın başlangıcına kadar ata bindirerek koşturma, ısıtma, rektum ya da ağızdan sıcak hava üfleme, varil üzerinde yuvarlama, ayaklarından asıp sallandırma ya da soğutma gibi birçok yöntem kullanılmıştır. Milattan sonra 1000 yıllarında İbn-i Sina ilk trekeal entübasyonu denerken, 16. yüzyılda Vesalius hayvanlarda ilk trakeotomiye gerçekleştirmiş ve ventilasyonun kardiyak fonksiyonlar için önemini göstermiştir (1-3).

Yaklaşık 300 milyon nüfusu olan Amerika Birleşik Devletleri'nde, kardiyovasküler hastalıklara bağlı yılda ortalama 1 milyon ölüm gerçekleşmektedir ve bu durum ölüm nedenlerinin yaklaşık yarısını oluşturmaktadır. Ayrıca koroner arter hastalığına bağlı yıllık ölüm oranı ise 350 bindir ve bunların büyük bir kısmı ani ölümdür (1,4). Kardiyopulmoner arrest, herhangi bir nedenden ötürü kişide solunum ve/veya dolaşımın ani ve beklenmedik bir biçimde durmasıdır. Klinik olarak bireyde bilinç kaybı, nabız yokluğu ve apne görülür. Kardiyopulmoner resusitasyon ise geri döndürülebilir nedenlere bağlı oluşan ani kardiyak arrest geliştiğinde, kalbin normal olarak çalışmaya başlamasına kadar geçen sürede, miyokard ve beynin metabolik gereksinimlerini karşılamak üzere bu organlara gerekli kanın ve oksijenin sağlanmasıdır. Hemşireler, hasta ve yakınlarıyla diğer sağlık çalışanlarına oranla daha sık karşılaştıklarından arrest durumunda hastaya ulaşan ilk kişi bu nedenle ilk tespitçidir. Bu sebeple temel yaşam desteği hakkında eğitim, bilgi ve becerileri hasta sonuçlarının iyileşmesinde yeterli olmaları büyük önem taşır (5). Birçok çalışmada hemşirelerin temel yaşam desteği konusundaki bilgilerinin zamanla azaldığı saptanmıştır (6-12). Bu çalışma devlet hastanesinde çalışan hemşirelerin kardiyopulmoner resusitasyon konusundaki bilgi düzeylerini belirlemek ve verilen eğitimin bilgi düzeyine etkisini incelemek amacıyla yapılmıştır.

Gereç ve Yöntem

Araştırmanın Amacı: Bu çalışma devlet hastanesinde çalışan hemşirelerin kardiyopulmoner resusitasyon konusundaki bilgi düzeylerini belirlemek ve verilen

eğitimin bilgi düzeyine etkisini incelemek amacıyla ön-son test desenli, tek gruplu çalışma olarak yapılmıştır.

Araştırmanın Evren ve örnekleme: Araştırmanın evrenini; Sağlık Bakanlığı'na bağlı bir devlet hastanesinde dahili, cerrahi, acil ve yoğun bakım kliniklerinde çalışmakta olan 140 hemşire oluşturmuştur. Araştırmada örneklem seçimine gidilmemiş, evrenin tümü çalışmaya dahil edilmiştir. Hemşirelerin 20'si eğitimin verildiği günlerde izinli ya da raporlu oldukları için, 12'si de çalışmaya katılmaya gönüllü olmadıkları için çalışmaya 108 kişi dahil edilmiştir.

Veri Toplam Araçları: Veri toplama araçları literatür (12-21) doğrultusunda araştırmacılar tarafından geliştirilmiştir. Veri toplama aracı olarak, hemşirelere ait tanıtıcı özellikler formu, hemşirelerin CPR uygularken tereddüt etme nedenlerini ifade ettikleri soru formu ve 2010 CPR uygulamasına yönelik bilgi durumlarının değerlendirildiği çoktan seçmeli sorulardan oluşan form kullanılmıştır (12-21). 2010 CPR algoritmasına yönelik bilgi durumunun değerlendirildiği soru formunda ifadeler verilen yanıtlar "Doğru", "Yanlış" ve "Bilmiyorum" ifadeleriyle standardize edilmiştir. "Bilmiyorum" seçeneğini işaretleyenlerin cevapları yanlış olarak değerlendirilmiştir.

Verilerin Toplanması: Araştırmayı kabul eden hemşireler; araştırma hakkında bilgilendirildikten sonra sözel olarak izinleri alınmıştır. Araştırmada ön teste ilişkin veriler eğitimden bir hafta önce, hemşirelerin birbirinden etkilenmesini önlemek amacıyla gece nöbetlerinde toplanmıştır. Ardından araştırma kapsamına alınan tüm hemşirelere iki hafta içinde, 20'şer kişilik gruplar halinde, toplam 5 grup olacak şekilde, toplam 45 dakika süren görsel sunum ile eğitim verilmiştir. Sözel sunum tamamlandıktan sonra 15 dakika ara verilmiş ve ardından acil uzmanı ile maket üzerinde eğitimin uygulamalı bölümü tamamlanmıştır. Eğitimde kullanılan görsel sunum literatür doğrultusunda (16,17,21-25) hazırlanmış olup toplam 108 slayttan oluşmaktadır. Eğitim içeriği kardiyak arrest ve solunum arrestinin tanımı, kardiyopulmoner arrestin tanımı, kardiyopulmoner arrest belirti ve bulguları, KPR tanımı, KPR'nin önemi, yaşam kurtarma zinciri, erişkin temel yaşam desteği, erişkin dış kalp masajı, hastane içi resusitasyon, KPR prognozu, KPR sonlandırılması, kardiyak arrest sonrası sağkalımı arttırmada hemşirenin rolünden oluşmaktadır. Eğitimin ardından katılımcılara konu ile ilgili broşür dağıtılmıştır. Eğitim tamamlandıktan 6 hafta sonra, etkinliğini değer-

lendirmek amacıyla araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme yöntemi kullanılarak, eğitim öncesi uygulanan soru formu ile son test yapılmıştır. Son testlerin toplanması bir haftada tamamlanmıştır.

Verilerin Değerlendirilmesi: Araştırmadan elde edilen veriler, araştırmacı tarafından bilgisayar ortamında istatistik paket programı kullanılarak analiz edilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde yüzdelik, ortalama, eşleştirilmiş Student t testi, Mann-Whitney U, Kruskal-wallis, Ki-kare, Wilcoxon testi kullanılmıştır. Tüm testlerde istatistiksel önem düzeyi 0.05 olarak alınmıştır. Son testten alınan cevaplar yüzdelik dağılımları ile değerlendirilmiş olup, toplam puan üzerinden herhangi bir değerlendirme yapılmamıştır.

Araştırmanın Etik Yönü: Çalışmada verileri toplanmasına Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Etik Kurul Kararı (11.05.2012 tarih ve 2012.2.48) ve kurum izinleri alındıktan sonra başlanmıştır.

Bulgular

Hemşirelerin tanıtıcı özellikleri Tablo 1’de görülmektedir. Araştırmaya katılan hemşirelerin %93,5’i kadın, % 39,8’inin 25 yaşından küçük olduğu belirlenmiştir. Hemşirelerin % 40,7’sinin lisans mezunu olduğu, % 42,6’sının 6-15 yıl arasında çalıştığı saptanmıştır. Araştırmadaki hemşirelerin %5,6’sı acil serviste, % 11,1’i yoğun bakımda, % 41,7’si dahili servislerde, % 41,7’si cerrahi servislerde çalışmaktadır. Araştırma kapsamındaki hemşirelerin % 68’inin ise daha önce CPR uygulamadığı, %60,2’sinin ise daha önce kurumda CPR eğitimine katılmadığı tespit

edilmiştir. Tablo 2’de hemşirelerin görev yaptıkları bölümlere göre, verilen CPR eğitimi sonrası bilgi düzeylerinde eğitim öncesi bilgi düzeylerine göre değişim

Tablo 1. Hemşirelerin Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı

Demografik özellikler	n (%)	
Cinsiyet	Kadın	101 (93,5)
	Erkek	7 (6,5)
Yaş	<25	43 (39,8)
	26-35	56 (51,9)
	36-45	9 (8,3)
Öğrenim durumu	Sağlık meslek lisesi	34 (31,5)
	Ön lisans	30 (27,8)
	Lisans	44 (40,7)
Meslek yılı	< 1 yıl	27 (25)
	1-5 yıl	29 (26,9)
	6-15 yıl	46 (42,6)
	16-20 yıl	4 (3,7)
	>20 üzeri	2 (1,9)
Çalıştığı klinik	Acil servis	6 (5,6)
	Yoğun bakımlar	12 (11,1)
	Dahili klinikler	45 (41,7)
Daha önce CPR uygulama	Cerrahi klinikler	45 (41,7)
	Evet	41 (38)
	Hayır	67 (62)
Kurumda CPR ile ilgili hizmet içi eğitime katılma	Evet	43 (39,8)
	Hayır	65 (60,2)

Tablo 2. Hemşirelerin Eğitim Öncesi ve Eğitim Sonrası Yapılan Son Test Doğru Yanıt Ortalamalarının Bölümlere Göre Karşılaştırılması

	N	Ortalama	Standart sapma	Test	P
Dahili bölümler	Eğitim Öncesi	45	14,76	t=-4,334	,000
	Eğitim Sonrası	45	17,93		
Cerrahi bölümler	Eğitim öncesi	45	16,60	t=-2,525	,015
	Eğitim sonrası	45	18,49		
Yoğun bakımlar	Eğitim öncesi	6	15,33	z=-,5240	,600
	Eğitim sonrası	6	16,50		
Acil Servis	Eğitim öncesi	12	13,33	z=-2,363	,018
	Eğitim sonrası	12	17,92		
Tüm Grup	Eğitim öncesi	108	15,40	t=-5,537	,000
	Eğitim sonrası	108	18,08		

Tablo 3. Hemşirelerin “Yetişkin” CPR konusundaki eğitim öncesi ve eğitim sonrası bilgi düzeylerinin karşılaştırılması

Yetişkinde CPR’a ilişkin bilgi soruları		Eğitim öncesi		Eğitim sonrası		χ^2	p
		N	%	N	%		
Yetişkinde nabız değerlendirmesi boyundan karotis arterden yapılır.	Doğru	86	79,6	96	88,9	3,491	,062
	Yanlış	22	20,4	12	11,1		
Baş ve boyun travma varlığı veya şüphesi varsa hava yolu başı eğmeksizin çene manevrası ile açılmalıdır.	Doğru	94	87	98	90,7	,750	,386
	Yanlış	14	13	10	9,3		
Hareketsiz yatan bir kişi gördüğümde cevap/ tepki vermediğini kontrol ederim.	Doğru	97	89,8	102	9,4	1,596	,206
	Yanlış	11	10,2	6	5,6		
Yetişkin, bebek ve çocuklarda CPR uygulamasında bası hızı en az 100/ dk’dır.	Doğru	47	43,5	68	63	8,201	,004
	Yanlış	61	56,5	40	37		
Yetişkinde temel yaşam desteği sırası C-A-B (kompresyon, havayolu açıklığı, solunum)dur.	Doğru	47	43,5	81	75	22,168	,000
	Yanlış	61	56,5	27	25		
Solunum değerlendirilirken görülebilir göğüs yükselmesi olmalıdır.	Doğru	90	83,3	95	88	,942	,332
	Yanlış	18	16,7	13	12		
CPR uygulamasında her 6-8 saniyede bir soluk uygulanmalıdır. Aşırı ventilasyondan kaçınılmalıdır.	Doğru	66	61,1	79	73,1	3,546	,060
	Yanlış	42	38,9	29	26,9		
Her bir göğüs basısı sonrası göğsün tam olarak geri dönmesine izin verilmelidir.	Doğru	85	78,7	96	88,9	4,126	,042
	Yanlış	23	21,3	12	11,1		
Bası derinliği yetişkinlerde en az 5 cm, infantlarda yaklaşık 4 cm, çocuklarda 5 cm’dir.	Doğru	22	20,4	41	38	8,090	,004
	Yanlış	86	79,6	67	62		
Eğer sağlık çalışanı isen, nabızı hissetmeye çalışmalısın. Fakat bu 10 saniyeden fazla sürmemelidir.	Doğru	73	67,6	98	90,7	17,544	,000
	Yanlış	35	32,4	10	9,3		
Yetişkin, infant ve çocuklarda tek kurtarıcılar için 30 göğüs basısı 2 solunum uygulanmalıdır.	Doğru	80	74,1	90	83,3	2,762	,097
	Yanlış	28	25,9	18	16,7		
Yetişkinlerde solunum için “bak, dinle, hisset” uygulanmalıdır.	Doğru	90	83,3	85	78,7	,753	,386
	Yanlış	18	16,7	23	21,3		

olup olmadığı incelenmiştir. Buna göre, Dahili bölümlerde, Cerrahi bölümlerde ve Acil serviste çalışan hemşirelerin CPR bilgi düzeyleri eğitim öncesi ve eğitim sonrası arasındaki farklara ilişkin test sonuçları $p < 0,05$ önem düzeyinde anlamlı bulunmuştur ($t = -4,334$ $p = ,000$; $t = -2,525$ $p = ,015$; $z = -2,363$ $p = ,018$). Yoğun bakımlarda çalışan hemşirelerin ise CPR bilgi düzeyleri eğitim öncesi ve eğitim sonrası açısından $p > 0,05$ önem düzeyinde anlamlı farklılık göstermemiştir ($z = -,524$ $p = ,600$).

Tablo 3’de hemşirelerin “Yetişkin, bebek ve çocuklarda CPR uygulamasında bası hızı en az 100/

dk’dır.” maddesinde doğru yanıt verenlerin oranı eğitim öncesi % 43,5 iken eğitim sonrası % 63 olmuş ve eğitim öncesi ile eğitim sonrası arasındaki bu fark eğitim sonrası $p < 0,05$ önem düzeyinde anlamlı bulunmuştur.

“Yetişkinde temel yaşam desteği sırası C-A-B (kompresyon, havayolu açıklığı, solunum)dur” maddesinde doğru yanıt verenlerin oranı eğitim öncesi %43,5 iken eğitim sonrası %75 olmuş ve eğitim öncesi ile eğitim sonrası arasındaki bu fark eğitim sonrası $p < 0,05$ önem düzeyinde anlamlı bulunmuştur.

“Her bir göğüs basısı sonrası göğsün tam olarak geri dönmesine izin verilmelidir.” maddesinde doğru yanıt verenlerin oranı eğitim öncesi % 78,7 iken eğitim sonrası %88,9 olmuş ve eğitim öncesi ile eğitim sonrası arasındaki bu fark eğitim sonrası $p<0,05$ önem düzeyinde anlamlı bulunmuştur.

Tablo 4. Hemşirelerin eğitim öncesi ve eğitim sonrası CPR’ a uygulamasına ilişkin tereddüt nedenlerinin karşılaştırılması

	Eğitim öncesi n (%)	Eğitim sonrası n (%)
Hemşirelerin CPR uygulamasında tereddüt yaşama nedenleri		
CPR uygulamasında tereddüt yaşama	59 (54,6)	46 (42,6)
CPR uygularken hastaya zarar vermektten korkarım.	10 (9,3)	14 (13,0)
CPR uygulamasını doktorun yapması gerektiğini düşünüyorum.	12 (11,1)	5 (4,6)
Göğüs kompresyonlarını doğru uyguladığımdan emin değilim.	6 (5,6)	2 (1,9)
CPR uygulaması için hazır değilim.	11 (10,2)	7 (6,5)
CPR uygularken hasta ölürse kendimi suçlu hissedirim.	3 (2,8)	4 (3,7)
CPR uygulaması için mesleki yeterliliğim uygun değil.	9 (8,3)	2 (1,9)
CPR uygularken ekip çalışması gerektiğini düşünüyorum.	8 (7,4)	14 (13)

“Bası derinliği yetişkinlerde en az 5 cm, infantlarda yaklaşık 4 cm, çocuklarda 5 cm’dir.” maddesinde doğru yanıt verenlerin oranı eğitim öncesi % 20,4 iken eğitim sonrası % 38 olmuş ve eğitim öncesi ile eğitim sonrası arasındaki bu fark eğitim sonrası lehine $p<0,05$ önem düzeyinde anlamlı bulunmuştur.

“Eğer sağlık çalışanı isen, nabızı hissetmeye çalışmalısın. Fakat bu 10 saniyeden fazla sürmemelidir.” maddesinde doğru yanıt verenlerin oranı eğitim öncesi %67,6 iken eğitim sonrası %90,7 olmuş ve eğitim öncesi ile eğitim sonrası arasındaki bu fark eğitim sonrası lehine $p<0,05$ önem düzeyinde anlamlı bulunmuştur.

Tablo 4’de hemşirelerin araştırma sırasında aldıkları CPR eğitimi öncesinde ve sonrasında CPR uygularken tereddüt yaşama açısından farklılık gösterip göstermediğini anlamak amacıyla yüzdelik dağılımları incelenmiştir. Araştırma kapsamındaki hemşirelerin eğitim öncesi CPR uygulamasında tereddüt edenlerin oranı %54,6 iken, eğitim sonrası bu oran %42,6’ya düşmüştür.

Araştırmada CPR uygulamasını doktorun yapması gerektiğini, mesleki yeterliliğinin uygun olmadığını, göğüs kompresyonlarını doğru uyguladığını ve CPR uygulaması için hazır olmadığını düşünenlerin oranı eğitimden sonra azalmıştır.

Eğitim öncesinde CPR uygularken hastaya zarar vermektten korkanların oranı %9,3 iken, eğitim sonrası bu oran %13’e yükselmiştir. Benzer şekilde, eğitim öncesi CPR uygulaması sırasında hasta ölürse kendini suçlu hissedeceğini ifade edenlerin oranı (%2,8), eğitim sonrası yükselmiştir (%3,7).

Ayrıca çalışma kapsamındaki hemşirelerin CPR uygulamasında ekip çalışmasının gerekliliğine inanma oranları eğitim öncesi %7,4 iken eğitim sonrası %13’e yükselmiştir.

Tartışma

Araştırma; hemşirelerin kardiyopulmoner resusitasyon konusunda bilgi düzeylerinin saptanması ve verilen eğitimin bilgi düzeyine etkisini incelemek üzere yapılmıştır. Araştırmada hemşirelerin eğitim öncesi soru formundan aldıkları puanlar incelendiğinde; eğitim öncesine göre (15,39) doğru yanıt ortalamalarının eğitimden sonra (18,08) istatistiksel anlamlı farklılık gösterecek şekilde yükseldiği ($p<0,001$) bulunmuştur. Eğitim öncesi acil serviste çalışanların en düşük (13,33), cerrahi servislere çalışanların ise en yüksek puanı (16,60) aldığı belirlenmiştir. Eğitim sonrası değerlendirmede ise, her iki grubun doğru yanıt ortalamalarının arttığı, puan ortalamalarının acil servislere 17,92 olurken, cerrahi servislere 18,49’e yükseldiği saptanmıştır (Tablo 2). Özellikle acil serviste çalışan hemşirelerde eğitim öncesi ve sonrası arasındaki artışın istatistiksel olarak anlamlı düzeyde artış göstermesi, acil servis çalışanlarının CPR gereksinimi duyan vakalar ile daha fazla karşılaşması ve eğitimde anlatılan bilgilerin kullanılarak kalıcı hale gelmesi ile ilişkilendirilmiştir. Öte yandan yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin eğitim öncesi ve sonrası alınan puanlar açısından anlamlı bir farklılık göstermemesi, bu birimlerde CPR uygulamasının daha çok hekimler tarafından yapılması ve hemşirelerin bu konuda daha az sorumluluk alması ile ilişkili olabilir. Bilir ve ark. tarafından yapılan ve hekimlerin temel yaşam desteği

konusunda bilgi düzeylerini inceleyen bir çalışmada, anestezi ve acil tıp bilimlerinde çalışan hekimlerin diğer bölümlerde çalışanlara göre daha başarılı olduğunu bildirmektedir (20). Çalışmamızla benzer şekilde Braio ve ark. tarafından hemşireler üzerinde yapılan bir çalışmada eğitim öncesi ve eğitim sonrası bölümler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu tespit edilmiştir (26). Çalışma sonuçlarımız literatürle benzerlik göstermektedir.

KPR algoritması AHA (American Heart Association, Amerikan Kalp Derneği) tarafından her beş yılda bir güncellenmektedir. Eğitim uygulanmadan önceki son güncelleme 2010 yılında yapılmıştır. Çalışmamızda hemşirelere AHA 2010 KPR algoritmasına ilişkin yapılan değişiklikler önce teorik olarak anlatılmış ve ardından uygulamalı eğitim yapılmıştır. Katılımcıların eğitim öncesinde yapılan anket sonuçlarına göre özellikle AHA 2010 resusitasyon klavuzunda yapılan değişiklikler konusunda önemli derecede eksikliklerinin olduğu gözlenmiştir. Eğitim tamamlandıktan sonra yapılan değerlendirmede, eğitim öncesi ankete göre, KPR uygulamasında göğüs bası hızı ve derinliği, yetişkinde temel yaşam desteği sıralaması (C-A-B), ventilasyon, nabız değerlendirme süresi ile ilgili cevaplarda istatistiksel olarak anlamlı artış gözlemlendiği bulunmuştur (Tablo 3). Bu bulgular bize, KPR ile ilgili güncellenen bilgilerin hemşireler tarafından yeterince bilinmediğini düşündürmüştü ve konu hakkında hizmet içi eğitimlerin yapılması gerekliliğini ortaya koymuştur. Çalışma sonuçlarımız daha önceden bu konuda yapılmış çalışmalarla genel olarak benzer bulunmuştur (4, 27-29).

Çalışmamıza benzer şekilde Keenan ve ark. tarafından, hemşirelerin TYD konusunda bilgi düzeyleri incelemek için yapılan çalışmada, dolaşımın karotisten değerlendirilmesi gerektiğini bilme oranı % 62 olarak bulunmuştur (14). Bilir'in hekimlerle yaptığı bir başka çalışmada ise, hekimlerin sadece %18'i TYD basamaklarını doğru olarak bilmektedir (20).

Literatürde "Güçlü baskı" önerilerine rağmen kurtarıcılarının sıklıkla göğse yeterli baskı yapmadıkları belirtilmektedir (16,17). Çalışmamızda, eğitim sırasında bası derinliğinin önemi üzerinde yeterince durulmuş ve eğitimin uygulamalı bölümünde hemşirelere maket üzerinde kompresyon uygulaması yaptırılmıştır. Çalışmaya katılan hemşirelerin maket üzerinde bası derinliğini doğru uygulamalarına karşın, eğitim sonrası uygulanan anketlerde derinliğe ilişkin sayısal ifadeleri tam olarak yansıtamadıkları görülmüştür.

Passali ve ark. tarafından, hemşire ve hekimlerle yapılan çalışmada, kompresyon/ ventilasyon oranı hemşireler tarafından % 68,3 oranında doğru

yanıtlanırken; hekimlerde bu oran %53,7 bulunmuştur (30). Bilir'in yaptığı çalışmada ise, hekimlerin sadece % 32,7'si kompresyon/ ventilasyon oranını doğru yanıtlamıştır. Çalışma sonuçlarımız, beklenen oranda yükselmiştir (20).

Tablo 4'de araştırma kapsamındaki hemşirelerin eğitim öncesi ve eğitim sonrası CPR uygulaması sırasında tereddüt etme nedenleri incelenmiş; eğitim öncesi tereddüt etme oranı %54,6 iken eğitim sonrası bu oranın %42,6'ya düştüğü gözlenmiştir. Araştırmada CPR uygulamasını doktorun yapması gerektiğini, mesleki yeterliliğinin uygun olmadığını, göğüs kompresyonlarını doğru uyguladığını ve CPR uygulaması için hazır olmadığını düşünenlerin oranı eğitimden sonra azalmıştır.

Bir meslek üyesinin, güncel gelişmeleri mesleki uygulamalarına yansıtmasında, hizmet içi eğitimler büyük rol oynamaktadır (31). Hizmet içi eğitimlerin niteliği ise, kullanılacak yaklaşımlar ve eğitim yöntemleriyle yakından ilişkilidir. Marshall, hemşirelerin uygulamaya yönelik bilgi ve becerilerin güçlendirilmesinde, eğitimcilerin hemşirelerle aktif olarak işbirliği yapmasının, eğitimi zenginleştireceğini ifade etmektedir (32). Özellikle uygulama becerisi gerektiren konularda yalnızca anlatım yöntemlerinin kullanılması eğitimin etkinliğini azaltabilir. Öte yandan uygulamalı eğitimler, katılımcılara özgüven ve yetkinlik kazandırılmasında da son derece önemlidir. CPR uygulaması sırasında tereddüt etmeye ilişkin çalışma bulgularımız, eğitim alan hemşirelerin, sağlık ekibinin önemli bir üyesi olarak yeniden canlandırma konusunda sorumluluklarını fark ettiklerini ve uygulama yapma cesaretlerinin arttığını düşündürmektedir.

Xanthos ve ark.'nın CPR ile ilgili yaptığı çalışmada, "mesleki yeterliliğim uygun değil" seçeneğini işaretleyenlerin oranı eğitim öncesi %4,2 iken eğitim sonrası %5,7'ye yükselmiştir (18). Bu çalışmanın en önemli sınırlılığı çalışma kapsamında yapılan CPR eğitiminin yalnızca teorik olması, uygulama yapılmamasıdır. Bu açıdan bakıldığında çalışma bulgularımız, uygulamalı eğitimlerin kişilere özgüven, sorumluluk bilinci ve mesleki farkındalık kazandırmada etkili olduğunu göstermesi açısından da anlamlıdır.

Etkin bir sağlık eğitimi doğruyu öğretme, inandırma, yapma ve yaptırma, tekrarlatma ve alıştırmaya aşamalarından oluşmaktadır (33). Çalışmamızda da eğitim sonrasındaki bilgi düzeyinin eğitim öncesine göre artmış olması teorik ve uygulamalı bir eğitimin etkinliğinin göstergesidir.

Sonuç

Dahili, cerrahi ve acil serviste çalışan hemşirelerin CPR'ya ilişkin doğru yanıt ortalamalarında eğitim öncesi ve eğitim sonrası arasındaki farklara ilişkin anket sonuçlarında istatistiksel olarak anlamlı bir artış olduğu saptanmıştır. Yoğun bakımlarda çalışan hemşirelerin CPR'ya ilişkin doğru yanıt ortalamalarında ise eğitim öncesi ve eğitim sonrası arasındaki farklara ilişkin anket sonuçlarında istatistiksel olarak anlamlı bir artış olmadığı saptanmıştır. Yetişkin CPR algoritmasında yapılan değişikliklerle ilgili eğitim öncesi ile eğitim sonrası doğru yanıt ortalamalarında anlamlı bir artış olduğu bulunmuştur.

Bu sonuçlar doğrultusunda, hemşirelerin uygulama becerilerinin istenen düzeye çıkması için hizmet içi eğitimlerde hemşirelerin kardiyopulmoner resusitasyon eğitimleri ve uygulamaları konusunda gereksinimlerinin belirlenmesi, eğitimlerin maket üzerinde uygulama yaparak güncellenmesi, bu hizmet içi eğitimlerin sıklığının artırılması ve katılımın artırılması, eğitimlere yeterli katılımın sağlanması için mesai saatlerinin düzenlenmesi, CPR ile ilgili yapılan değişikliklerin sağlık kurumlarında seminer, hizmet içi eğitim, konferanslarla duyurulması ve çalışmanın farklı gruplarda da yapılması önerilebilir.

Kaynaklar

- Özköse Z. Erişkinler için kardiyopulmoner resusitasyon: I- Temel yaşam desteği. Gazi Tıp Dergisi, 2005; 16: 3-13.
- Yıldırım C. Kardiyopulmoner resusitasyon ve tarihçesi. Türkiye Klinikleri Kardiyoloji Özel Dergisi. 2012; 5:1-6.
- Fisher JM. There suscitation greats. The earliest records. Resuscitation. 2000; 44: 79-80.
- Bukıran A. Hemşirelere Verilen Bir Günlük Kardiyopulmoner Resusitasyon Eğitiminin Uzun Dönem Etkilerinin Değerlendirilmesi [Assessment of long term effect of cardiopulmonary resuscitation knowledge level of nurses after one day of training][Uzmanlık Tezi] Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı, Denizli, Türkiye, 2009.
- Uluşınar S, Özdilek R, Kardiyoloji servisinde çalışan hemşirelerin kalp-akciğer canlandırmasına ilişkin görüşleri. Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi. 2010; 14 (1):8-13.
- Smith KK, Gilcreast D, Pierce K. Evaluation of staff's retention of ACLS and BLS skills". Resuscitation. 2008; 78: 59-65.
- Castle N, Garton H, Kenward G. Confidence vs competence: basic life support skills of health professionals. Brit. J.Nurs. 2007; 16: 664-666.
- Madden C. Undergraduate nursing students' acquisition and retention of CPR knowledge and skills. Nurs. Educ. Today, 2006; 26:218-227.
- Hamilton R. Nurses' knowledge and skill retention following cardiopulmonary resuscitation training: a review of the literature. J. Adv. Nurs. 2005; 51: 288-297.
- Moser DK, Coleman S. Recommendations for improving cardiopulmonary resuscitation skills retention. Heart Lung, 1992; 21: 372-380.
- Leith B. Retention of defibrillation training by intensive care nurses. Off. J. Can. Assoc. Crit. Care Nurs. 1997; 8: 9-11.
- Hopstock AL. Cardiopulmonary resuscitation; use, training and self-confidence in skills. A self-report study among hospital personnel. Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine. 2008; 18:1-5.
- Çelik E. Hemşirelerin Kardiyopulmoner Resusitasyon Konusundaki Yaklaşımlarının Değerlendirilmesi [The research is planned as definitive with the aim of evaluating approaches of nurses in the subject of cardiopulmonary resuscitation][Yüksek lisans tezi] Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, Türkiye, 2008.
- Keenan M, Lamacraft G, Joubert G. A survey of nurses' basic life support knowledge and training at a tertiary hospital". African Journal of Health Professions Education. 2009;1: 3-7
- Jerry P, Soar J, Zideman DA, Biarent D, Bossaert LL, Deakin CD, Koster RW, Wyllie J, Böttiger BW. European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation (Executive Summary), 2010. Çertuğ, A. Demirağ, K. (2010). "Avrupa Resusitasyon Konseyi 2010 Resusitasyon Klavuzu" 1-43.
- Cander B, Yıldırım A, Önalın O. Kardiyopulmoner Resusitasyon ve Acil Kardiyak Bakım Bilimi İçin 2010 Amerikan Kalp Derneği (AHA) Kılavuzu, İlk Yardım İçin 2010 Amerikan Kalp Derneği (AHA) ve Amerikan Kızıl Haç Kılavuzu" 2012; İstanbul, Logos Yayıncılık.
- Sansoy V. CPR ve ECC için 2010 Amerikan Kalp Derneği (AHA) Kılavuzunda Öne Çıkan Noktalar. Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi. 2011; 39: 1-34.
- Xanthos T, Akriopoulou A, Pantazopoulos I, Aroni F, Datsis A, Iacovidou N. Evaluation of nurses' theoretical knowledge in basic life support: A study in a district Greek hospital. International Emergency Nursing. 2012; 20: 28-32.

19. Nyman J, Sihvonen M. Cardiopulmonary resuscitation skills in nurses and nursing students. *Resuscitation*. 2000; 47: 179–184.
20. Bilir Ö. Erzurum İl Merkezindeki Pratisyen Hekimler ile Araştırma Görevlisi Hekimlerin Temel Yaşam Desteği Konusundaki Bilgi Düzeyleri ve Bunu Etkileyen Faktörler [Uzmanlık Tezi] Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı, Erzurum, Türkiye, 2006.
21. MEGEP (2011). Anestezi ve Reanimasyon, Kardiyopulmoner Resusitasyon, Ankara
22. Uysal H. Kardiyak arrest ve hemşirelik bakımı. *Türk Kardiyoloji Derneği Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi*. 2010; 19-27.
23. Kekeç Z. Tüm Yönleriyle Acil Tıp. Adana: Nobel Tıp Kitabevi, 2010
24. Akçay, S. “Ani Kardiyak ölüm ve CPR”. Erişim tarihi: 11 Ağustos 2012
<http://www.harputdh.gov.tr/download.php?d=0&f=201107224509>.
25. Kurtipek Ö, Kardiyopulmoner Resüsitasyonun Etik Yönü. *Türkiye Klinikleri J Surg Med Sci* 2007;3(6):92-6.
26. Briao RC, Souza EN, Castro RA, Rabelo ER. Cohort study to evaluate nursing team performance in a theoretical test after training in cardiopulmonary arrest. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2009; 17: 40–45.
27. Şener S, Yaylacı S. 2010 Kardiyopulmoner resüsitasyon ve acil kardiyovasküler bakım kılavuzu İki kılavuz ve günlük pratiğimizdeki önemli değişiklikler. *Türkiye Acil Tıp Dergisi*, 2010; 10(4):199-208.
28. Erdur B, Turkcuer İ, Bostanci M, Boz B, Parlak I, Tomruk Ö, Karatepe M, Bozkir M. Effects of postgraduate emergency training among general practitioners working in emergency units in Denizli, Turkey. *Advances in Therapy*. 2008; 25: 444–452.
29. Kımaz S, Soysal S, Çımrın AH, Günay T. 112 acil sağlık hizmetlerinde görevli doktorların temel yaşam desteği, ileri kardiyak yaşam desteği ve doktorların adli sorumlulukları konularındaki bilgi düzeylerinin değerlendirilmesi. *Ulus Travma Acil Cerrahi Dergisi*. 2006; 12: 59–67.
30. Passali C, Pantazopoulos I, Dontas I, Patsaki A, Barouxis D, Troupis G, Xanthos T. Evaluation of nurses’ and doctors’ knowledge of basic & advanced life support resuscitation guidelines. *Nurse Education in Practice*. 2011; 11: 365-36.
31. Göçmen Z. Ameliyathane hemşirelerinin ameliyathane hemşireliği oryantasyon programı içeriğine ilişkin görüşleri. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2004; 8: 12-24.
32. Marshall ES. Nursing work force in practice and education: what can we learn from the current crisis?. *J Perinat Neonatal Nurs*, 2001; 15: 16-25.
33. Hacıoğlu, N. Hemşirelikte öğretim öğrenme ve eğitim. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri, 2011.

Ebelik ve Hemşirelik Öğrencilerinin Egzersiz Davranışı, Sigara Bağımlılığı ve Genel Sağlık Durumu

Exercise Behavior, Smoking Addiction and General Health Status of Nursing and Midwifery Students

Ayla GÜNAL^a, Funda DEMİRTÜRK^b, Halime ARIKAN^c, Büşra İNAL^d

ÖZ Amaç: Bu çalışmanın amacı ebelik ve hemşirelik bölümü öğrencilerinin egzersiz davranışı, sigara bağımlılığı ve genel sağlık durumunu araştırmaktır. **Gereç ve Yöntemler:** Çalışmaya yaşları 17-25 yıl arasında olan (ortalama 20.01±1.30 yıl) 211 öğrenci katıldı. Öğrencilerin demografik bilgileri kaydedildikten sonra egzersiz davranışları Egzersizde Davranışsal Düzenlemeler Ölçeği-2 ile, sigara bağımlılıkları Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi ile, genel sağlık durumları Genel Sağlık Anketi-12 ile değerlendirildi. **Bulgular:** Öğrencilerin sırasıyla genel sağlık puan ortalaması 2.64±2.66 egzersizde davranışsal düzenlemeler ölçeğinin içsel düzenleme alt boyutu 17.68±5.50 içe atımla düzenleme alt boyutu 3.80±3.57 güdülenmeme alt boyutu 1.08±1.96 dışsal düzenleme alt boyutu 1.27±1.95 puan olarak saptandı. Öğrencilerin % 8.1'inin sigara içtiği; bu öğrencilerin de Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi'nden 0.26±0.99 puan aldığı görüldü. Yaş ile Egzersizde Davranışsal Düzenlemeler Ölçeği-2'nin güdülenmeme alt boyutu arasında negatif bir ilişki saptandı (r:-0.197, p:0.004). Katılımcıların vücut kütle indeksi değerleri ile Egzersizde Davranışsal Düzenlemeler Ölçeği-2'nin dışsal düzenleme alt boyutu arasında pozitif bir ilişki bulundu (r:0.215, p:0.002). Genel sağlık durumu ile egzersiz davranışı ve sigara bağımlılığı arasında istatistiksel olarak bir ilişki saptanmadı (p>0.05). **Sonuç:** Çalışmamızda öğrencilerin egzersiz davranışlarını ağırlıklı olarak güdülenme ile yönettikleri, çoğunluğun sigara bağımlısı olmadığı ve genel sağlık durumlarının da ağırlıklı olarak orta-iyi düzeyde olduğu görüldü. Yaş ve vücut kütle indeksinin egzersiz yapma davranışını etkilediği saptandı. Öğrencilerin yaş alımı olmadan erken dönemde farkındalıklarının artması önemlidir. Bununla birlikte vücut kütle indeksi artmış bireylerin dış görünüş odaklı egzersiz yapmalarının hatalı sonuçlar doğurabileceği, öncelikle doğru bir değerlendirme yapılması gerektiği ve kişiye özel egzersiz programlarının düzenlenmesi gerektiği düşünülmüştür.

Anahtar kelimeler: Egzersiz davranışı; genel sağlık; sigara bağımlılığı.

ABSTRACT Aim: To investigate exercise behaviour, smoking addiction and general health status of nursing and midwifery students. **Material and Method:** 211 students between 17-25 years old (mean 20.01±1.30 years) were included. After recording demographic data, exercise behaviours were assessed by the Behavioural Regulations Scale for Exercise-2; addictive behaviours by the Fagerstrom Nicotine Dependence Scale; and general health status by the General Health Questionnaire-12. **Results:** General health score of the students was 2.64±2.66 the internal regulation subscale of the Behavioural Regulations Scale for Exercise was 17.68±5.50 the introjected regulation subscale was 3.80±3.57 the amotivational subscale was 1.08±1.96 and the external regulation subscale was 1.27±1.95 points. 8.1% of the students were smokers and received 0.26±0.99 points from the Fagerström Nicotine Dependence Test. There was a negative relationship between age and amotivation subscale of Behavioural Regulations Scale for Exercise-2 (r:-0.197, p:0.004). It was seen that the motivation behaviour increased with age. A positive correlation was found between body mass index and external regulation subscale of Behavioural Regulations Scale for Exercise-2 (r:0.215, p:0.002). Also the need for external regulation increased as the body mass index increased. No significant relationship existed between general health status and exercise behaviour; and smoking dependence (p>0.05). **Conclusion:** It seems that the majority of the students managed their exercise behaviours with a great deal of motivation, and were not addicted to smoking and the general health

Geliş Tarihi 31-10-2017/ Received/ Kabul Tarihi/Accepted:05-03-2018

^a Yrd.Doç.Dr. Gaziosmanpaşa Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü, TOKAT, ayla.gunal@gop.edu.tr
ORCID: 0000-0003-2213-2111

^b Doç.Dr. Gaziosmanpaşa Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü, TOKAT, fundapt@yahoo.com,
ORCID: 0000-0002-8674-3061

^c Arş.Gör. Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü, ANKARA, halimearikan92@gmail.com,
ORCID: 0000-0003-2381-9978

^d Arş.Gör. Abant İzzet Baysal Üniversitesi, Kemal Demir Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Yüksekokulu, BOLU, inal.busra9@gmail.com,
ORCID: 0000-0003-3717-5501

Sorumlu yazar /correspondence: Yrd.Doç.Dr. Ayla Günal, Gaziosmanpaşa Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü

conditions were predominantly moderate-good. Age and body mass index were found to influence exercise behaviour. Improving awareness in the early years before students take ages is essential. However, it has been thought that exercising with external appearance focus may lead to erroneous results in individuals with high body mass index. So an accurate evaluation and personalized exercise programs are important.

Keywords: Exercise behavior; general health; smoking addiction.

Giriş

Egzersiz; amaçlı ve planlı bir şekilde, fiziksel uygunluk parametrelerini korumaya veya geliştirmeye yönelik olarak yapılan tekrarlayıcı vücut hareketleridir. Sağlıktaki kazanımlar için egzersiz davranışı, kognitif ve planlı olmasının yanı sıra alışkanlık boyutunu da içermelidir (1). Egzersiz yoğunluğu ile ilgili farklı görüşler olmakla birlikte Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) sağlıklı bir yaşam için düzenli ve orta yoğunlukta fiziksel aktivitenin, haftada en az 5 gün, tercihen her gün 30 dakikalık fiziksel hareket ile sağlanabileceğini bildirmiştir (2). Araştırmalar fiziksel egzersizin sağlığı geliştirme ve hastalıkları önlemede yararlı bir davranış biçimi olduğunu göstermektedir (3). Egzersiz ve düzenli fiziksel aktivitenin; fizyolojik etkilerinin yanında, zihinsel ve duygusal sağlığa da olumlu etkileri de vardır (4). Egzersiz stres ve kaygı belirtilerini azaltır, öfke ve saldırganlık gibi duyguları kontrol altına almayı sağlar, uyku kalitesini artırır. Bununla birlikte düzenli egzersiz özellikle kardiovasküler hastalıklardaki risk faktörlerini azaltmaktadır (5).

Üniversite öğrencilerinin egzersiz alışkanlığı genel olarak düşük düzeydedir (6). Farklı bölümlerde okuyan öğrenciler arasında yapılan çalışmalar beden eğitimi ve spor yüksekokulları lehinde sonuçları ortaya koymakta, diğer öğrencilerde ise egzersiz yapma düzeyinin düşük olduğunu göstermektedir (7).

Sigara bağımlılığı, en az bir aylık süre içinde düzenli sigara kullanma, sigarayı bırakınca yoksunluk belirtileri yaşama, zararlarını görmeye rağmen bırakamama ve başarısız sigara bırakma girişimlerinin olması şeklinde tanımlanmaktadır (8).

Sigara, hastalık ve ölümün, ilk sıralardaki önlenbilir nedenlerinden biridir. Sağlığa olan olumsuz etkileri bilinmesine rağmen, birçok genç sigara içmeyi sadece denerken, diğerleri de bunu düzenli bir alışkanlık haline dönüştürmektedir. DSÖ gençler arasında sigara içmenin solunum ve solunum dışı zararlı etkilerinin bulunmasının yanı sıra, nikotin bağımlılığı ve diğer uyuşturucu madde kullanımını

da artıracağını belirtmektedir (9). Sigara kullanan bireylerde psikiyatrik bozuklukların görülme sıklığı daha fazladır (8). Gençlerin yaşadıkları bir dizi psikolojik problem (stres, sevgisizlik, yalnızlık duygusu gibi) sigara kullanma eğilimini artırmaktadır (10).

Taş (11), dünyada ve Türkiye’de önemli bir halk sağlığı sorunu olan sigara içiciliğinin önlenbilir olmasının, sigara kaynaklı hastalıkların kontrol ve tedavisinde yol gösterici olduğunu bildirmiştir. Aynı zamanda, sigaraya başlamayı önlemenin mücadelenin en önemli kısmı olduğu, lise ve üniversite öğrencilerinin ise en önemli hedef kitlelerini oluşturduğunu bildirmiştir.

Hemşirelik ve ebeklik öğrencileri, mezun oldukları zaman sağlık ekibi içindeki görevleri kapsamında bireyin, ailenin ve toplumun sağlığını koruma, geliştirme ve hastalık halinde iyileştirme amacına yönelik bakım hizmetlerinin planlanması, uygulanması ve değerlendirilmesinden sorumlu üyeler olacaklardır. Bu önemli görev ve sorumlulukları yerine getirebilmeleri için ruhsal ve fiziksel olarak sağlıklı bir yapıya sahip olmaları gerekmektedir.

Sağlık bilimleri alanında eğitim gören öğrenciler eğitim süreçlerinden itibaren toplumda sağlık adına farkındalık oluşturmaya başlamaktadırlar. Literatürde sağlık bilimleri öğrencilerinin sağlık davranışı ile ilgili çalışmalar yer almaktadır. Bununla birlikte egzersiz davranışı, sigara alışkanlığı ve genel sağlık durumunun araştırıldığı çalışmaların yetersiz olduğu görülmektedir. Bu çalışmanın amacı ebeklik ve hemşirelik bölümü öğrencilerinin egzersiz davranışı, sigara bağımlılığı ve genel sağlık durumunu araştırmaktır.

Gereç ve Yöntemler

Araştırmanın Örneklemi

Çalışmaya bir devlet üniversitesinin Sağlık Bilimleri Fakültesi’nin ebeklik ve hemşirelik bölümlerine devam eden 211 öğrenci gönüllü olarak katıldı. Değerlendirmede sosyo-demografik bilgiler kayıt edildikten sonra 2 araştırmacının

gözetiminde Genel Sağlık Anketi-12, Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi ve Egzersizde Davranışsal Düzenlemeler ölçeği-2 katılımcılar tarafından dolduruldu. Öğrencilerin egzersiz yapma durumları ve istekleri “evet” veya “hayır” şeklinde kayıt edildi.

Veri toplama araçları

Ön değerlendirme formu

Öğrencilerin cinsiyet, yaş, medeni durumları ile boy ve kilo değerleri kayıt edildi. Öğrencilerden egzersiz yapma ve egzersiz yapmayı isteme ile ilgili durumlarını “evet” veya “hayır” şeklinde tanımlamaları istendi.

Genel sağlık anketi-12 (GSA-12):

Goldberg (1978) (12) tarafından toplumda sık rastlanan, akut ruhsal sorunları belirlemek amacıyla geliştirilmiştir. Türkiye’de geçerlik ve güvenilirlik çalışması Kılıç (1996) (13) tarafından yapılmıştır. Birey tarafından doldurulan ölçek 12 sorudan oluşmaktadır. Her bir soru için son 7 gün içindeki belirtiler sorgulanır. Her soru dört seçeneklidir (1. Hiçbir zaman, 2. Her zamanki kadar, 3. Her zamankinden sık, 4. Çok sık). Puanlamada Likert tipi kodlama yapılacağı gibi ilk iki seçeneğe “0”, son iki çeneğe “1” puan verilerek değerlendirilebilir. Çalışmamızda ikinci puanlama şekli kullanılmıştır. Alınabilecek en yüksek puan “12” ve en düşük puan “0” dır. Ölçekten 4 ve daha fazla puan alanlar “yüksek”, 2-3 puan alanlar “orta”, 2’den daha az puan alanlar ise “düşük” skor olarak değerlendirilmektedir. Düşük skorlar genel sağlık durumunun iyi olduğunu göstermektedir. Çalışmalarda ortalama puan üzerinden istatistiksel testler kullanılmakta, sınıflandırmalar n ve % değeri olarak verilmektedir.

Fagerström nikotin bağımlılık testi (FNBT):

Test ilk olarak 1978’de Fagerström (14) tarafından geliştirilmiştir ve “The Fagerström Tolerance Questionnaire” (FTQ) olarak yayımlanmıştır. 1991’de revize edilerek son şeklini ve “Fagerström Test for Nicotine Dependence” adını almıştır. Test 6 maddeden oluşmaktadır. Sorular için 2 ya da 4 cevap seçeneği bulunmaktadır. Sorulardan 3 tanesi evet-hayır şeklinde olup, iki cevap seçeneği bulundurmaktadır. Puan değeri sıfır ya da bir olmaktadır. Üç tanesi ise çoktan seçmeli cevap şeklinde olup, dört cevap seçeneği

bulundurmakta ve puan değeri sıfır ile üç arasında olmaktadır. Testten alınabilecek en yüksek puan 10, en düşük puan ise 0’dır. Puanın yüksek oluşu bağımlılık düzeyindeki artışı işaret etmektedir. Testin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması 2004 yılında Uysal ve ark. (15) tarafından yapılmıştır.

Egzersizde davranışsal düzenlemeler ölçeği (EDDÖ):

Mullan ve arkadaşları (1997) tarafından geliştirilmiş olup Markland ve Tobin (2004) tarafından revize edilerek “Egzersizde Davranışsal Düzenlemeler Ölçeği-2” adını almıştır (16). Ölçek 14 yaşından itibaren uygulanabilmektedir. EDDÖ-2 19 madde ve 5 alt ölçekten oluşmaktadır. Bunlar: dışsal düzenleme, içe atımla düzenleme, içsel düzenleme, özdeşimle düzenleme ve güdülenmeme alt ölçekleridir. Dışsal düzenleme (örn: Başkaları egzersiz yapmam gerektiğini söyledikleri için egzersiz yaparım) ve içsel düzenleme (örn: Eğlenceli olduğu için egzersiz yaparım) alt ölçekleri dört maddeden, içe yansıtılmış düzenleme (örn: Egzersiz yapmadığımda kendimi suçlu hissedirim) ve özdeşimle düzenleme (örn: Egzersiz yapmanın yararlarına önem veririm) alt ölçekleri ise üç maddeden oluşmaktadır. Güdülenmeme (örneğin: Neden egzersiz yapmam gerektiğini anlamıyorum) alt ölçeği ise 4 maddeden oluşmaktadır. EDDÖ-2, “kesinlikle doğru değil”, “bazen doğru” ve “kesinlikle doğru” derece-lerinden oluşan 0-4 arasında puanlaması olan 5’li Likert tipi bir ölçektir. Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması 2012’de Ersöz ve ark. (17) tarafından yapılmıştır. Alt ölçekler için elde edilen iç tutarlılık katsayıları 0.58-0.79 arasında bulunmuştur. Çalışmada yapılan temel bileşenler faktör analizi ile maddeler 4 faktör başlığında (dışsal düzenleme, içsel düzenleme, içe atımla düzenleme ve güdülenmeme) toplanmıştır. Ölçeğin değerlendirilmesinde, güdülenmeme faktöründe alınan yüksek puanlar egzersizin güdülenme ile yönetilme düzeyinin düşük olduğunu, diğer faktörlerde alınan yüksek puanlar ise ilgili faktörün egzersiz davranışını pozitif yönde etkilediğini göstermektedir.

Verilerin Toplanması ve İstatistiksel Analizler

Verilerin girilmesi ve değerlendirilmesi araştırmacılar tarafından yapılmış olup istatistik konusunda

bir bilim uzmanından görüş alınmıştır. Verilerin analizinde SPSS 20 paket programı kullanılmıştır. Tanımlayıcı istatistikler için n ve % değerleri verilmiştir. Ölçeklerden elde edilen veriler için minimum, maksimum, ortanca değer ile ortalama ve standart sapma değerleri hesaplanmıştır. Verilerin normal dağılıp dağılmadığı test edildikten sonra normal dağılım göstermeyen sonuçlar için parametrik olmayan testler kullanılmıştır. Egzersiz davranışı, sigara bağımlılığı ve genel sağlık durumu arasındaki ilişki Spearman korelasyon testi ile değerlendirilmiştir. Anlamlılık düzeyi olarak $p < 0.05$ kabul edilmiştir (18).

Araştırmanın Etik Yönü

Çalışma için üniversitenin etik kurulundan izin alındı (Toplantı no:2017/11, proje no:17-KAEK-119) ve çalışma Helsinki Deklarasyonuna uygun olarak yürütüldü. Çalışma öncesinde öğrencilere çalışma hakkında bilgilendirme yapıldı ve aydınlatılmış onam formları imzalatıldı. Gönüllü olarak katılmayı kabul eden öğrencilerden akut bir yakınması ve/veya kronik hastalığı olanlar çalışmaya dahil edilmedi.

Bulgular

Çalışmada yer alan 211 öğrencinin % 84.4'ü kız, %15.6'sı erkek, %100'ü bekâr idi. Öğrencilerin yaş ortalamasının 20.01 ± 1.30 yıl, vücut kütle indeksi (VKİ) 22.08 ± 3.17 kg/m^2 olduğu saptandı. Öğrencilerin çoğunluğunun egzersiz yapmak istediği (%90.5) yarısından fazlasının egzersiz yaptığı (%55.0) bulundu.

Egzersizde Davranışsal Düzenlemeler Ölçeği-2'de öğrencilerin %62.9'unun güdülenme alt boyutundan 0 puan, %2.4'ünün içsel düzenleme alt boyutundan 28 puan, %1'inin içe atım alt boyutundan 16 puan, %0.5'inin dışsal düzenleme alt boyutundan 14 puan aldığı saptandı. Sonuçlar öğrencilerin egzersiz davranışlarını ağırlıklı olarak güdülenme ile düzenlediğini göstermektedir.

Öğrencilerin sırasıyla genel sağlık puan ortalaması 2.64 ± 2.66 egzersizde davranışsal düzenlemeler ölçeğinin içsel düzenleme alt boyutu 17.68 ± 5.50 içe atımla düzenleme alt boyutu 3.80 ± 3.57 güdülenmeme alt boyutu 1.08 ± 1.96 dışsal düzenleme alt boyutu 1.27 ± 1.95 puan olarak saptandı. Öğrencilerin % 8.1'inin sigara

Tablo 1. Öğrencilerin Genel Sağlık Durumu, Egzersiz Davranışı ve Sigara Bağımlılığı Puanları

Ölçekler	Ortanca (Min-max)	X±SD
Genel Sağlık Anketi-12	2(0-11)	2.64±2.66
Egzersizde Davranışsal Düzenlemeler Ölçeği-2		
-İçsel Düzenleme	18(0-28)	17.68±5.50
-İçe Atımla Düzenleme	3(0-16)	3.80±3.57
-Dışsal Düzenleme	0(0-14)	1.27±1.95
-Güdülenmeme	0(0-16)	1.08±1.96
Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi	0(0-6)	0.26±0.99

Tablo 2. Öğrencilerin Genel Sağlık Puanlarına Göre Sınıflandırılması

Genel Sağlık Anketi-12	n	%
Düşük (<2)	96	45.2
Orta (2-3)	55	26.2
Yüksek (≥4)	60	28.6

Tablo 3. Öğrencilerin Genel Sağlık Durumu ile Egzersiz Davranışı ve Sigara Bağımlılığı Arasındaki İlişki

Ölçekler	Genel Sağlık Anketi-12	
	r	p
Egzersizde Davranışsal Düzenlemeler Ölçeği-2		
-İçsel Düzenleme	0.030	0.667
-İçe Atımla Düzenleme	0.050	0.470
-Dışsal Düzenleme	0.069	0.316
-Güdülenmeme	0.061	0.377
Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi	0.042	0.546

Tablo 4. Öğrencilerin VKİ ve Yaşları ile Genel Sağlık Durumu, Egzersiz Davranışı ve Sigara Bağımlılığı Arasındaki İlişki

Ölçekler	Yaş		VKİ	
	r	P	r	p
Genel Sağlık Anketi-12	-0.003	0.965	-0.036	0.603
Egzersizde Davranışsal Düzenlemeler Ölçeği-2				
-İçsel Düzenleme	-0.022	0.752	-0.118	0.088
-İçe Atımla Düzenleme	0.000	0.998	0.066	0.343
-Dışsal Düzenleme	-0.036	0.608	0.215	0.002*
-Güdülenmeme	-0.197	0.004*	0.087	0.211
Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi	0.035	0.611	-0.050	0.472

içtiği, bu öğrencilerin de Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi'nden 0.26 ± 0.99 puan aldığı görüldü (Tablo 1). %45.2'sinin genel sağlık durumu puanlarının 2'den düşük olduğu, diğer bir ifade ile genel sağlık düzeylerinin iyi olduğu görüldü (Tablo 2).

Genel sağlık durumu ile egzersiz davranışı ve sigara bağımlılığı arasında istatistiksel olarak bir ilişki saptanmadı ($p > 0.05$) (Tablo 3).

Yaş ile Egzersizde Davranışsal Düzenlemeler Ölçeği-2'nin güdülenmeme alt boyutu arasında negatif bir ilişki saptandı ($p < 0.01$). Yaş ilerledikçe güdülenme davranışının arttığı görüldü.

Katılımcıların VKİ değerleri ile Egzersizde Davranışsal Düzenlemeler Ölçeği-2'nin dışsal düzenleme alt boyutu arasında pozitif bir ilişki bulundu ($p < 0.01$). VKİ arttıkça dışsal düzenleme ihtiyacının arttığı da görüldü (Tablo 4).

Tartışma

Sağlık bilimleri öğrencilerinin egzersiz davranışı, sigara bağımlılığı ve genel sağlık durumunu araştırdığımız çalışmamızda öğrencilerin egzersiz davranışlarını ağırlıklı olarak güdülenme ile yönettikleri, sigara içme bağımlılıklarının düşük ve genel sağlık durumlarının orta-iyi düzeyde olduğu görüldü.

Oral ve ark. (7) farklı bölümlerde okuyan üniversite öğrencilerinin egzersiz alışkanlıklarının birbirine yakın olduğunu, bununla birlikte beden eğitimi ve spor yüksekokuluna devam eden öğrencilerin egzersiz hazırlık aşamasında, diğer öğrencilerin ise egzersiz eğilim aşamasında olduğunu göstermişlerdir. Benzer şekilde orta öğretim düzeyinde spor ile ilgilenen öğrencilerin fiziksel aktivite bilinç düzeylerinin sedanter öğrencilere göre daha yüksek olduğu bildirilmiştir (19). Serbest zaman dilimlerinde sedanter olan bireylerin hareketli olanlara göre egzersizi

birakma olasılıklarının daha yüksek olduğu gösterilmiştir (20).

Hemşirelik ve sınıf öğretmenliği öğrencilerinin yer aldığı bir çalışmada öğrencilerin %4.7'sinin sportif faaliyetlere katıldığı, sağlık yüksekokulu öğrencilerinin yer aldığı bir diğer çalışmada da öğrencilerin %32.86'sının egzersiz yaptığı saptanmıştır (6,21). Arslan ve ark. (22) sağlık bilimleri fakültesine devam eden kız öğrencilerin %8.5'inin erkek öğrencilerin ise %28.1'inin yeterli fiziksel aktivite düzeyine sahip olduğunu bildirmiştir. Çocuk gelişimi, fizyoterapi ve rehabilitasyon, hemşirelik ile sağlık yönetimi öğrencilerinin yer aldığı bir çalışmada tüm bölümlere göre en düşük egzersiz yapan grubun hemşirelik bölümü öğrencileri olduğu gösterilmiştir (23).

Çalışmamızda öğrencilerin %90.5'inin egzersiz yapmak istediği %55.0'ının düzenli egzersiz yaptığı görüldü. Sonuçlar önceki çalışma-lardan farklı olarak egzersiz yapma düzeyinin daha yüksek olduğunu göstermektedir. Bununla birlikte egzersiz yapmak isteyen öğrenci sayısı ile yapan öğrenci sayısı arasındaki fark egzersiz yapmayı engelleyen faktörler olabileceğini düşündürmektedir. Bu faktörlerin tanımlanarak bariyerlerin kaldırılmasına ve egzersiz katılım düzeyinin artırılmasına ihtiyaç vardır.

Egzersizle ilgili davranışsal düzenlemeler düzenli egzersiz yapmayı etkilemektedir. Bireyler içsel olarak güdülendiklerinde bir aktivite ile uğraşmaktan zevk almaktadırlar (24). Motivasyon eksikliği egzersiz gibi bir faaliyete katılma niyetini azaltabilmektedir (25). Gaston ve ark. (26) iç motivasyonun boş zaman süresindeki sedanter davranışları etkilediğini bildirmiştir. Brunet ve Sabiston (27) yaştan bağımsız olarak (18-64 yaş aralığında) iç motivasyonun egzersiz davranışını pozitif etkilediğini bildirmiştir. Ağduman (28), üniversite öğrencilerinin boş zaman motivasyon ve tatminlerini incelediği çalışmasında bireylerin aktivitelere katılma sıklığı ile motivasyon ve tatmini arasında pozitif yönde bir ilişki olduğunu bildirmiştir. Motivasyon artışının, kadın üniversite öğrencilerinde egzersiz yapma ve fiziksel uygunluğu pozitif etkilediği gösterilmiştir.

Çalışmamızda egzersiz davranışı içsel düzenleme, içe atımla düzenleme, dışsal düzenleme ve güdülenmeme alt boyutları ile değerlendirildi.

Sonuçlar egzersiz davranışının ağırlıklı olarak güdülenmeme alt boyutu ile düzenlendiğini göstermektedir. Bireylerin egzersiz yapma gerekliliğini ve egzersize zaman ayırma ile ilgili maddeleri içeren güdülenmeme alt boyutunda daha düşük puan almaları egzersiz için güdü düzeylerinin yüksek olduğunu göstermiştir. Ancak, sadece güdülenme düzeyinin artması ile değil egzersiz için itici güç olarak egzersizden keyif alma ve egzersizin önemi ile ilgili içsel düzenleme ve egzersiz yapılmadığında rahatsızlık hissetme ile ilgili içe atımla düzenleme alt boyutunun da düzenli olarak egzersiz yapmayı kolaylaştıran boyutlar olduğu düşünülmektedir. Aynı zamanda dışsal alt boyut olarak tanımlanan aile, arkadaş ve diğer yakın çevrenin de egzersiz davranışının gelişiminde önemli olduğu öngörülmektedir.

Bireyler düzenli egzersizin pozitif etkilerini algılamadıklarında egzersiz yapmaktan daha az keyif almaktadırlar. Egzersizden keyif alma ise, egzersiz seviyesinde bir arabulucu gibi tanımlanmaktadır (29). Yetişkin bireyler üzerinde yapılan bir çalışmada fiziksel aktiviteden daha fazla keyif alan bireylerin düzenli olarak egzersiz yapma durumunun etkilendiği bildirilmiştir (30).

Çalışmamızda bireylerin %2.4'ünün egzersizde davranışsal düzenlemeler ölçeğinin egzersizden keyif alma ve egzersizin önemi ile ilgili içsel düzenleme alt boyutundan tam puan aldığı saptandı. Sonuçlar öğrencilerin çok az bir kısmının egzersizi keyif alarak yaptığını ortaya koymaktadır. Bu bağlamda üniversite öğrencilerinin ilgi alanları ve alışkanlıkları ile ilgili eğitimsel çalışmalara ihtiyaç vardır.

Literatür egzersiz yapılmadığında rahatsız olan bireylerin sıklıkla obez bireyler olduğunu ve yeme problemlerinin egzersiz devamlılığını etkilediğini göstermektedir. Özellikle adolesan bireylerde aşırı kilolu olma akran ilişkileri kurmada güçlükler yol açabilmekte ve bu durum fiziksel aktivite bağlılığını etkilemektedir (31). Benzer şekilde bir üniversitede kız öğrencilerinin yer aldığı çalışmada, yeme bozukluğu ciddiyeti ile egzersiz bağlılığı arasında da bir ilişki olduğu bildirilmiştir (32). Çalışmamızda bireylerin %1'inin egzersiz yapılmadığında rahatsızlık hissetme ile ilgili içe atımla düzenleme alt boyutundan tam puan aldığı bulundu. Çalışmamızda bireylerin VKİ ortalama değerleri normal kabul edilen sınırlar içinde idi (

22.08±3.17 kg/m²). Elde edilen sonucun VKİ değerleri ile ilgili olabileceği düşünülmüştür.

Sosyal desteğin egzersiz bağlılığını etkileyen önemli bir etmen olduğu, eş, aile ve arkadaşan gelen sosyal desteğin, egzersiz yapmayı pozitif etkilediği bildirilmiştir. Adölesanların fiziksel aktiviteleri ile ilişkili olan değişkenler arasında ebeveyn desteği, kardeş ile fiziksel etkinlik, ebeveynlerden doğrudan yardım ve egzersiz yapma fırsatları yer almaktadır. Ergenler ve yetişkinlik başlangıcında olanlarda, aile desteği, öz denetim becerileri ve çevresel durum, fiziksel aktivite yapmayı etkileyen kritik faktörlerdir. Arkadaşları daha fazla fiziksel aktivite yapan kız ve erkek adölesanların fiziksel aktivite düzeyleri yüksek bulunmuştur (33). Quintiliani ve ark. (34) kısmi zamanlı çalışan öğrencilerin ev (güvenli komşuluk ilişkileri, ev arkadaşı), iş (iş çevresi) ve okul (arabaya sahip olmama, kampüsün yapısı, kampüs içi spor alanları, okul arkadaşları) ortamlarının fiziksel aktiviteyi pozitif etkilediğini bildirmiştir. Harmon ve ark. (35) sosyal ağların ailede temellenmiş olabileceğini, ancak aynı zamanda üniversite arkadaşlarının ve diğer önemli kişilerin de fiziksel aktivite yapmayı etkileyebileceğini belirtmişlerdir.

Çalışmamızda bireylerin %0.5'inin aile, arkadaş ve diğer yakın çevre ile ilişkili olan egzersiz davranışının dışsal alt boyutundan tama yakın puan aldığı görüldü. Elde edilen sonuçlar literatürden farklı olarak sosyal çevrenin egzersiz davranışını belirlemede birincil faktör olmadığını göstermektedir. Bununla birlikte öğrencilerin arkadaşları ile birlikte keyif alarak egzersiz yapabilecekleri kampüs içi alanların oluşturulması ve bu alanlarda fizyoterapistler tarafından bireysel ve grup çalışmalarının yapılması ile egzersiz davranışında pozitif değişimler oluşabileceği düşünülmektedir.

Yaş konsantrasyon düzeyini pozitif etkileyen bir faktör olup, konsantrasyon düzeyi ise egzersiz katılımını etkilemektedir. Konsantrasyonu iyi ileri yaş yetişkin bireylerin egzersize katılımı da daha iyi olmaktadır. Guedes ve ark. (36) üniversite öğrencilerinde yaş ilerledikçe hastalıklardan korunma, kilo kontrolü sağlama ve sağlık ile ilişkili olarak egzersiz yapma açısından motivasyonlarının daha yüksek olduğunu göstermişlerdir. Benzer olarak, Roberts ve ark. (37) üniversite öğrencileri arasında fiziksel

aktivite, spor ve egzersiz motivasyonunu araştırdıkları çalışmada 23 yaş üstü bireylerin sağlığı koruma ve stres odaklı olarak daha motive olduklarını bildirmişlerdir.

Çalışmamızda egzersiz davranışı açısından güdülenmeme düzeyi ile yaş arasında negatif bir ilişki saptandı. Bu durum yaş alan bireylerde egzersiz için motivasyonel gücün arttığını göstermektedir. Bu durum literatür sonuçları ile uyumlu bulunmuştur. Ancak egzersizin pozitif etkileri düşünüldüğünde erken yaşlardan itibaren motivasyonun fazla olmasının sağlık açısından daha fazla pozitif kazanımlar sağlayacağı öngörülmektedir.

Egzersize başlama ve devam ettirmede motivasyon anahtar bir faktördür. Bununla birlikte çoğu birey egzersiz yapmaya dışsal etmenler ile başlamaktadır. Özellikle vücut imajı endişesi olan bireylerde bu etmenler daha da önemli olmaktadır. Özellikle kadınlar kilo kontrolünü sağlamak için kısa süreli fiziksel aktivite yapmaktadırlar. Kadınlarda fazla kilonun ve obezitenin bir göstergesi olan VKİ egzersiz yapmada oldukça önemli bir faktördür. Bu bireylerde vücut ağırlığını kontrol etme ve fiziksel görüntüyü içeren estetikle ilgili iki faktör de egzersizin motivasyonel düzeyini artır-maktadır. Guedes ve ark. (36) kilolu ve obez genç bireylerde vücut imajı ile ilgili endişe ve memnuniyetsizliğin de benzer sonuçlara yol açtığını bildirmiştir. Roberts ve ark. (37) kız üniversite öğrencilerinin erkeklere göre fiziksel aktivite, spor ve egzersiz motivasyonlarını öncelikle kilo kontrolünü sağlama ve dış görünümün etkilediği belirtilmişlerdir.

Çalışmamızda bireylerin vücut kütle indeksi değerleri ile Egzersizde Davranışsal Düzenlemeler Ölçeği-2'nin dışsal düzenleme alt boyutu arasında pozitif bir ilişki bulundu VKİ arttıkça dışsal düzenleme ihtiyacının arttığı da görüldü. VKİ artmış bireylerin dış görünüş odaklı egzersiz yapmalarının hatalı sonuçlar doğurabileceği, öncelikle doğru bir değerlendirme yapılması gerektiği ve kişiye özel egzersiz programlarının düzenlenmesi gerektiği düşünülmüştür.

Sağlığın iyileştirilmesi için fiziksel aktivite ve egzersiz önemli bir araç olarak tanımlanmaktadır. Fiziksel aktiviteye ve egzersize katılımın kardiyovasküler performans ve solunum yeteneği ile kas iskelet sisteminin çalışması üzerinde pozitif etkileri vardır. Aynı zamanda kanser ve diyabet gibi kronik hastalıklara

yakalanma riskini azaltmakta; ruh sağlığı üzerinde de depresyon düzeyini azaltarak psikolojik iyilik haline katkı sağlamaktadır. Literatürde, fiziksel aktivite ve sağlık arasındaki pozitif ilişkiyi gösteren birçok çalışma yer almaktadır. Fiziksel aktivite ve egzersiz, gençlerin fiziksel sağlığını da etkileyebilir. Çocukluk ve gençlik döneminde hastalıklara yakalanma riskini, ilerleyen yaşlarda ise kronik hastalıkların görülmesini azaltabilir. Çalışmalar fiziksel aktivite ile şeker hastalığı, kan basıncı ve enerji için yağ kullanma yeteneği gibi fiziksel sağlığı etkileyen birçok faktör arasında pozitif bir ilişki olduğunu göstermektedir (3,5).

Çalışmamızda egzersiz davranışı ile genel sağlık arasında herhangi bir ilişki saptanmadı. Bu durumun bireylerin herhangi bir kronik hastalığa sahip olmayan genç bireyler olması ile ilişkili olabileceği düşünülmüştür. Bununla birlikte öğrencilerin çoğunluğunun genel sağlık anketine göre de sağlık durumlarının orta-iyi aralığında olması bu sonucu desteklemektedir.

Ülkemizde 2006-2017 yılları arasında üniversite öğrencilerinin sigara içme durumlarının araştırıldığı çalışmalarda oranın %12,5-55,7 arasında değiştiği gösterilmiştir (38). Türkiye İstatistik Kurumu 2016 verilerine göre 15-24 yaş arasındaki bireylerin sigara içme oranının %18,1 olduğu bildirilmiştir (39).

Çalışmamızda öğrencilerin sigara içme düzeyinin %8,1 olduğu saptandı. Literatür ile karşılaştırıldığında daha düşük bir oranın çıkması, sigaranın zararları ile ilgili bilginin lisans eğitimi içinde etkin bir şekilde verilmesi ile ilişkili olabileceğidir. Aynı zamanda oranın benzer araştırmalara göre daha düşük olması pozitif bir sonucu yansıtmaktadır. Ancak mevcut düzeyin de minimize edilmesinin sağlık açısından olumlu sonuçlar sağlayacağı öngörülmektedir.

Sigara içme tüm yaş gruplarının sağlığı için bir risk faktörüdür. Fakat erken yaşlarda sigara kullanımı ilerleyen yaşlar için daha ciddi bir risk oluşturmaktadır. Sigara kullanımının bedensel ve zihinsel sağlığa olan olumsuz etkilerinin yanında, eğitim performansı, aile ilişkileri, iş hayatı gibi alanlarda da olumsuz etkileri olmaktadır. Sigara içimi kardiyovasküler hastalıklar, pulmoner hastalıklar, kanser ve diğer sistemik patolojiler için bir risk faktörüdür (10,11). Sağlık Bakanlığı 2008 verileri sigara kullanan bireylerde psikiyatrik bozuklukların görülme sıklığının daha fazla olduğunu

göstermektedir. Sigarayı bırakan bireylerde ise depresyon, kaygı ve stres düzeyinde azalma, duygu durum ve yaşam kalitesinde pozitif değişimler yaşanmaktadır (9).

Çalışmamızda sigara içme düzeyi ile genel sağlık arasında herhangi bir ilişki saptanmadı. Bu durumun bireylerin genç yaşta olması ile ilişkili olduğu düşünülmüştür. Bununla birlikte öğrencilerin çoğunluğunun Genel Sağlık Anketine göre de sağlık durumlarının orta-iyi aralığında olması bu sonucu desteklemektedir. Ancak sigara kullanan bireylerin ilerleyen yaş ile birlikte sağlık açısından daha dezavantajlı olacaklardır. Sigara kullanan öğrenciler için hastane ortamının dışında eğitimsel ortamlarda da bireysel çalışmaların yapılmasına ihtiyaç vardır.

Çalışmanın sınırlılıkları

Çalışmamızda iki sınırlılık olduğu düşünülmektedir. Birincisi, hemşirelik ve ebelik bölümlerine devam eden öğrencilerin çoğunluğunun kız öğrenci olması ve erkek öğrenci sayısının az olması sebebi ile incelenen parametrelerin cinsiyetler arası karşılaştırmalarının yapılamamış olmasıdır. İkinci sınırlılık ise katılımcıların yapmış oldukları egzersiz ile ilgili detaylı bilginin (egzersizin tipi, nerede uygulandığı vb.) alınmamasıdır.

Sonuç

Sağlığın korunması ve geliştirilmesinde önemli bir rolü olan doğru sağlık davranışının kazanılmasında eğitim ve uygun ortam sunumu esastır. Egzersiz alışkanlığının yaygınlaştırılması hedeflenirken öğrencilerin egzersiz davranışlarının pozitif yönde değişim göstermesi açısından egzersizden keyif alabilecekleri ortam ve aktivitelerin göz önünde bulundurulması ile içsel düzenlemenin, egzersiz yapıldığında daha iyi hissetme ile ilgili farkındalık çalışmaları ile içe atımla düzenlemenin, egzersiz yapma gerekliliğinin anlatılması ile güdülenmenin, arkadaş ve aile çevresinin egzersiz düzeylerinin artırılması ile dışsal düzenleme boyutlarının iyileştirilebileceği düşünülmektedir.

Teşekkür

Yazarlar arasında çıkar çatışması yoktur. Çalışmada, finansal destek ve bağış kullanılmamıştır. Yazarlar istatistiksel analizinde

desteklerini esirgemeyen Yrd.Doç.Dr.Osman Demir'e teşekkür eder.

Kaynaklar

1. Biddle SJ. European perspectives on exercise and sport psychology. 1st ed. Champain: Human Kinetics; 1995. p.5-25.
2. Global recommendations on physical activity for health. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data 2009. (updated: 2009 October) Available from:http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44399/1/9789241599979_eng.pdf
3. Tümer A. Fiziksel aktiviteyi artırmada değişim aşaması temelli bireysel danışmanlık girişiminin etkililiği [Effectiveness of change-based personal counseling initiative in increasing physical activity] [Doktora Tezi]. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü [Institute of Medical Sciences, Ege University], İzmir, Türkiye; 2007.
4. Cindaş A. Yaşlılarda egzersiz uygulamasının genel ilkeleri [Principles of exercise training for the elderly]. Türk Geriatri Dergisi [Turkish Journal of Geriatrics]. 2001;4(2):77-84.
5. Kennedy MM, Newton M. Effect of exercise intensity on mood in step aerobics. J Sports Med Phys Fitness. 1997;37(3):200-204.
6. Kostak MA, Kurt S, Süt N, Akarsu Ö, Ergül GD. Hemşirelik ve sınıf öğretmenliği öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları [Healthy lifestyle behaviors of nursing and classroom teaching students]. TAF Preventive Medicine Bulletin. 2014;13(3):189-196.
7. Oral C, Aktop A. Üniversite öğrencilerinin egzersiz öz yeterlik düzeyleri ve egzersiz davranış değişim basamaklarının incelenmesi [Investigation of exercise self - efficacy and stage of exercise behavior change in university students]. IntJSCS; 2014;2:287-300.
8. Kamaşlı S, Karatay G, Terzioğlu F, Kublay G. Sigaranın ruh sağlığı üzerindeki etkileri [The effects of cigarette smoking on mental health]. 1.Baskı. Ankara: Klasmat Matbaacılık; 2008. p.7-8.
9. Tobacco free initiative (TFI) Health effects of smoking among young people WHO 2017. (updated; 2017) Available from: http://www.who.int/tobacco/research/youth/health_effects/en
10. Pıçakçıfe M, Keskinoğlu P, Bayar B, Bayar K. Muğla Sağlık Yüksekokulu öğrencilerinin

sigara içicilik sıklığı ve içiciliği arttıran nedenler [Smoking prevalence among Muğla School of Health Sciences students and causes of leading increasing in smoking]. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni [TAF Preventive Medicine Bulletin]. 2007;6(4):267-272.

11. Taş Ş. (çevirmen) Salgını durdurmak [Curbing the Epidemics]. İstanbul: Dünya Bankası Yönetimler ve Tütün Ekonomisi, Dünya Bankası Yayınları, Ofset Baskı, 2001.

12. Goldberg DP. Manual of the General Health Questionnaire. Slough: NFER-Nelson, 1978.

13. Kılıç C. Genel sağlık anketi: geçerlik ve güvenilirlik çalışması. [General health questionnaire: validity and reliability study]. Türk Psikiyatri Derg [Turkish Journal of Psychiatry]. 1996;7:3-11.

14. Heatherton TF, Kozlowski LT, Frecker RC, Fagerström KO. The fagerström test for nicotine dependence: a revision of the fagerström tolerance questionnaire. Br J Addict. 1991;86(9):1119-1127.

15. Uysal MA, Kadakal F, Karşıdağ C, Bayram NG, Uysal O, Yılmaz V. Fagerström test for nicotine dependence: reliability in a Turkish sample and factor analysis. Tuberk Toraks. 2004;52(2):115-121.

16. Markland D, Tobin V. A modification of the behavioral regulation in exercise questionnaire to include an assessment of amotivation. Journal of Sport and Exercise Psychology. 2004;26(2):191-196.

17. Ersöz G, Aşçı FH, Altıparmak E. Egzersizde davranışsal düzenlemeler ölçeği-2: geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. [Reliability and validity of behavioral regulations in exercise questionnaire-2]. Türkiye Klinikleri Spor Bilimleri Dergisi [Türkiye Klinikleri J Sports Sci]. 2012;4(1):22-31.

18. Aksakoğlu G. Sağlıkta araştırma ve çözümleme [Health research and analysis]. 1. Baskı. İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi Basımevi; 2006.

19. Dalkıran O, Aslan CS. Sporcu öğrenciler ile sedanter öğrencilerin sağlık-egzersiz/fiziksel aktivite bilinç düzeylerinin karşılaştırılması [Comparison of awareness levels of health-exercise and physical activity between athlete and non-athlete students]. UGEAD; 2015;1:34-41.

20. Oldridge NB: Compliance and exercise in primary and secondary prevention coronary heart disease: a review. Prev Med. 1982;11(1):56-70.

21. Cihangiroğlu Z, Deveci SE. Fırat Üniversitesi Elazığ Sağlık Yüksekokulu öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve etkileyen faktörler [Healthy life style behaviours and related influencing factors of the students of Elazığ High School of Health Sciences of Fırat University]. Fırat Tıp Dergisi [Firat Med J]. 2011;16(2):78-83.
22. Arslan SA, Daşkapan A, Çakır B. Üniversite öğrencilerinin beslenme ve fiziksel aktivite alışkanlıklarının belirlenmesi [Specification of nutritional and physical activity habits of university students]. TAF Preventive Medicine Bulletin. 2016;15(3):171-180.
23. Ertop NG, Yılmaz A, Erdem Y. Üniversite öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimleri [Healthy Lifestyle of University Students]. KÜ Tıp Fak Derg [The Journal of Kırıkkale University, Faculty of Medicine]. 2012;14(2):1-7.
24. Vallerand RJ, Fortier MS. Measures of intrinsic and extrinsic motivation in sport and physical activity: a review and critique. In: Duda J, eds. Advancements in sport and exercise psychology measurement. Morgantown. Fitness information technology, Inc., 1998. p.81-101.
25. Deci EL, Ryan RM. The “what” and “why” of goal pursuits: human needs and the self determination of behavior. Psychological Inquiry. 2000;11(4):227-268.
26. Gaston A, Jesus SD, Markland D, Prapavessis H. I sit because I have fun when I do so! Using self-determination theory to understand sedentary behavior motivation among university students and staff. Health Psychology and Behavioral Medicine. 2016;4(1):138-154.
27. Brunet J, Sabiston C.M. Exploring motivation for physical activity across the adult lifespan. Psychol Sport Exerc. 2011; 12(2):99-105.
28. Ağduman F. Üniversite öğrencilerinin boş zaman motivasyon ve tatminlerinin incelenmesi [Study on leisure motivations and satisfactions of university students]. Yüksek Lisans Tezi [Master Thesis]. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, [Institute of Medical Sciences, Atatürk University]. Erzurum, Türkiye, 2014.
29. Hagberg LA, Lindahl B, Nyberg L, Hellénus ML. Importance of enjoyment when promoting physical exercise. Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports. 2009;19(5):740-747.
30. Lewis BA, Williams DM, Frayeh A, Marcus BH. Self-efficacy versus perceived enjoyment as predictors of physical activity behavior. Psychology Health. 2016;31(4):456-469.
31. Stankov I, Olds T, Cargo M. Overweight and obese adolescents: what turns them off physical activity? International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity. 2012;9:1-15.
32. Cook B, Engel S, Crosby R, Hausenblas H, Wonderlich S, Mitchell J. Pathological motivations for exercise and eating disorder specific health-related quality of life. International Journal of Eating Disorders. 2014;47(3):268-272.
33. Garcia JM, Sirard JR, Deutsch NL, Weltman A. The influence of friends and psychosocial factors on physical activity and screen time behavior in adolescents: a mixed-methods analysis. Journal of Behavioral Medicine. 2016;39(4):610-623.
34. Quintiliani LM, Bishop HL, Greaney ML, Whiteley JA. Factors across home, work, and school domains influence nutrition and physical activity behaviors of nontraditional college students. Nutrition Research. 2012;32(10):757-763.
35. Harmon BE, Forthofer M, Bantum EO, Nigg CR. Perceived influence and college students’ diet and physical activity behaviors: an examination of ego-centric social networks. BMC Public Health. 2016;16(473):1-10.
36. Guedes DP, Legnani RFS, Legnani E. Exercise motives in a sample of Brazilian university students. Motriz Rio Claro. 2013;19(3):590-596.
37. Roberts S, Reeves M, Ryrie A. The influence of physical activity, sport and exercise motives among UK-based university students. Journal of Further and Higher Education. 2015;39(4):598-607.
38. Onurlubaş E, Yıldız E, Yıldız S. Üniversite öğrencilerinin sigara tüketimini etkileyen faktörler: Trakya Üniversitesi öğrencileri üzerine bir uygulama [Factors affecting cigarette consumption of university students: an application on Trakya University students]. The Journal of International Scientific Researches. 2017;2(4):83-92.
39. Türkiye İstatistik Kurumu. Konulara göre istatistikler. Sağlık ve sosyal koruma. Sağlık İstatistikleri. (Güncellenme tarihi 2016; Erişim tarihi 2 Ekim 2017) Erişim adresi:http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1095.

Çocuk Hemşiresi ve Öğrencilerinin Empatik Eğilimlerinin Aile Merkezli Yaklaşımına Etkisinin İncelenmesi

Examination of the effect of the Family-Centered Approach of the Empathic Trends of Children's Nurses and Students

Emriye Hilal YAYAN^a, Yeliz Suna DAĞ^a, Mehmet Emin DÜKEN^a

ÖZ Amaç: Araştırma çocuk hemşiresi ve hemşirelik öğrencilerinin empatik eğilimleri ile ebeveynlerin katılımları arasındaki ilişkinin incelenmesi amacıyla gerçekleştirilmiştir. **Gereç ve Yöntemler:** Kesitsel analitik tipte olan bu araştırma 2016-2017 eğitim öğretim yılı içerisinde yapılmıştır. Araştırma çocuk sağlığı ve hastalıkları hemşireliği dersi alan öğrenciler ve çocuk kliniklerinde çalışan hemşireler ile gerçekleştirilmiştir. Verilerin toplanmasında öğrenci bilgi formu, hemşire bilgi formu, Empatik Eğilim Ölçeği ve Ebeveyn Katılım Ölçeği kullanılmıştır. **Bulgular:** Hemşirelik öğrencilerinin ve hemşirelerin orta düzeyde empatik eğilime sahip oldukları, öğrencilerin empatik eğilimlerinin hemşirelerden daha yüksek olduğu, empatik eğilimin kız öğrencilerde daha yüksek olduğu bulunmuştur. Kronik bir hastalığa sahip olmayan ve uzun süre hastanede yatmayan öğrencilerin empatik eğilim puanlarının anlamlı düzeyde yüksek olduğu görülmüştür. Öğrencilerin hemşirelere göre ebeveyn katılımını daha fazla desteklediği ve hemşirelerden daha yüksek puan bildirdikleri saptanmıştır. Ebeveyn katılımı ile empatik eğilim arasında pozitif yönde zayıf ilişki bulunurken yaş ile ebeveyn katılımı arasında negatif yönde zayıf ilişki bulunmuştur. Hemşirelerin çalışma yılı ile empatik eğilim arasında negatif yönde zayıf ilişki tespit edilmiştir. **Sonuç:** Öğrencilerin empatik eğilim ve ebeveyn katılımı düzeylerinin hemşirelerden iyi olduğu, empatik eğilimin artıkça ebeveyn katılımını destekleme düzeyinin arttığı sonucuna varılmıştır.

Anahtar kelimeler: Hemşirelik öğrencisi, Çocuk hemşiresi, Empatik eğilim, Ebeveyn katılımı

ABSTRACT Objectives: The aim of the research was conducted to investigate the relationship between their parent's participation with empathic tendencies of pediatric nursing and nursing students. **Materials and Method:** This cross-sectional analytical type study was conducted during the academic year of 2016-2017. There search was carried out with nurses working in children's clinics and students taking courses in child health and diseases nursing. Student information form, nurse information form, empathic tendency scale and parental participation scale were used to collect the data. **Results:** It was found that nursing students and nurses had medium level of empathic tendency, students had higher empathic tendencies than nurses, and empathic tendency was higher in girl students. Students who did not have a chronic illness and who did not stay in the hospital for a long time were found to have significantly higher empathic tendency scores. Students reported more support for parental involvement and higher scores than nurses. There was a weak relationship between parental involvement and empathic tendency in the positive, while a weak relationship between age and parental involvement was found in the negative. A weak relationship was determined between nurses' working years and empathic tendencies on the negative side. **Conclusion:** The empathic tendency and parental involvement levels of the students were better than the nurses, as the empathic tendency increases, the level of support for parental involvement increases.

Keywords: Nursing student, Child nurse, Empathic tendency, Parental involvement

Giriş

Hastanede yatma, hem çocuk hem de aile için stres yaratan bir durumdur. Çocuğun hastaneye yatması ile güven verici ortamdan uzaklaşmaları, belirsiz ve tehlikelerle dolu yabancı bir ortama girmeleri, fiziksel yönden zarar görme, ağrılı girişimler, ameliyat, ölüm, ağrı ve kontrol kaybı gibi durumlar ve en önemlisi de ebeveynlerinden ayrılmaları

çocukların kaygı yaşamalarına neden olmaktadır (1). Yapılan çalışmalarda çocukların enerjilerinin büyük bir bölümünü anksiyeteleri ile baş etmek için harcadıkları ve iyileşme sürecinin olumsuz etkilendiği görülmüştür. Bu nedenle, pediatri alanında çocuk ve ebeveynlerin anksiyetesini azaltmak ve iyileşme sürecini hızlandırmak için

Geliş Tarihi/Received:11-09-2017/ Kabul Tarihi/Accepted:27-02-2018

^a İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği

Sorumlu yazar /Correspondence: Emriye Hilal YAYAN, İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği, e-mail: emriye.yayan@inonu.edu.tr

ebeveynlerin bakıma katılmaları önem taşımaktadır (2, 3).

Çocukların bakımında ebeveynlerin katılımı; hastalık ve hastaneye yatmanın yarattığı stres ve stresörlerle daha iyi baş etmesine, güvende hissetmesine, hastanede kalma süresini kısaltmasına, çocuk-aile ve sağlık ekibi üyeleri arasında sağlıklı bir iletişimin olmasına, daha az ağrı ve uyku problemlerinin yaşanmasına olanak sağlamaktadır (4, 5). Pediatri hemşireleri, çocuklar ve ailelerle en yakın ilişkide olan sağlık profesyonelleridir (6). Hemşirelerin; ebeveynlerin çocuğun bakımına katılmalarını desteklemek, çocuğa yapılan işlemler ve tedavi süreci hakkında bilgilendirerek anlamalarına yardım etmek, soru sormalarına izin vermek ve çocuğun tedavisi ile ilgili kararlarda görüşlerini almak gibi rolleri vardır (7). Ancak yapılan birçok çalışmada hemşirelerin ebeveyn ve çocuklarla ilişkilerinde yetersiz oldukları görülmüştür (7).

Sağlık personeli ebeveyn katılımı hakkında farklı görüşlere sahiptir. Bu görüşler hemşirelerin eğitiminden, çalışma yılından, evli olmasından, çocuk sahibi olmasına kadar birçok faktörden etkilenmektedir (1, 8). Ebeveyn katılımını savunan hemşireler çocuk bakımında aile katılımının önemli olduğunu ve ailelerle iletişim halinde olmaları gerektiğini savunmaktadırlar. Çocuk hemşireleri çocukların sadece tıbbi bakımlarını değil onlara umut verici empatik ilişkilerde kurmaları gerektiğine inandıklarından dolayı aile ile etkileşim içinde olunması gerektiğini düşünmektedirler (9). Diğer bir görüş ise sağlık personelinin ebeveyn katılımını yeteri kadar desteklemediğidir (10). Hasta bakımının karmaşık görevler içerdiğine inandıkları için ebeveyn katılımını daha az desteklemektedirler. Ebeveynlerin yapabilecekleri aktivitelerin genellikle sağlık personeli tarafından yürütülmesi gerektiğine inanmaktadırlar (11). Yapılan bir çalışmada, ebeveynlerin çocuklarının bakımında hemşireler tarafından desteklenmedikleri, çocuğun bakımı konusunda danışmanlık almadıkları ve annelerin verdikleri bakımın denetlenmediği belirlenmiştir (12). Yapılan birçok benzer çalışmalarda; hemşirelerin çoğunun hastanede ebeveynlerin varlığının ve çocuk için önemini kavradıklarını gösteren bulgular olsa da onların büyük çoğunluğu ebeveynlerin ağırlı işlemler sırasında çocuklarıyla birlikte olmaması gerektiğini ifade etmişlerdir (1,11,13). Hemşireler ailelerin medikasyonu yönetme-

diklerini, prosedürleri açıklayamadıklarını, prosedürde yer alan kısıtlamaları yerine getiremediklerini, işlemler esnasında eşlik edemediklerini düşündüklerinden aile katılımını istememektedirler (8). Hemşirelerin aile katılımı ile ilgili görüşleri önemlidir çünkü aile katılımı önemli derecede hemşireler tarafından desteklenmesine ve cesaretlendirmesine bağlıdır (14).

Ebeveyn sağlık çalışanlarının ilişkisinde geleneksel olarak sağlık çalışanları daha çok rol almaktadır. Çocuk-aile ve hemşire arasındaki iş birliği ve bilgi paylaşımı empatik bir ilişki kurulması sonucunda oluşur (6). Hemşirenin hastanın içinde bulunduğu durumu, duygu ve düşüncelerini anlamaya çalışması, bu süreç sırasında algıladıklarını hastasına iletmesi empatik ilişkilerin kurulmasında önemlidir (15,16). Hemşireler hastalara empatik bir tutumla yaklaştıklarında onların gereksinimlerini daha doğru saptayabilir, daha iyi anlayabilir ve uyguladığı hemşirelik girişimlerinden olumlu sonuçlar elde edebilirler (17). Çünkü hemşire tarafından anlaşıldığını hisseden birey önemsendiğini, ona güvenildiğini ve değer verildiğini düşünür ve hemşirelik girişimlerini kabul ederek kendi bakımına katılır (18,19). Bu durumda hemşirenin bireye ulaşması kolaylaşır, dolayısıyla bireyselleşmiş bakım ve olumlu tedavi edici ortam sağlanmış olur (19-22). Hemşirelik öğrencileri örgün eğitimleri sırasında empatik yaklaşıma yönelik dersler almakta ve uygulamaları sırasında kullanmaları için teşvik edilmektedir. Çocuk sağlığı ve hastalıkları dersi empatik becerilerin kullanılması gereken bir derstir. Derste verilen eğitimin klinik rol modelleri ise hemşirelerdir. Öğrenciler beraber çalıştıkları hemşireleri yakından gözlemlemektedir. Hemşire, hasta iletişimde hemşirenin empatik beceriye sahip olması becerilerini istenilen düzeyde geliştirmiş olması önemlidir ve sağlık hizmetinin kalitesini arttıracaktır. Empatik eğilimi her ne kadar bir kişilik özelliği olsa da empatik beceri, mesleki eğitim sırasında kazandırılabilir ve mesleki uygulamaları ile de geliştirilebilir (23). Bu araştırma; pediatri kliniklerinde hemşire ve öğrencilerin empatik eğiliminin ebeveyn katılımı tutumuna etkisinin karşılaştırılması amacıyla yapılmıştır.

Gereç ve Yöntem

Araştırma kesitsel tipte analitik bir araştırmadır. Araştırma 2016-2017 eğitim öğretim yılında Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği dersi alan

öğrenciler (N:197) ile uygulamaların yapıldığı pediatri kliniklerinin hemşireleri (n=165) araştırmanın evrenini oluşturmaktadır. Çalışmada örneklem seçimine gidilmemiş araştırmaya katılmayı kabul eden öğrenci (n=187) ve hemşireler (n=146) olmak üzere toplam 333 kişi araştırmaya dâhil edilmiştir.

Veri toplama Araçları

Araştırmaya katılan öğrencilere tanıtıcı bilgilerini ölçen 15 sorudan oluşan Öğrenci Bilgi Formu ile hemşirelere 16 sorudan oluşan Hemşire Bilgi Formu ile Empatik Eğilim Ölçeği ve Ebeveyn Katılımı Tutum Ölçeği kullanılmıştır.

Öğrenci ve Hemşire Bilgi Formu: Araştırmaya katılan öğrenci ve hemşirelerin yaş, cinsiyet eğitim durumu gibi demografik özellikleri ile çocukluk döneminde ve şimdi kronik bir hastalığının olup olmaması, invazif girişimler sırasında anne veya babanın katılımını destekleme durumunu içeren sorulardan oluşmaktadır.

Empatik Eğilim Ölçeği (EEÖ): Dökmen (1988) tarafından kişilerin başka bireylerle empati kurabilme potansiyellerini değerlendirmek amacıyla geliştirilmiş likert tipi bir ölçektir. EEÖ, empatinin duygusal bileşenini ölçmektedir. Empatik Eğilim Ölçeği 20 ifadeden oluşmakta ve her bir ifadeye 1'den 5'e kadar puan verilmektedir. Ölçekteki 3, 6, 7, 8, 11, 12, 13 ve 15. ifadeler olumsuz eğilimi, diğer ifadeler ise olumlu eğilimi ifade edecek şekilde hazırlanmıştır. Ölçekteki ifadelerden olumlu olan ifadeler doğrudan, olumsuz olanlar tersinden puanlanmaktadır. Ölçekten alınacak minimum puan 20, maksimum puan ise 100 olup, puanın yüksek olması, empatik eğilimin yüksek olduğunu; düşük olması empatik eğilimin düşük olduğunu göstermektedir. Ölçek yüksek bir iç tutarlık ile Cronbach Alfa 0.82 olarak bildirilmiş bizim araştırmamızda ise Cronbach Alfa 0.86 olarak bulunmuştur (24).

Ebeveyn Katılım Ölçeği (EKÖ): Ölçek 1967 yılında Seidl ve Pillitteri tarafından geliştirilmiştir. 24 maddeden oluşan beşli likert tipindeki ölçek hemşirelerin çocuğun bakımında ebeveyn

katılımına karşı tutumunu ölçmektedir. Ölçekten en düşük 24, en yüksek 120 puan alınmakta ve ölçek puanı yükseldikçe hemşire ebeveyn katılımına karşı destekleyici bir tutum göstermektedir. Ölçek Yıldırım (2008) tarafından Türkçeye uyarlanmış ve Cronbach Alfa 0.67 olarak belirlenmiştir (25). Araştırmamız da Cronbach Alfa 0.78 olarak bulunmuştur.

Verilerin Analizi

Araştırmada elde edilen verilerin analizinde SPSS 22 versiyonu kullanılmıştır. Normal dağılım açısından veriler incelenmiş, normal dağılım gösteren verilerin analizinde parametrik testlerden bağımsız gruplarda t testi, varyans analizi (ANOVA), eşleştirilmiş t testi, normal dağılım göstermeyen verilerde Mann-Whitney U testi kullanılmış, anlamlılık 0.05 düzeyinde değerlendirilmiştir.

Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın Üniversite hastanesinde yürütülebilmesi için hastaneden klinik uygulama izni alınmıştır. İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu tarafından etik açıdan incelen çalışmanın etik izni alınmıştır (Karar no 2017/10-3). Araştırmaya katılan öğrenci ve hemşirelere araştırma ile ilgili bilgiler verilerek gönüllü olan katılımcılardan Bilgilendirilmiş onam alınmıştır.

Bulgular

Çocuk sağlığı ve hastalıkları hemşireliği dersi almış araştırmaya katılan hemşirelik bölümü öğrencilerinin yaş ortalaması $21 \pm 1,53$ 'tür ve %64,2'si kadındır. Çocuk kliniklerinde çalışan hemşirelerin yaşının ortalaması 31.95 ± 6.87 , meslekte çalışma süresinin ortalaması 9.06 ± 6.69 olduğu görülmektedir. Çalışmaya katılan hemşirelerin %95.2'si lisans mezunu ve %93.8'i klinik hemşiresi olarak çalışmakta iken ve %76'sının çocuk sahibi olduğu ve %6.8'inin ise çocuklarının bir kronik hastalığa sahip olduğu belirlenmiştir (Tablo 1).

Tablo 1. Öğrenci ve Hemşirelerin Bazı Sosyo -demografik Özelliklerine Göre Dağılımları

		Öğrenci		Hemşire	
		Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Cinsiyet	Kadın	120	64,2	125	85.6
	Erkek	67	35,8	21	14.4
Annenin sağ olma durumu	Evet	184	98,4	138	94.5
	Hayır	3	1,6	8	5.5
Babanın sağ olma durumu	Evet	173	92,5	137	93.8
	Hayır	14	7,5	9	6.2
Kronik bir hastalığa sahip olma durumu	Evet	15	8,0	15	10.3
	Hayır	172	92,0	131	86.7
Uzun süre hastanede yatma durumu	Evet	12	6,4	11	7.5
	Hayır	175	93,6	135	92.5
Çocukluk döneminde hastanede yatma durumu	Evet	60	32,1	18	12.3
	Hayır	127	67,9	128	87.7
İnvazif işlemler sırasında annenin çocuğunun yanında olma durumu	Evet	141	75,4	43	29.5
	Hayır	46	24,6	103	70.5
İnvazif işlemler sırasında babanın çocuğunun yanında olma durumu	Evet	108	57,8	18	12.3
	Hayır	79	42,2	128	87.7

Hemşirelik öğrencilerinin ebeveyn katılım tutum ölçeği toplam puan ortalaması $77,55 \pm 10,55$ 'tir. Araştırmada hemşirelik kız öğrencilerinin ($79,05 \pm 9,84$) erkek öğrencilere ($75,03 \pm 11,35$) göre ebeveyn katılım tutum ölçeği toplam puan ortalamalarının daha yüksek olduğu ve aralarında anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p < 0.05$). Hemşirelik öğrencilerinin ebeveyn katılım tutum ölçeği toplam puan ortalamaları ile çocukluk döneminde hastaneye yatma, invazif işlemler sırasında annenin çocuğun yanında olması, invazif işlemler sırasında babanın çocuğun yanında olması, kronik bir hastalığa sahip olma ve uzun süre hastaneye yatma arasında anlamlı fark olmadığı belirlenmiştir ($p > 0.05$). Çocuk kliniğinde çalışan hemşirelerin ebeveyn katılım tutum ölçeği toplam puan ortalamalarının 68.31 ± 11.59 olduğu bulunmuştur (Tablo 3). İnvazif işlem sırasında annenin çocuğun yanında olmasına olumlu bakan hemşirelerin ebeveyn katılım puan ortalamaları

anlamlı şekilde yüksektir ($p < 0.05$) (Tablo 2).

Araştırmaya katılan öğrenciler ile hemşirelerin ebeveyn katılımı puan ortalamaları karşılaştırıldığında öğrencilerin puan ortalamalarının daha yüksek olduğu ve bu durumda gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu saptanmıştır (Tablo 3).

Öğrencilerin empatik eğilim ölçeği toplam puan ortalaması 68.44 ± 9.23 'tür. Hemşirelik öğrencilerinin; cinsiyet, kronik bir hastalığa sahip olma, uzun süre hastanede yatmaya göre empatik eğilim ölçeği toplam puan ortalamaları arasında fark olduğu saptanmıştır. Hemşirelik öğrencilerinin çocukluk döneminde hastaneye yatma durumları ile empatik eğilim ölçeği puan ortalamaları arasında fark bulunmadığı tespit edilmiştir. İnvazif işlemler sırasında anne veya babanın çocuğun yanında olması ile öğrencilerin empatik eğilimleri arasında anlamlı fark olmadığı belirlenmiştir. Araştırmaya katılan hemşirelerin empatik eğilim

Tablo 2. Öğrenci ve Hemşirelerin Bazı Sosyo Demografik Özellikleri ile EKTÖ ve EEÖ Puanlarının Karşılaştırılması

	Öğrenci EKTÖ	EEÖ	Hemşire EKTÖ	EEÖ
Cinsiyet				
Kadın	79,05±9,84	69,93±8,64	66.26±10.44	61.76±8.04
Erkek	75,03±11,35	65,77±9,73	65.52±10.76	60.23±9.62
Test ve p değeri	t=2.533 p=0.012	t=3.014 p=0.003	U:958.50 p:0.457	U:1155.00 p:0.663
Çocukluk döneminde hastanede yatma durumu				
Evet	77,55±9,57	67,11±9,52	69.83±12.95	63.05±8.41
Hayır	77,64±11,03	69,07±9,07	68.10±11.43	64.28±10.32
Test ve p değeri	t= -0.053 p=0.958	t=-1.353 p=0.178	U:1058.50 p:0.577	U:1055.00 p:0.563
İnvazif işlemler sırasında annenin çocuğunun yanında olma durumu				
Evet	77.75±10.21	68.52±9.04	72.09±11.33	64.88±10.86
Hayır	77.17±11.66	68.19±9.91	66.73±11.38	63.82±9.78
Test ve p değeri	T=0.322 P=0.748	T=0.209 P=0.834	U:1580.00 p:0.006	U:2126.00 p:0.704
İnvazif işlemler sırasında babanın çocuğunun yanında olma durumu				
Evet	78.01±10.21	69.00±8.86	63.00±13.20	62.22±7.95
Hayır	77.06±11.05	67.67±9.73	69.06±11.22	64.40±10.34
Test ve p değeri	t= 0.604 p=0.547	t= 0.978 p=0.329	U:877.50 p:0.102	U:1028.00 p:0.460
Kronik bir hastalığa sahip olma durumu				
Evet	73.67±13.88	61.66±8.87	73.33±9.17	62.46±4.08
Hayır	77.95±10.19	69.03±9.05	67.74±11.73	64.32±10.55
Test ve p değeri	U=1142.50* p=0.463	U=714.00* p=0.004	U:701.00 p:0.069	U:859.50 p:0.427
Uzun Süre Hastanede yatma durumu				
Evet	77.58±14.14	61.66±8.81	71.36±14.94	64.00±8.63
Hayır	77.61±10.32	68.90±9.10	68.06±11.31	64.14±10.22
Test ve p değeri	U=997.00* p=0.770	U= 600.00* p=0.013	U:625.50 p:0.385	U:701.00 p:0.758

Tablo 3. Öğrenci ve Hemşirelerin EKTÖ ve EEÖ Puanlarının Karşılaştırılması

	EKTÖ	EEÖ
Öğrenci	77.55±10.55	68.44±9.23
Hemşire	68.31±11.59	64.13±10.08
Test değeri	7.633	4.054
p değeri	0.000	0.000

puan ortalamaları 64.13±10.08 olarak bildirmişlerdir. Erkek hemşirelerin empatik eğilim puan ortalamalarının (60.23±9.62) kadınların puan ortalamalarına (61.76±8.04) benzer olduğu bulunmuştur. (Tablo 2).

Öğrenciler ile hemşirelerin empatik eğilim puan ortalamaları karşılaştırıldığında öğrencilerin empatik eğilim puan ortalamalarının daha yüksek olduğu ve aralarındaki farkın önemli olduğu bulun-

Tablo 4. EKTÖ ve EEÖ Puanları İle Yaş ve Hemşirelerin Çalışma Yılı Arasındaki İlişki

	Ort-SD	Empatik	Yaş	Hemşire çalışma yılı
EKTÖ	73.53±11.93	r=.374** p<0.01	r=-.321** p<0.01	r=-0.010 p=0.905
EEÖ	66.55±9.84		r=-.340* p=0.024	r=-0.322** p<0.01

muştur ($p<0.05$) (Tablo 3). Empatik eğilim ile ebeveyn katılımı puanı arasında pozitif yönde fakat zayıf bir ilişki olduğu, araştırmaya katılan öğrenci ve hemşirelerin yaşları ile ebeveyn katılımı arasında negatif yönde zayıf ilişki ($r=-.321$) olduğu ve hemşirelerin çalışma yılı ile empatik eğilim puanı arasında yine negatif yönde zayıf ilişki ($r=-.321$) olduğu saptanmıştır (Tablo 4).

Tartışma

Hemşirelikte çeşitli şekillerde tanımlanan çok boyutlu bir kavram olan empati, hemşireler tarafından kabul gören ancak az uygulanan bir yöntemdir (16,26-28). Çocuk sağlığı ve hastalıkları dersi almış olan hemşirelik öğrencilerin de orta düzeyde empatik eğilim puanı olduğu belirlenmiştir. Hemşirelik öğrencileri ile yapılan benzer çalışmalarda hemşirelik öğrencilerin empatik eğilimlerinin orta düzeyde olduğu görülmektedir (15,23,29-33). Literatürde bazı çalışmalarda empatik eğilim puanlarının daha yüksek görülmesine rağmen yine orta düzeyde tanımlanabilecek puanlardır (29, 34). Araştırmamızda çocuk kliniklerinde çalışan hemşirelerin empatik eğilim puanlarının orta düzeyde olduğu tespit edilmiştir. Hemşireler ile ilgili empati çalışmalarında hemşirelerin empatik eğilim puanlarının çalışmamız ile benzer şekilde orta düzeyde olduğu görülmektedir (35). Polat ve arkadaşları (2013) çocuk yoğun bakımlarda yaptığı çalışmada hemşirelerin empatik eğilimlerini orta düzeyin üzerinde olduğu (77.43 ± 4.55) bildirmiştir (37). Bu çalışmamızdan oldukça yüksek olan bu puan durumunun çalışmanın sadece çocuk yoğun bakım ortamında olmasından kaynaklanabileceği düşünülebilir. Araştırmada çocuk kliniğinde çalışan hemşireler ile öğrencilerin empatik eğilim puanları karşılaştırılmış ve öğrencilerin puan ortalamalarının istatistiksel olarak önemli düzeyde yüksek olduğu belirlenmiştir. Literatürde konuyla ilgili pek araştırma bulunmamakla birlikte Ferri ve

ark 2015 yaptığı araştırmada hemşireler ile hemşirelik öğrencilerinin empati düzeylerini karşılaştırmış ve öğrencilerin empati düzeyleri daha yüksek bulunmuştur. Bu durum araştırmamızı destekler niteliktedir. Farklı değerlendirme araçlarıyla yapılan araştırmalar ile elde edilen sonuçları karşılaştırmak zor olsa da hem öğrencileri hem de hemşirelerin dünya genelinde olduğu gibi orta düzeyde empatiye sahip oldukları görülmektedir (30, 36-39). Hemşirelik uygulamalarında empatiyi kullanmak hastaların klinik ve sağlık çıktılarını pozitif yönde etkilemektedir. Yüksek empati düzeyi anksiyete, stres ve depresyonda ölçülebilir düzeyde azalma sağlayabilmektedir (27). Bu nedenle hemşirelik öğrencilerinin empatik eğilimlerinin artırılmasına eğitim dönemlerinde başlaması oldukça önemli olabilir. Ancak çalışma hayatında hemşirelerin daha fazla desteklenmesi gerektiğinin önemli olduğu da görülmektedir. Ebeveyn katılımı yönünden incelendiğinde öğrencilerin ebeveyn katılımını daha fazla destekledikleri görülmüştür. Pediatri hemşireleri aile merkezli bakımın gerekliliğini kabul etmekte ancak uygulamaya aktarmada yetersizlikler yaşanmaktadır (1,11,30,40-42). Hemşirelik öğrencilerine yaptıkları uygulamalarda öğretim elemanları tarafından aile merkezli bakım için uygun ortam hazırlamakta ve yönlendirilmektedirler. Bu nedenle öğrenci puanlarının daha yüksek olabileceği düşünülmektedir ve bu durum literatür ile benzerlik göstermektedir (38,45,46)

Kız öğrencilerin empatik eğilim puan ortalamaları erkeklere göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Ancak diğer taraftan çocuk kliniklerinin de çalışan hemşireler arasında cinsiyet yönünde fark bulunmamıştır. Yapılan bir çok araştırmada cinsiyetler arasında farkın olduğu ve kızların daha yüksek empati puanı gözlenirken bu durum ülkemizde ve diğer ülkelerdeki durumlarla benzerdir (17,34,47). Bu sonuçlar kadınların empatiye daha yatkın olmaları, başkalarının duygu-

larına daha fazla önemsemeleri ile açıklanabilir (36, 43). Kronik bir hastalığa sahip olmayan ve uzun süre hastanede yatmayan öğrencilerin empatik eğilimleri yüksek oluşu araştırmanın ilginç sonuçlarından biridir. Beklendik olan deneyimi olan bireyin daha empatik davranması iken bizim araştırmamızda öğrenciler farklı bir sonuç elde edilmiştir. Ancak kronik sorunu olan ve uzun süre hastanede yatan öğrenci sayısının azlığı nedeniyle bu sonucun farklı çalışmalar ile incelenmesi gerekmektedir.

Pediatric hemşirelerinin genel olarak anne ve babaların ağırlı işlemlere katılmasını istemedikleri görülmektedir (1,40,41). Araştırmamızda hemşirelerin çok azı invazif işlemlere anne veya babanın katılımını isterken hemşirelik öğrencilerinin çoğunluğu işleme anne veya babanın katılımını desteklemektedir. İnvazif işlem sırasında ebeveynlerin çocukların yanında bulunup bulunması durumu öğrencilerin ve hemşirelerin empatik eğilim düzeylerini etkilemediği ancak hemşirelerin ebeveyn katılımı düzeyini etkilediği görülmüştür. Hemşireler bazı rollerini aileler ile paylaşmak istemediği ve bunun nedeni olarak da ailenin bu rolleri yapamayacağı, yapmasının zaman alacağı veya hemşirenin profesyonel rolü olarak görmesinden kaynaklanmaktadır (1,41,44). Empatik eğilim ile ebeveyn katılımı arasında zayıf bir ilişki bulunsa da pozitif yöndedir. Bireylerin empatik eğilimi yükseldikçe yardımseverlik davranışı artmaktadır (15) daha empatik hemşirelerin daha fazla aile merkezli bakım davranışı göstermeleri beklenir. Hemşirelerin çalışma yılı ve yaşı arttıkça empatik eğilimleri azalmakta ebeveyn katılımını destekleme oranları düşmektedir. Hemşireler yıllar içerisinde iş odaklı davranış göstermeye başlıyor olabilirler.

Sonuç

Araştırma sonucunda çocuk kliniklerinde çalışan hemşirelerin ve öğrenim gören hemşirelik öğrencilerinin orta düzeyde empatik eğilim göstermeleri ve hemşirelerin ebeveyn katılımını daha az desteklemeleri nedeniyle, hemşirelerin hizmet içi eğitimleri kapsamında öğrencilerin ise öğrenim hayatlarında empati düzeylerini arttıracak eğitim programlarının yapılması önerilmektedir. Ayrıca hemşirelik eğitimi ve mesleki yaşamlarında kullanılmak üzere empatik eğilimi ve aile merkezli bakımı etkileyen daha kapsamlı nitel ve nicel

araştırmaların yapılması daha yararlı sonuçlar sağlayabilir.

Kaynaklar

1. Boztepe H. Pediatric hemşirelerinin ağırlı işlemler sırasında ebeveynlerin bulunması hakkında görüşleri. [Pediatric nurse views regarding parental presence during a child's painful procedures]. Ağrı [on line]. 2012;171-179.
2. Newton MS. Family-centered care: Current realities in parent participation. Pediatric Nursing. 2000;26(2):164.
3. Öztürk C, Ayar D. Pediatric hemşireliğinde aile merkezli bakım. [The Practice Of Art in Pediatric Nursing]. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi. 2014;7(4).
4. Balling K, McCubbin M. Hospitalized children with chronic illness: Parental caregiving needs and valuing parental expertise. Journal of Pediatric Nursing. 2001;16(2):110-119.
5. Broome ME. Helping parents support their child in pain. Pediatric nursing. 2000;26(3):315.
6. Dur Ş, Gözen D, Bilgin M. Devlet ve özel hastanedeki hemşirelerin aile merkezli bakıma ilişkin tutum ve davranışları.[Attitudes and Behavior of Nurses in State and Private Hospitals with Respect to Family-Centered Care]. Journal of Current Pediatrics/Guncel Pediatri. 2016;14(1).
7. Corlett J, Twycross A. Negotiation of parental roles within family-centred care: a review of the research. Journal of Clinical Nursing. 2006;15(10):1308-1316.
8. Daneman S, Macaluso J, Guzzetta CE. Healthcare providers' attitudes toward parent participation in the care of the hospitalized child. Journal for Specialists in Pediatric Nursing. 2003;8(3):90-98.
9. Espezel HJ, Canam CJ. Parent-nurse interactions: care of hospitalized children. Journal of advanced nursing. 2003;44(1):34-41.
10. Shields L, Kristensson-Hallström I, O'Callaghan M. An examination of the needs of parents of hospitalized children: comparing parents' and staff's perceptions. Scandinavian Journal of Caring Sciences. 2003;17(2):176-184.
11. Coyne I. Disruption of parent participation: Nurses' strategies to manage parents on

- children's wards. *Journal of Clinical Nursing*. 2008;17(23):3150-3158.
12. Ygge BM. Nurses' perceptions of parental involvement in hospital care. *Paediatric nursing*. 2007;19(5):38-40.
 13. Axelin A, Anderzén-Carlsson A, Eriksson M, Pölkki T, Korhonen A, Franck LS. Neonatal intensive care nurses' perceptions of parental participation in infant pain management: A Comparative Focus Group Study. *The Journal of perinatal & neonatal nursing*. 2015;29(4):363-374.
 14. de Lima RAG, Rocha SMM, Scochi CGS, Callery P. Involvement and fragmentation: a study of parental care of hospitalized children in Brazil. *Pediatric Nursing*. 2001;27(6):559.
 15. Ellison S. Nurses' attitudes toward family presence during resuscitative efforts and invasive procedures. *Journal of Emergency Nursing*. 2003;29(6):515-521.
 16. Simons J, Franck L, Roberson E. Parent involvement in children's pain care: views of parents and nurses. *Journal of Advanced Nursing*. 2001;36(4):591-599.
 17. Arpacı P, Özmen D. Hemşirelik öğrencilerinin özgecilm ve empatik eğilim düzeyleri ve aralarındaki ilişki.[Levels of nursing students and the relationship between altruism and empathic tendencies]. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*. 2014;11(3):51-57.
 18. Williams J, Stickley T. Empathy and nurse education. *Nurse education today*. 2010;30(8):752-755.
 19. Dizer B, İyigün E. Yoğun bakım hemşirelerinde empatik eğilim düzeyleri ve etkileyen faktörler.[The empathic tendency in the critical care nurses and the factors affecting]. *Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences*. 2009;12(1).
 20. Ançel G. Developing empathy in nurses: An inservice training program. *Archives of Psychiatric Nursing*. 2006;20(6):249-257.
 21. Reynolds WJ, Scott B. Do nurses and other professional helpers normally display much empathy? *Journal of advanced nursing*. 2000;31(1):226-234.
 22. Mete S, Gerçek E. PDÖ yöntemiyle eğitim gören hemşirelik öğrencilerinin empatik eğilim ve becerilerinin incelenmesi.[The examination of empathic tendency and skills on nursing students who are educated with pbl method]. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 2005;9(2):11-17.
 23. Reynolds W, Scott PA, Austin W. Nursing, empathy and perception of the moral. *Journal of Advanced Nursing*. 2000;32(1):235-242.
 24. Wilkinson S, Linsell L, Perry R, Blanchard K. Communication skills training for nurses working with patients with heart disease. *British Journal of Cardiac Nursing*. 2008;3(10).
 25. Öz F. Son sınıf hemşirelik öğrencilerinin empatik eğilimleri, empatik becerileri ile akademik başarıları arasındaki ilişki. [The relations between empathic tendency, empathic skills and academic performance of senior students of nursing]. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 1998;2(2):32-38.
 26. Özdemir NG. Hemşirelerin empatik eğilim ve empatik becerileri ile bireyselleştirilmiş bakım algıları arasındaki ilişki.[The relationship between empathic tendencies and empathic skills and individualised care perceptions of nurses]. İstanbul: Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul Üniversitesi; 2015.
 27. Yıldırım SÖ. Ebeveyn katılımı tutum ölçeği'nin Türkiye'deki geçerlik güvenirlik çalışması. [A validity and reliability study of parent participation attitude scale in Turkey]. İzmir: Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Dokuz Eylül Üniversitesi; 2008.
 28. Maruca AT, Díaz DA, Kuhnly JE, Jeffries PR. Enhancing empathy in nursing students: An Experiential Ostomate Simulation. *Nursing education perspectives*. 2015;36(6):367-371.
 29. Montanari P, Petrucci C, Russo S, Murray I, Dimonte V, Lancia L. Psychometric properties of the jefferson scale of empathy-health professional student's version: An Italian validation study with nursing students. *Nursing & health sciences*. 2015;17(4):483-491.
 30. Pedersen R. Empirical research on empathy in medicine—A critical review. *Patient education and counseling*. 2009;76(3):307-322.
 31. Akıncı Çil A, Akgün G. Kırklareli üniversitesi sağlık yüksekokulu hemşirelik öğrencilerinin empatik eğilim ve becerileri. [The empathic tendencies and skills of nursing students in Kırklareli University health school]. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*. 2011;6(17):53-65.
 32. Bidone S, Beneventi M, Larghero E, Di Pietrantonio C. La tendenza empatica negli

- studenti del corso di laurea in infermieristica: risultati di uno studio osservazionale. Riv Inf. 2014;51:e8-e13.
33. Tutuk A, Al D, Doğan S. Hemşirelik öğrencilerinin iletişim becerisi ve empati düzeylerinin belirlenmesi.[Changes in students' perceptions of nursing profession during nursing education: the role of introduction to nursing courses on this change]. CÜ Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi. 2002;6(2):36-41.
 34. Yiğitbaş Ç, Deveci SE, Açık Y, Ozan AT, Oğuzöncül AF. Sağlık eğitimi alan bir grup öğrencinin empatik eğilim ve becerisi [The empathic tendency and empathic skills of a group of students receiving health education]. SDÜ Sağlık Bilimleri Dergisi. 2013;4(1):7-13.
 35. Arifoğlu B, Sala Razi G. Birinci sınıf hemşirelik öğrencilerinin empati ve iletişim becerileriyle iletişim yönetimi dersi akademik başarı puanı arasındaki ilişki. [Management Course Academic Achievement Averages of First Class Nursing Students]. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu E Dergisi. 2011;4(1):7-11.
 36. Tuñç P, Gitmez A, Krespi Boothby MR. Yoğun bakım ve yataklı servis hemşirelerinde duygusal emek stratejilerinin empatik eğilim açısından incelenmesi. [An investigation of emotional labor strategies on the basis of empathy among nurses working at intensive care and inpatient units]. Anadolu Psikiyatri Derg 2014; 15:45-54
 37. Polat S, Küçük Alemdar D, Gürol A. Paediatric nurses' experience with death: the effect of empathic tendency on their anxiety levels. International journal of nursing practice. 2013;19(1):8-13.
 38. Cunico L, Sartori R, Marognoli O, Meneghini AM. Developing empathy in nursing students: a cohort longitudinal study. Journal of Clinical Nursing. 2012;21(13-14):2016-2025.
 39. McKenna L, Boyle M, Brown T, et al. Levels of empathy in undergraduate nursing students. International Journal of Nursing Practice. 2012;18(3):246-251.
 40. Nunes P, Williams S, Sa B, Stevenson K. A study of empathy decline in students from five health disciplines during their first year of training. International Journal of Medical Education. 2011;2:12.
 41. Ouzouni C, Nakakis K. An exploratory study of student nurses' empathy. Health Science Journal. 2012;6(3).
 42. Aykanat B, Gözen D. Çocuk sağlığı hemşireliğinde aile merkezli bakım yaklaşımı. [Family centered care approach in child health nursing].Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2014;3(1).
 43. Boztepe H, Çavuşoğlu H. Bir üniversite hastanesindeki uygulamaların aile merkezli bakım yönünden incelenmesi.[Examination of a Family Centered Care Practice at the Children's Units of a University Hospital].Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi. 2009;16(1):011-024.
 44. Tosun A, Tüfekci FG. Çocuk kliniklerinde aile merkezli bakım uygulamalarının incelenmesi. [The Examination of Family Centered Care Practices in Pediatric Clinics]. Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences. 2015;18(2).
 45. Kaya A, Güven ŞT. Nursing students' level of knowledge on family centered care. International Journal on New Trends in Education & their Implications (IJONTE). 2016;7(4).
 46. Mikkonen K, Kyngäs H, Kääriäinen M. Nursing students' experiences of the empathy of their teachers: a qualitative study. Advances in Health Sciences Education. 2015;20(3):669-682.
 47. Ferri P, Guerra E, Marcheselli L, Cunico L, Di Lorenzo R. Empathy and burnout: an analytic cross-sectional study among nurses and nursing students. Acta Bio Medica Atenei Parmensis. 2015;86(2Supp):104-115.
 48. Cruickshank M, Wainohu D, Stevens H, Winskill R, Paliadelis P. Implementing family-centred care: an exploration of the beliefs and practices of paediatric nurses. Australian Journal of Advanced Nursing, The. 2005;23(1):31.

Sağlıkta Kalite Bilgi ve Deneyim Düzeyinin Değerlendirilmesi: Türkiye ve Suudi Arabistan Hastaneleri Kalite Çalışanları Arasında Karşılaştırma

Evaluating Healthcare Quality Knowledge and Experience Level: a Comparison Between Turkey and Saudi Arabia Hospitals' Quality Unit Professionals

Mustafa Said YILDIZ^a

ÖZ Amaç: Türkiye ve Suudi Arabistan hastaneleri kalite profesyonellerinin kalite iyileştirme bilgi ve deneyim düzeylerini değerlendirmek ve karşılaştırmaktır. Gereç ve Yöntem: İlk olarak, gerçekleştirilen anketin değerlendirilmesiyle iki ülke çalışanları arasında belirlenen iki faktörde (Kalite Eğitim ve Deneyimi, Altı Sigma Eğitim ve Deneyimi) karşılaştırılma yapıldı. Gerçekleştirilen ANOVA analizinde iki ülke kalite çalışanları Altı Sigma bilgi ve deneyimi faktörü ortalamaları arasında anlamlı farklılık görülmesi nedeniyle; Altı Sigma bilgi ve deneyimi faktörü için iki ülke sağlık çalışanlarının yaşları ve sağlıkta kalite alanında çalışma süreleri bakımından değerlendirme yapıldı.

Bulgular ve Sonuç: Suudi Arabistan çalışanlarının yaşları ve sağlıkta kalite alanında çalışma süreleri arttıkça Altı Sigma eğitim ve deneyim ortalamalarının arttığı görüldü. Türkiye hastaneleri kalite çalışanları için ise yaş ve sağlıkta kalite süresi grupları arasında farklılık görülmedi. Suudi Arabistan kalite çalışanlarının Türkiye kalite çalışanlarına göre hem kalite metotlarının tümünde, hem de toplam kalite yönetimi dışındaki tüm sertifika ve eğitimlerde üstün oldukları görüldü. Çalışma sonucu olarak Türkiye'nin akreditasyon çabalarının ötesinde daha yüksek sağlık sonuçları için hastane ve klinik düzeyi kalite iyileştirmeye daha fazla vurgu yapması önerilmiştir.

Anahtar sözcükler: Sağlık, kalite birimi çalışanları, kalite, bilgi, deneyim

ABSTRACT Aim: The aim of this study is to evaluate the degrees of quality improvement knowledge and experience among Turkey and Saudi Arabia hospital quality professionals. **Material and Method:** Initially comparison between hospital quality professionals of two countries in regards to the two factors were made analysing the survey conducted. Due to the statistically significant differences between means of two countries' quality professionals' six sigma knowledge and experience in ANOVA analysis conducted; relationship of ages and years of healthcare quality experience of both country professionals and their averages for six sigma training and experience factor was analyzed. **Results:** An increase of means of six sigma knowledge and experience by ages and years of work experience is found for Saudi Arabia professionals. For Turkey hospital quality professionals, a difference between age groups and work experience year groups could not be found. A superiority of Saudi Arabia quality professionals over Turkey quality professionals regarding all of quality improvement methods and also certificates and trainings (except total quality management certificate) was observed. As a conclusion of the study; beyond accreditation efforts, more emphasis on hospital and department level quality improvement for Turkey is suggested for higher level of health outcomes.

Key words: Healthcare, quality unit professionals, quality, knowledge, experience

Giriş

Sağlıkta kalite iyileştirme geçen yüzyılın sonundan itibaren giderek önem kazanmış, ülkeler bu amaçlı çerçeveler geliştirmek üzere çalışmışlardır (1). Hastaların sağlık bakım hizmetlerine ilişkin hakları ve aldıkları hizmetin kalitesi konusunda farkındalıkları arttıkça sağlık hizmet sunucuları kalite iyileştirmeye daha fazla çaba harcamaya başlamışlardır (2). Ülkeler kalite iyileştirme inisiyatiflerini desteklemek, kalite iyileştirme eğitimlerini gerçekleştirmek ve hastane sistemleri kurmak gibi amaçlarla politika ve stratejiler geliştirmiştir (3). Hastaneler düzeyinde organize

edilen aktivitelerin planlandığı şekilde gerçekleştirildiğini güvence altına almak üzere (4) kalite yönetim sistemleri; organizasyonun daha önceden oluşturulmuş performans standartları ile karşılaştırıldığı ve değerlendirildiği akreditasyon sistemleri (5) ve hastane süreçlerinin sürekli iyileştirilmesinin amaçlandığı EFQM, Malcolm Baldrige gibi jenerik mükemmeliyet sistemleri ile kalitenin artırılmasına çalışılmıştır (6).

Kalite yönetim sistemleri, akreditasyon ve mükemmeliyet sistemlerinden ayrı olarak hastanelerde bağımsız kalite iyileştirme projelerinin hayata

Geliş Tarihi/Received: 02-03-2017/ Kabul Tarihi/Accepted:23-01-2018

^aDr.,Sağlık Bakanlığı, İç Denetim Başkanlığı, Ankara, e-mail: msaid.yildiz@saglik.gov.tr,

ORCID: 0000-0001-7423-1408

geçirilmesi ile gerek klinik süreç ve sonuçların iyileştirilmesi; gerekse operasyonel süreçlerde iyileştirmelerin sağlanması mümkün olabilmektedir. Batalden ve Davidoff makalelerinde sağlıkta kalite iyileştirmeyi herkes için daha iyi hasta (ve toplum) sonuçları, daha iyi mesleki gelişim ve daha iyi sistem performansını hedefleyen çabalar olarak tanımlamıştır (7). Bu çabalar sürekli ve sürdürülebilir olduğu, değer gördüğü ve teşvik edildiği, etkin bir liderlikle yönlendirildiği ölçüde sağlık sonuçları üzerinde daha büyük etkide bulunabilmektedir. ABD ve kıta Avrupa'sı ülkelerinde başlayarak giderek hızlanan sağlıkta kalite iyileştirme çalışmaları, üretim endüstrisinin metodlarının da sıklıkla kullanılması ile olgunlaşmıştır. Sağlıkta iyileştirme alanında Sağlık Hizmetlerinde Kalite İyileştirme Enstitüsü (IHI - Institute for Healthcare Improvement) ABD'de ve birçok ülkede kalite iyileştirme eğitime katkıda bulunmuş, sağlık profesyonellerine sağlıkta kalite iyileştirme konusunda ilham kaynağı olmuştur. Son yıllarda kalite iyileştirme ve akreditasyon Ortadoğu ve Körfez ülkelerinde önemli odak noktalarından biri haline gelmiş, sağlıkta kalite teorik bilgi ve uygulaması konusunda çalışmalar gün geçtikçe önem kazanmıştır.

Araştırmanın konusu olan iki ülke Suudi Arabistan ve Türkiye; sağlıkta kaliteye yaptıkları vurgu ile kalite alanında insan gücüne, iyileştirme inisiyatiflerine ve akreditasyon faaliyetlerine yatırımları nedeniyle öne çıkmaktadırlar (8). Uluslararası akreditasyon kuruluşu Joint Commission International'ın en fazla sayıda hastaneyi akredite ettiği bu iki ülke (Suudi Arabistan'ın 82, Türkiye'nin 49 "Hastane Programı" JCI tarafından akredite edilmiş durumdadır) (9) akreditasyon faaliyetleri bakımından bölgenin ilgiyle takip ettiği örnekler haline gelmiştir. Diğer taraftan kamu kaynaklı akreditasyon kuruluşları olarak Türkiye'de Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı (TÜSEB) bünyesinde 2015 yılında kurulan Türkiye Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Enstitüsü (TÜSKA) (10) ve Suudi Arabistan'da 2005 yılında kurulan CBAHI (Suudi Merkezi Sağlık Hizmetleri Akreditasyon Kurulu - Saudi Central Board for Accreditation of Healthcare Institutions) faaliyet göstermektedirler (11). Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı tarafından Sağlıkta Akreditasyon Standartları setleri ISQua'ya (The International Society for Quality in Health Care -

Uluslararası Sağlık Hizmetlerinde Kalite Topluluğu) akredite edilmiştir (12). Suudi Arabistan CBAHI standart setleri de aynı şekilde ISQua'ya akredite edilmiş durumdadır. Bu yönleriyle kalite çalışanlarının deneyimlerini karşılaştırmak amacıyla, sağlıkta kalite ve akreditasyon alanlarında bölgenin öncüsü kabul edilen iki ülke seçilmiştir.

İki ülke hastane kalite çalışanlarının sağlıkta kalite iyileştirme kavram ve metodları konusunda bilgi ve deneyim düzeylerinin belirlenmesi ve karşılaştırılmasının her iki ülke için kayda değer sonuçları olacaktır. Akreditasyon ve hizmet kalite standartları ile farkındalık ve bilgi düzeyleri iyileşmiş olan bu iki ülkede sürekli kalite iyileştirme eğitiminin geliştirilmesi ve yaygınlaştırılması gereksinimi bulunmaktadır. Daha fazla sayıda kalite iyileştirme metodu bilgisine sahip ve bu konuda daha fazla süre eğitim programına dâhil olmuş kalite iyileştirme çalışanlarının hastane kalite faaliyetlerine daha fazla katkı sağlayacakları hususu çalışmanın ana varsayımını oluşturmuştur.

Çalışmada öncelikle kullanılan anketin faktör yükleri belirlenmiş ve iki bileşene ait sonuçlar paylaşılmıştır. Sonrasında farklılıkların kayda değer bulunduğu Altı Sigma eğitim ve deneyiminin sebepleri üzerinde analiz yapılmıştır. Son olarak iki ülke kalite çalışanları tarafından hangi metodların daha sıklıkla kullanıldıkları ve hangi eğitimlerin alındığı konusunda karşılaştırma yapılmıştır.

Kavramsal Çerçeve

Sağlıkta Kalite İyileştirme Eğitim ve Deneyimi: Kalite iyileştirme eğitimi teorik olarak metod ve gereçlerin kavranmasından öte uygulamada kullanımının öğretilmesini içermektedir. Kalite iyileştirme uygulamalarını teşvik eden bir organizasyon çevresi, liderlik anlayışı ve bireysel kalite bilinci teorik ve uygulama olarak öğrenilen kalite iyileştirme gereçlerinin daha sıklıkla ve sürdürülebilir şekilde kullanılmasını sağlayabilmektedir. Literatürde eğitimin uygulama ile desteklenmesinin önemine sıklıkla vurgu yapılmıştır. Bir çalışmada kavramsal bilginin ötesinde uygulama bilgisini de içeren, vakaya dayalı bir kalite iyileştirme eğitiminin daha etkili olduğuna değinilmiştir (13). Boonyasai ve arkadaşları (14) kalite iyileştirme'nin klinisyenlere öğretiminin etkinliğine ilişkin gerçekleştirdikleri sistematik

literatür taramasında 39 çalışmayı değerlendirmişlerdir. Yazarlar deneysel öğrenme araçları (kalite iyileştirme araçlarından bir paketin öğretimi ve bu konuda bireysel koçluk sağlanması) ile desteklenen çalışanların klinik sonuçları önemli ölçüde olumlu şekilde etkilendiklerini; diğer müdahalelerin (denetim, değerlendirme ve geri bildirim) bu denli etkili olmadıklarını vurgulamışlardır. İç hastalıkları uzmanlık öğrencilerine kalite iyileştirme öğretilmesinde yalın düşünce yaklaşımının benimsendiği projede, öğrencilere pratik deneyim destekli olarak eğitim verilmiştir (15). Fox ve arkadaşlarının çalışmasında hemşirelerin öğrenim deneyim geçmişi ve araştırma ve kalite iyileştirme deneyimleri araştırılmıştır. Yapılan anketi cevaplayanlardan tıp merkezlerinde uygulama içinde görevli olanlar kalite iyileştirme ile daha fazla ilgilenmiş görünmüşlerdir (16).

Kalite iyileştirme başarısını etkileyen faktörler konusunda yapılan bir literatür çalışmasında; literatürde üzerinde en sıklıkla durulan faktörün “kalite iyileştirme eğitim programlarının bulunması” olduğu (altı makale, sekiz hastane birliği uygulaması), bu çalışmaların ikisinde pozitif ilişkinin saptanabildiği belirtilmiştir (17).

İki ülke kalite çalışanlarının kalite ve yalın Altı Sigma gereç ve metotları konusunda bilgi ve deneyimlerinin karşılaştırmasına yer vereceğimiz çalışmada, bu farklılıkların gerekçesi ve varsa eğitim ihtiyacı üzerinde durulacaktır.

Kalite ve Yalın Altı Sigma: Daha sürdürülebilir ve daha az değişkenlik taşıyan sonuçları güvence altına almayı; daha kaliteli ve etkin sonuçlar elde etmeyi amaçlayan Altı Sigma felsefesi (18) ve en az israfı en fazla değeri elde etmenin yollarını arayan yalın felsefenin entegrasyonu ilk olarak üretim sektöründe kullanılmış, zamanla hizmet sektöründe başarılı örnekler vermiştir (19). Zamanla sağlık alanında da birçok ülkede uygulama alanı bulan yalın altı sigma sağlıkta kalite çalışanlarının en sık şekilde faydalandıkları metot ve gereçlere kaynaklık etmiştir (20).

Sağlıkta kalite iyileştirme çalışanları tarafından giderek daha fazla kullanılan Yalın Altı Sigma uygulamalarının iki ülke kalite çalışanları tarafından bilinirlik düzeyi ve bu konuda çalışanların deneyimleri araştırma sorularımızdan bir diğerini oluşturmuştur.

Kalite ve Yalın Altı Sigma Gereçleri: Gerek kalite ve yönetim gereci olarak uzun yıllardan beri kullanılan gereçler ve gerekse yalın Altı Sigma gereçleri olarak öncelikle üretim, sonra hizmet ve sağlık sektöründe uygulama alanı bulan gereçler kalite iyileştirme profesyonellerinin iyileştirme çabalarında alet çantasını oluşturmaktadır. Söz konusu gereçlerin kullanımına ilişkin teorik ve özellikle pratik bilgisi daha üst düzeyde bulunan kalite çalışanları sorun kök nedenlerini tespit etme, ekleme birlikte çözüm geliştirme ve uygulamaya koymakta daha başarılı olabileceklerdir (21).

Multidisipliner çalışma gerektiren ve bağımsız birçok kaynağın katkı verdiği sağlık alanında katılımcı çalışmanın zorunlu olması nedeniyle kalite iyileştirme uygulayıcılarının psikoloji ve sosyoloji alanlarından adapte ettikleri beyin fırtınası yöntemi en sık kullanılan gereçlerdendir (22). Kontrol diyagramları sürecin istatistiksel olarak nasıl bir değişkenlikte ilerlediğini gözlemlemek ve süreçte yapılan değişikliklerin sonuç ve çıktıda gerçek değişikliklere sebep olup olmadığını belirlemek amaçlı bir istatistiksel süreç kontrol görselleştirme aracı olarak öne çıkmaktadır (23). Sağlık alanında kalite iyileştirme projelerinde sıklıkla kullanılan sebep-etki diagramı (balık kılçığı) (24) beş neden diyagramı (25) süreç haritalama (26) değer akış haritalama (27), Pareto (28) Hata Türleri Etki Analizi – HTEA (29) bu kapsamda çalışmaya dahil edilmiştir.

Kalite ve Yalın Altı Sigma ile İlişkili Eğitim ve Sertifikalar: Gerek sağlıkta kalite iyileştirme konusunda gerek teorik eğitim ve gerekse uygulamanın eğitim içeriklerinde yer bulmasının önemi de ayrıca bilimsel çalışmalara konu olmuştur. Murray ve arkadaşları (30) klinik uygulamalar için hemşirelerin ihtiyaç duyduğu kalite iyileştirme bilgi ve uygulama tecrübesini hemşirelik lisans eğitim programlarının sunmadığını belirterek küçük ölçekli kalite iyileştirme projesi tasarımı ve uygulaması ile verilecek kalite eğitiminin faydası üzerinde durmuştur. Benzer olarak sistem anlayışının bir kalite iyileştirme projesi ile kavratılmaya çalışıldığı hemşirelik öğrencilerinin kalite iyileştirme performansında yaşanan gelişme (31) ve kalite iyileştirme eğitiminin sınıf ve klinik ortamında uygulanması ve gözlenen olumlu sonuçları (32) diğer iki çalışmaya konu olmuştur. Bir diğer çalışma yine hemşirelerin ders içeriğine kalite

iyileştirme kavram ve uygulamalarının eklenmesi ve faydaları üzerinde durmuştur (33). Wong ve arkadaşları (34) tıp ve uzmanlık öğrencilerine verilen kalite iyileştirme ve hasta güvenliği eğitim müfredatlarına ilişkin literatür için sistematik bir inceleme yapmışlardır. Eğitim içeriğinin çoğunlukla süreli iyileştirme metotları, kök neden analizi ve sistem düşüncesini içerdiği belirlenmiştir. Türkiye’de sağlıkta kalite eğitimi sağlık yönetimi lisans ve lisansüstü eğitim programlarında yer bulabilmiştir. Hemşirelik, diş hekimliği ve tıp gibi diğer sağlık bilim dallarında ise henüz ders içeriklerinde kalite’ye yer verme oranı oldukça düşüktür. Yapılan bir araştırmada 83 tıp programından yalnızca 1’inin, 110 hemşirelik programından yüzde 16’sının, 57 ebelik programından 3’ünün, 69 sağlık yönetimi programından 37’sinin kalite ile ilgili dersinin bulunduğu görülmüştür (35).

Yalın Altı Sigma sertifikaları yeşil ve siyah kuşak isimleri ile verilmekte, Yalın Altı Sigma felsefe, yaklaşım, metodoloji ve gereçlerini edinmiş olmayı dereceli şekilde belgelemektedir (36). Altı Sigma yeşil kuşak programı proje planlama, HTEA, süreç haritalama, istatistik süreç kontrolü, hipotez testi, hatasızlaştırma ve diğer pekçok Altı Sigma gerecinin kullanımının öğretildiği; sertifika sahibine siyah kuşak sahibi bir profesyonelle veya bağımsız olarak iyileştirme projeleri yürütme yetisi kazandıran eğitimlerdir. Sağlık sektörüne uyarlanmış şekilde de verilebilmektedir (37). Daha ileri düzeyde bir program olmak üzere siyah kuşak eğitimi ise Altı Sigma prensip, uygulama ve tekniklerinin uygulamasına liderlik edebilecek personelin yetiştirilmesini amaçlar. İstatistik metotları daha yoğun şekilde kullanabilen, deney tasarımı, hipotez testi ve istatistiksel süreç kontrolünü yönetebilen, projeleri yönetme becerisini haiz kalite çalışanları yetiştirmeyi amaçlar. Altı Sigma’nın uygulanacağı organizasyonda daha az sayıda siyah kuşak ve çok sayıda yeşil kuşak bulunmalıdır. Bu eğitimin de sağlık hizmetlerine adapte edilmiş şekilde sunulan versiyonları bulunmaktadır (38). Ülkemizde de üretim sektörüne yönelik olmak üzere Altı Sigma eğitimleri verilmektedir.

Sağlıkta Kalite Profesyoneli Sertifikası (CPHQ – Certified Professional in Healthcare Quality) Ulusal Sağlık Hizmetlerinde Kalite Birliği (NAHQ - National Association for Healthcare Quality) tarafından sınavı yapılarak verilen bir

yeterlilik sertifikasıdır. Yönetim ve liderlik için stratejik ve operasyonel roller, bilişim teknolojileri, performans/kalite ölçümü ve iyileştirilmesi (planlaması, uygulaması, değerlendirilmesi ve eğitimi) ve hasta güvenliği konularında yeterliliğini belirlediği adaylara süreli olarak bu sertifikayı veren birlik adayların sertifika süresince kendilerini geliştirmelerini ve süre sonunda sertifikalarını yenilemelerini şart koşmaktadır (39). ABD’de saygınlığı ve yaygın kullanımı olan bu sertifika zamanla Körfez ülkelerinde yaygınlık göstermiş, kalite çalışanları arasında popülerlik kazanmıştır. Sınavlarının ve hazırlık dokümanının İngilizce olması nedeniyle Türkiye’de yeterli ilgiyi görememiştir.

Toplam Kalite Yönetimi sertifikaları ISO Kalite Yönetim Sistemi programlarını kendi organizasyonlarında desteklemeleri için çalışanlara verilen denetçi ve uygulayıcı sertifikalarıdır. Türk Standartları Enstitüsü ve yetkili sertifikasyon ajansları tarafından verilen bu eğitimler Türkiye’de kalite yönetim sisteminin hastanelerde uygulanmasının teşvik edildiği 2000’li yılların başında yaygınlaşmıştır. Kalite alanında eğitim almak isteyen çalışanların fazlaca alternatiflerinin olmaması nedeniyle bu sertifika eğitimlerine yönelindikleri görülmektedir.

Sağlık Bakanlığı’nın hastane kalite çalışanlarına yönelik eğitimleri ise kalite iyileştirme metot, yaklaşım ve felsefesi değil uygulamaya konulan Hizmet Kalite Standartları uygulamasına ilişkin olagelmıştır (40).

İki ülke sağlık çalışanlarının kaliteye ilişkin eğitimleri hangi kaynaklardan edindikleri, hangi sertifikaya ne oranda sahip oldukları, aldıkları eğitimlerin hangi odaklarda toplandığı sorularına cevap aramak kalite eğitiminin iyileştirilmesi için ufuk açıcı olacağından araştırmaya dâhil edilmiştir.

Gereç ve Yöntem

Araştırmanın Amacı: Sağlıkta kalite ve akreditasyon alanında son yıllarda artan çabaları ile öne çıkan Suudi Arabistan ve Türkiye hastanelerinde görev yapan kalite çalışanlarının kalite iyileştirme bilgi ve deneyim seviyelerinin karşılaştırılması ile farklılaşan yönleri ve nedenlerinin değerlendirilmesi; böylelikle iyileştirmeye açık alanların belirlenmesi amaçlanmıştır.

Araştırmanın Örnekleme ve Sınırlılıkları: Suudi Arabistan hastane kalite çalışanlarına ulaşmanın

güçlüğü nedeniyle araştırma örnekleme kısıtlı kalmıştır. Kendini hastane kalite yöneticisi, kalite iyileştirme çalışanı, akreditasyon sorumlusu gibi unvanlarla ifade eden Suudi Arabistan ve Türkiye hastaneleri çalışanlarına mail gönderilmek ve online anket uygulama sitesi adresi gönderilmek suretiyle anket uygulaması yapılmıştır.

Suudi Arabistan'da 2015 yılı itibariyle 274 Sağlık Bakanlığına, 43 diğer kamu kuruluşlarına, 145 özel sektöre ait hastane faaliyette idi (41). Aynı yıl (2015) itibariyle Türkiye'deki hastanelerin ise 865'i kamu, 70'i üniversite, 562'si özel sektöre bağlı faaliyet göstermiştir (42). Araştırmanın temel sınırlılığı olan yeterli sayıda Suudi Arabistan hastaneleri kaliteni çalışanına ulaşamama problemi ve araştırmanın bir pilot çalışma olarak gerçekleştirilmiş olması nedeniyle kalite çalışanlarının mensup oldukları hastane tipleri (kamu, özel, üniversite) bakımından Suudi Arabistan ve Türkiye için bir evren-örneklem ilişkisi kurulamamıştır. Öncelikle olabildiğince çok sayıda Suudi Arabistan hastanesi çalışanına ulaşılmaya çalışılmış (olasılıksız kolayda örnekleme yöntemi kullanılmıştır), sonrasında Türkiye hastanelerinde çalışanların sayısı Suudi Arabistan hastaneleri kalite çalışanları için ulaşılan sayıya ulaştığında anket çalışması sonlandırılmıştır. Toplamda 88 Suudi Arabistan 97 Türkiye kalite çalışanına ulaşılmış; bunlardan 57 Suudi Arabistan, 58 Türkiye hastaneleri çalışanı ankete cevap vermiştir.

Gerek evren büyüklüğüne göre az sayıda örnekleme ulaşılabilmiş olması ve gerekse katılım gösteren kalite çalışanlarının hastaneleri arasında bir tekdüzelik bulunmaması nedeniyle araştırma sonuçlarının örnekleme dışındaki kalite çalışanlarına genellenmesi sınırlı şekilde mümkün olacaktır. Çalışmanın pilot çalışma olarak yürütülmesi sonrasında daha büyük ölçekte, daha homojen hastane tiplerinden çalışanların katılımı ile araştırmaya devam edilmesi katkı sağlayacaktır. Anket uygulaması açık davet ile LinkedIn sosyal ağı üzerinden yapılmıştır. Söz konusu ağı kullananların özelliklerinin araştırma sonucunu etkilemiş olması gayet olasıdır. Olasılıksız kolayda örnekleme metodunun kullanılmış olması sınırlılık oluşturmaktadır.

Çalışmada kullanılan ölçek daha önce Türkiye'de uygulanarak test edilmiş bir ölçek değildir. Çalışma öncesinde anket için bir güvenilirlik ve geçerlilik çalışması yapılmamıştır. Her ne kadar bu çalışmada geçerlilik ve

güvenilirlik çalışmaları yapılmış olsa dahi daha büyük örneklemlerde çalışılması gereksinimi bulunmaktadır.

Veri Toplama Aracı: Michigan Halk Sağlığı İdaresi (Michigan Department of Community Health Public Health Administration) tarafından hazırlanan anket formuna ABD Kamu Sağlık Çalışanları Derneği (Association of State and Territorial Health Officials-ASTHO) web sitesinden sadeleştirilerek ve adapte edilerek kullanılmıştır (43). Söz konusu ankete ilişkin ölçek oluşturma çalışması yapılmamış olduğundan geçerlilik ve güvenilirlik testleri bu çalışma kapsamında yapılmıştır.

Verilerin Analizi: Veri setine ilişkin öncelikle Kaiser Meyer Olkin (KMO) ve Barlett testleri ve faktör analizleri gerçekleştirilmiş, katılımcılara ve faktördeki ifadelerle ilişkin tanımlayıcı istatistikler sunulmuştur. Suudi Arabistan ve Türkiye hastanelerinde görev yapan kalite çalışanları arasında faktör bileşenleri açısından farklılıkları belirlemek amacıyla t-testi; Türkiye ve Suudi Arabistan hastanelerinde görev yapan kalite çalışanlarının yaş, sağlık alanında tecrübe ve sağlıkta kalite alanında tecrübe bakımından iki faktör bileşeninde farklılık bulunup bulunmadığını belirlemek için ANOVA analizi yapılmıştır. Analizler için IBM SPSS v.20 paket programı kullanılmıştır.

Bulgular

Veri Toplama Aracına İlişkin Analizler: Kalite iyileştirme bilgi ve deneyiminin ölçümü için Michigan Halk Sağlığı İdaresi tarafından hazırlanan anket formuna (Association of State and Territorial Health Officials-ASTHO) dilimize çevrilerek ve uyarlanarak kullanılmıştır.

Anketin 16 ifadesi için öncelikle veri setinin faktör analizi için uygunluğu denetlenmiş ve korelasyon matrisi oluşturulmuş, verilerin faktör analizine uygun olup olmadığını denetlemek için Kaiser Meyer Olkin (KMO) ve Barlett testleri yapılmıştır. Tablo 1'de görüldüğü gibi kalite iyileştirme bilgi ve deneyim düzeyi ile ilgili faktörlere yönelik, KMO örnekleme uygunluğu ölçüsü 0,82 olarak hesaplanmıştır. Barlett Küresellik Testi ile ($p < 0,05$) normallik varsayımının sağlandığı görülmüş, verinin faktör analizi için uygun olduğu anlaşılmıştır (Tablo 1).

İfadelere ilişkin faktör analizi yapıldığında ilk 7 ifadenin ilk bileşen, sonraki 4 bileşenin ikinci bileşen altında birleştiği görülmüştür. İlk faktör altında toplanan ifadelerle bakıldığında bu ifadelerin “Kalite İyileştirme Eğitim ve Deneyimi” faktörü olarak adlandırılabilirdiği görülmüştür. Bu boyut kalite iyileştirme konusunda temel eğitim ve bu alanda genel deneyim düzeyini araştıran sorulardan oluşmuştur. Literatürde birbirleriyle

beraber değerlendirilen Yalın ve Altı Sigma’ya ilişkin bilgi ve deneyim düzeyi ikinci boyutta toplanmıştır. Boyutların toplam varyansın ne kadarlık kısmını karşıladığına ilişkin yapılan analizde ise ilk boyutun yüzde 50,735; ikinci boyutun yüzde 22,533 olmak üzere toplamda tüm boyutların varyansın yüzde 73,768’ini karşıladığı görülmüştür (Tablo 2).

Tablo 1. Kalite İyileştirme Bilgi ve Deneyim Düzeyi ile İlgili Kaiser Meyer Olkin ve Barlett Küresellik Testi Sonuçları

Kalite İyileştirme Bilgi ve Deneyim Düzeyi		
Kaiser-Meyer-Olkin Örneklem Uygunluğunun Ölçüsü		0,82
Bartlett Küresellik Testi	Yaklaşık ki-kare değeri	1175,095
	Serbestlik derecesi	55
	P	0,000

Tablo 2. Kalite İyileştirme Bilgi ve Deneyim ve Bilinç Düzeyine Yönelik Faktör Analizi Sonuçları

	Faktörler	
	Kalite Eğitim ve Deneyimi	Altı Sigma Eğitim ve Deneyimi
Son 3 yılda kalite iyileştirme aktivitelerine katıldım	0,861	
Son 3 yılda sağlık kurumumun akreditasyon süreçlerine katıldım	0,708	
Son 3 yılda sağlık kurumumun kalite standardı denetimi süreçlerine katıldım	0,782	
Kalite iyileştirme kavramını tanımlayabilirim	0,884	
Sağlıkta kalite iyileştirmenin faydalarını açıklayabilirim	0,879	
PUKO döngüsünün basamaklarını açıklayabilirim	0,868	
Kalite iyileştirme metodlarına ilişkin eğitim aldım	0,786	
Altı Sigma konusunda eğitim aldım.		0,624
Son üç yılda Altı Sigma projelerine katıldım		0,775
Yalın felsefesi ve gereçleri konusunda eğitim aldım		0,791
Son üç yılda yalın aktivitelere katıldım		0,675
Toplam	5,581	
Açıklanan Varyans (%)	50,735	
Toplam Açıklanan Varyans (%)	50,735	
Toplam		2,479
Açıklanan Varyans (%)		22,533
Toplam Açıklanan Varyans (%)		73,268

Tablo 3. Araştırmaya Katılan Kalite Çalışanlarına Ait Tanımlayıcı Özellikler

Değişken	N	%
Ülke		
Türkiye	58	50,4
Suudi Arabistan	57	49,6
Yaş		
20-30	30	26,1
31-40	54	47,0
41-50	31	27,0
Sağlık Alanında Tecrübe		
5 yıldan az	15	13,0
5-10 yıl	32	27,8
10-15 yıl	24	20,9
15 yıldan fazla	44	38,3
Sağlıkta Kalite Tecrübesi		
2-5 yıl	40	34,8
5-10 yıl	41	35,7
10-15 yıl	34	29,6
TOPLAM	115	100

Anketin güvenilirliğini (iç tutarlılığını) test etmek için aynı paket program ile Cronbach alfa katsayıları hesaplanmıştır. Buna göre Kalite İyileştirme Eğitim ve Deneyimi boyutu 0,925, Yalın Altı Sigma Eğitim ve Deneyimi boyutu 0,868, güvenilirlik değerine sahiptir. Hesaplanan bu değerlerin 80 ve daha yüksek olması güvenilirlik için yeterli görülmektedir.

Tanımlayıcı Bulgular: Türkiye ve Suudi Arabistan'daki hastanelerde görev yapan birbirine yakın sayılarda kalite çalışanının ülke, yaş, sağlık alanında tecrübe ve sağlıkta kalite alanında tecrübe durumlarına ilişkin tanımlayıcı istatistik bilgilerine yer verilmiştir (Tablo 3).

Tablo 4. Veri Toplama Aracına İfadelerine İlişkin İki Ülke Kalite Çalışanlarına ait Tanımlayıcı İstatistikler

Faktör/Boyut	Suudi Arabistan hastaneleri				Türkiye hastaneleri			
	N	Min-Max.	Ort.	Sd.	N	Min-Max	Ort.	Sd.
Kalite İyileştirme Eğitim ve Deneyimi								
Son 3 yılda kalite iyileştirme aktivitelerine katıldım	57	1-7	6,37	1,318	58	1-7	5,95	1,648
Son 3 yılda sağlık kurumunun akreditasyon süreçlerine katıldım	57	1-7	6,30	1,700	58	1-7	5,26	2,221
Son 3 yılda sağlık kurumunun kalite standardı denetimi süreçlerine katıldım	57	1-7	6,14	1,505	58	1-7	6,22	1,644
Kalite iyileştirme kavramını tanımlayabilirim	57	1-7	6,60	1,193	58	1-7	6,47	1,354
Sağlıkta kalite iyileştirmenin faydalarını açıklayabilirim	57	1-7	6,54	1,196	57	1-7	6,54	1,377
PUKO döngüsünün basamaklarını açıklayabilirim	57	1-7	6,65	1,142	58	1-7	6,36	1,459
Kalite iyileştirme metodlarına ilişkin eğitim aldım	57	1-7	6,21	1,319	58	1-7	6,45	1,231
Yalın Altı Sigma Eğitim ve Deneyimi								
Altı Sigma konusunda eğitim aldım.	57	1-7	5,11	2,217	57	1-7	4,25	2,198
Son üç yılda Altı Sigma projelerine katıldım	57	1-7	4,09	2,466	58	1-7	3,31	2,178
Yalın felsefesi ve gereçleri konusunda eğitim aldım	57	1-7	5,04	2,187	58	1-7	4,26	2,359
Son üç yılda yalın aktivitelere katıldım	57	1-7	5,09	2,198	58	1-7	3,83	2,202

Tablo 5. İki Ülke Hastaneleri Kalite Çalışanlarının Faktörler Açısında Karşılaştırılması

Faktörler	T testi			
	P (Levene)	t değeri	df	p
Kalite İyileştirme Eğitim ve Deneyimi	0,452	981	113	0,329
Yalın Altı Sigma Eğitim ve Deneyimi	0,787	2,596	113	0,011*

Tablo 6. İki Ülke Hastaneleri Kalite Çalışanlarının Altı Sigma Eğitim ve Deneyimi Bileşeni Ortalamalarının Yaşları Açısından Karşılaştırılması

	Altı Sigma Eğitim ve Deneyimi					
	Suudi Arabistan Hastaneleri Kalite Çalışanları			Türkiye Hastaneleri Kalite Çalışanları		
Yaş	N	Ort.	Std. Sapma	N	Ort.	Std. Sapma
20-30	16	3,73	1,707	13	3,846	1,766
31-40	27	5,31	1,756	27	4,269	1,803
41-50	14	5,16	2,181	17	3,338	1,920
TOPLAM	57	4,83	1,948	57	3,895	1,842
Sağlıkta Kalite Görevinde Geçen Süre						
0-5 yıl	22	4,14	1,742	17	3,956	1,805
5-10 yıl	21	4,70	2,102	20	3,962	1,690
10-15 yıl	14	6,11	1,434	20	3,775	2,092
TOPLAM	57	4,83	1,948	57	3,895	1,842

Tablo 7. İki Ülke Kalite Çalışanlarının Kalite ve Yalın Altı Sigma Metotları Bilgisi ile Eğitim Diploma ve Sertifikaları

Kalite ve Yalın Altı Sigma Metotları Bilgisi	Suudi Arabistan Hastaneleri Kalite Çalışanları			Türkiye Hastaneleri Kalite Çalışanları		
	Cevaplar			Cevaplar		
	N	%	Vaka %	N	%	Vaka %
Beyin fırtınası	56	14,7	98,2	55	17,3	94,8
Balık kılıcı	56	14,7	98,2	52	16,4	89,7
Beş neden	49	12,9	86,0	38	11,9	65,5
Süreç haritalama	46	12,1	80,7	33	10,4	56,9
Değer akış haritalama	25	6,6	43,9	25	7,9	43,1
Kontrol diyagramı	42	11,1	73,7	30	9,4	51,7
Pareto diyagramı	54	14,2	94,7	41	12,9	70,7
Hata Türleri ve Etki Analizi	52	13,7	91,2	44	13,8	75,9
Toplam	380	100,0	666,7	318	100,0	548,3
Kalite ve Yalın Altı Sigma Eğitim, Diploma ve Sertifikaları						
Kalite konusunda Y.Lisans / doktora dersleri	22	14,5	38,6	8	8,7	13,8
Altı Sigma siyah kuşak sertifikası	6	3,9	10,5	2	2,2	3,4
Altı Sigma yeşil kuşak sertifikası	11	7,2	19,3	6	6,5	10,3
Sağlıkta Kalite Profesyoneli Sertifikası (CPHQ)	32	21,1	56,1	5	5,4	8,6
Toplam Kalite Yönetimi Sertifikası	13	8,6	22,8	31	33,7	53,4
Kalite konusunda 1 aydan az eğitim	15	9,9	26,3	8	8,7	13,8
30 saatten az on-line kalite eğitimi	25	16,4	43,9	8	8,7	13,8
	152	100,0	266,7	92	100,0	158,6

Suudi Arabistan ve Türkiye’de çalışan toplam 115 kalite çalışanının ifadelerine ait minimum, maksimum, ortalama ve standart sapma değerleri görülmektedir. Söz konusu değerler Suudi Arabistan hastanelerinde çalışanlar ve Türkiye hastanelerinde çalışanlar için ayrı ayrı

hesaplanarak gösterilmek yoluyla karşılaştırma imkânı sağlanmıştır (Tablo 4).

İki ülke karşılaştırmaları: İki ülke hastaneleri kalite çalışanlarının faktörler itibariyle karşılaştırılması ile iki ülke kalite çalışanlarının

faktör ortalamalarının kendi demografik grupları içinde karşılaştırması yapılmıştır.

Ülkelerin İki Faktör Açısında Karşılaştırılması:

Türkiye hastaneleri kalite çalışanları ile Suudi Arabistan hastaneleri arasında faktörler-bileşenler bakımından karşılaştırma için t-testi kullanılmıştır. İlk basamakta yapılan Levene testi sonucu varyansların eşitliği test edilmiş, normallik varsayımının kabulü sonrasında t testi gerçekleştirilmiştir. T testi sonucunda ulaşılan değerlere yer verilmiştir (Tablo 5).

Türkiye ve Suudi Arabistan hastaneleri kalite çalışanları arasında kalite iyileştirme eğitim ve deneyimi ile kalite ortamı ve bilinci boyutlarında anlamlı farklılık bulunmadığı, Yalın Altı Sigma eğitim ve deneyimi boyutunda ise anlamlı farklılık bulunduğu görülmektedir. Suudi Arabistan hastaneleri kalite çalışanlarının (M = 4,83; Standart Sapma = 1,95) Türkiye hastanelerinde kalite çalışanlarından (M = 3,91; Standart Sapma = 1,83) Yalın Altı Sigma eğitim ve deneyimi boyutunda daha yüksek ortalamalara sahip oldukları görülmüştür.

Ülke sağlık çalışanlarının eğitim ve deneyimlerinin yaş ve sağlıkta kalite görevinde geçen süreleri bakımından karşılaştırılması:

Eğitim ve deneyimlere ilişkin iki faktör (Kalite İyileştirme ve Yalın Altı Sigma) için yaş grupları ve çalışma süreleri düzeyleri arasında farklılığın bulunup bulunmadığına ilişkin Türkiye ve Suudi Arabistan hastaneleri çalışanları için ayrı ayrı olmak üzere ANOVA analizi yapılmıştır. İlk basamakta Levene testi sonrasında her bir test için değişkenlik homojenliğinin sağlanmış olduğunun görülmesi üzerine Suudi Arabistan ve Türkiye çalışanları için ayrı ayrı olmak üzere Tukey testi uygulanmıştır.

Suudi Arabistan hastanelerinde görev yapan kalite çalışanlarının yaşları arasında, Kalite İyileştirme Eğitim ve Deneyimi faktöründe farklılık bulunmadığı görülmüştür. Yalın Altı Sigma Eğitim ve Deneyimi faktöründe ise 20-30 ile 31-40 yaşları arasında anlamlı farklılığın bulunduğu, 31-40 yaşları arasında bulunanların (M = 5,31; Standart Sapma = 1,76) 20-30 yaşları arasında bulunanlardan (M = 3,73; Standart Sapma = 1,70) daha yüksek ortalamalara sahip oldukları (p = 0,026); diğer yaş grupları arasında farklılık olmadığı görülmüştür. Türkiye hastanelerinde

görev yapan kalite çalışanlarının yaşları arasında ise Kalite İyileştirme Eğitim ve Deneyimi ile Yalın Altı Sigma Eğitim ve Deneyimi faktörleri için farklılık bulunmadığı görülmüştür.

Suudi Arabistan hastanelerinde görev yapan kalite çalışanlarının sağlıkta kalitede geçen süreler arasında, Kalite İyileştirme Eğitim ve Deneyimi faktöründe farklılık bulunmadığı görülmüştür. Yalın Altı Sigma Eğitim ve Deneyimi faktöründe ise 0-5 ile 10-15 yaşları arasında anlamlı farklılığın bulunduğu (p = 0,007), 10-15 yıldır sağlıkta kalite alanında çalışanların (M = 6,11; Standart Sapma = 1,43) 0-5 yıldır sağlıkta kalite alanında çalışanlardan (M = 4,14; Standart Sapma = 1,74) daha yüksek ortalamalara sahip oldukları; diğer gruplar arasında farklılık olmadığı görülmüştür. Türkiye hastanelerinde görev yapan kalite çalışanlarının sağlıkta kalite alanında geçirdikleri süreler arasında Kalite İyileştirme Eğitim ve Deneyimi ile Yalın Altı Sigma Eğitim ve Deneyimi faktörleri için de yine farklılık bulunmadığı görülmüştür.

İki Ülke Kalite Çalışanlarının Yaş Grupları ve Sağlıkta Kalite Görevinde Geçen Süreleri Açısından Altı Sigma Eğitim ve Deneyiminin Karşılaştırılması:

Yalın Altı Sigma Eğitim ve Deneyimi faktöründe anlamlı farklılıkların görülmesi üzerine yaşa ve kalite görevince geçen süreye göre ortalamalar karşılaştırılmıştır.

Yaşlara göre Suudi Arabistan Hastaneleri kalite çalışanları ve Türkiye Hastaneleri kalite çalışanlarının karşılaştırılmasında; ortalamaların 41-50 ve 31-40 yaş aralıklarında Suudi Arabistan hastaneleri kalite çalışanlarında anlamlı şekilde daha yüksek olduğu görülmektedir. Gerek Suudi Arabistan ve gerekse Türkiye hastaneleri çalışanlarının 31-40 yaş aralığında bulunanlarının bu faktör ortalamalarının daha yüksek olduğu görülmektedir (Tablo 6).

Sağlıkta kalite görevinde geçen süreye göre Suudi Arabistan Hastaneleri kalite çalışanları ve Türkiye Hastaneleri kalite çalışanlarının karşılaştırılmasında da; ortalamaların özellikle 10-15 yıl süre aralığında olmak üzere Suudi Arabistan hastaneleri kalite çalışanlarında daha yüksek olduğu görülmektedir. Sağlıkta kalite görevinde geçen süre arttıkça Suudi Arabistan hastaneleri kalite çalışanlarının ortalamaları belirgin şekilde artarken, Türkiye hastaneleri çalışanlarında bu

anlamda ortalamalarda artış gözlenmemektedir (Tablo 6).

İki ülke kalite çalışanlarının kalite ve Altı Sigma metod bilgilerinin karşılaştırılması : Kalite ve Yalın Altı Sigma metodlarının hangilerinin öğrenildiği çoklu seçeneklerle sorulan soru ile değerlendirilmiştir.

Beyin Fırtınası ve Balık kılıcı metodlarının her iki ülke kalite çalışanları tarafından bilindiği; Beş neden ve süreç haritalamanın Suudi Arabistan hastaneleri kalite çalışanları tarafından daha yüksek oranla olmak üzere iki ülke kalite çalışanlarının çoğu tarafından bilindiği görülmüştür. Yalın Altı Sigma tarafından daha sıklıkla kullanılan değer akış haritalama ve kontrol diyagramı metodlarının diğer analiz sonuçlarında da görüldüğü gibi Türkiye Hastaneleri kalite çalışanları tarafından önemli ölçüde daha az yüzdeyle bilindiği görülmektedir (Tablo 7).

İki ülke kalite çalışanlarının kalite ve Altı Sigma metod, diploma ve sertifika sahipliklerinin karşılaştırılması: Son olarak iki ülke hastanelerinde görev yapan kalite çalışanlarına kalite konusunda aldıkları dersler, diplomalar ve sertifikalar sorulmuştur.

Suudi Arabistan hastanelerinde çalışan kalite görevlilerinin yüzde 38,6'sı yüksek lisans ve doktora sırasında kalite konusunda ders almış iken; Türkiye hastaneleri çalışanlarının yüzde 13,8'i kalite konusunda lisansüstü ders aldıklarını belirtmişlerdir. Bu durum lisansüstü düzeyde kalite konusunda derslerin artırılmasına işaret edebilecektir. Altı Sigma sertifikaların her iki ülkede az bulunmakla beraber Türkiye'de oldukça az bir yüzdeyle bulunduğu görülmüştür.

Sağlıkta Kalite Profesyoneli Sertifikası (CPHQ) Suudi Arabistan hastanelerinden ankete katılanların yüzde 56,1 gibi çok yüksek bir oranında bulunduğu ifade edilirken, Türkiye'den katılan çalışanlarda yüzde 8,6 oranında kalmıştır. Kalite konusunda 1 aydan az eğitim ve 30 saatten fazla on-line eğitim sorularında da Suudi Arabistan'dan ankete katılanlar Türkiye'den katılanlardan önemli ölçüde yüksek yüzdede görülmektedir. Gerek söz konusu sertifikaların İngilizce bilgisi gerektirmesi ve gerekse Türkçe on-line eğitim imkânlarının yetersizliğinin bu duruma

sebebe olabileceği değerlendirilmesi yapılmıştır (Tablo 7).

Sonuç ve Öneriler

Gerçekleştirilen anket sonucunda alınan verilerle öncelikle ifadelerin faktör yükleri hesaplanarak iki faktörde (kalite iyileştirme eğitim ve deneyimi faktörü, kalite iyileştirme ortam ve bilinci faktörü) anlamlı farklılık bulunmadığı, Altı Sigma eğitim ve deneyimi faktöründe ise Suudi Arabistan ve Türkiye hastaneleri kalite çalışanları arasında anlamlı farklılığın bulunduğu görülmüştür.

Yaşlara göre Suudi Arabistan Hastaneleri kalite çalışanları ve Türkiye Hastaneleri kalite çalışanlarının karşılaştırılmasında; ortalamaların 41-50 ve 31-40 yaş aralıklarında Suudi Arabistan hastaneleri kalite çalışanlarında anlamlı şekilde daha yüksek olduğu görülmektedir. Gerek Suudi Arabistan ve gerekse Türkiye hastaneleri çalışanlarının 31-40 yaş aralığında bulunanlarının bu faktör ortalamalarının daha yüksek olduğu görülmektedir. Bu durum iş hayatına yeni başlayanların Altı Sigma eğitimine erişiminin kısıtlı olması ve belirli tecrübe düzeyinde olanların Altı Sigma'ya ilgilerinin daha az olması ile açıklanabilmiştir.

Sağlıkta kalite görevinde geçen süreye göre Suudi Arabistan Hastaneleri kalite çalışanları ve Türkiye Hastaneleri kalite çalışanlarının karşılaştırılmasında da; ortalamaların özellikle 10-15 yıl süre aralığında olmak üzere Suudi Arabistan hastaneleri kalite çalışanlarında daha yüksek olduğu görülmektedir. Sağlıkta kalite görevinde geçen süre arttıkça Suudi Arabistan hastaneleri kalite çalışanlarının ortalamaları belirgin şekilde artarken, Türkiye hastaneleri çalışanlarında bu anlamda ortalamalarda artış gözlenmemektedir. Suudi Arabistan hastaneleri çalışanlarının Altı Sigma eğitim ve deneyimi faktöründe daha yüksek ortalamalara ulaşmaları ve tecrübeleri arttıkça bu faktörde ortalamalarının artması Suudi Arabistan hastanelerinde Altı Sigma projelerinin daha fazla uygulama sahası bulması ve hastane kalite çalışanlarının Altı Sigma eğitimlerine erişim imkânlarının daha fazla olması olasılığı ile açıklanabilmiştir.

Literatürde de üzerinde durulduğu şekliyle sorunların kaynağını bulma, sorun çözme ve kalite iyileştirme projelerini yönetme konusunda önemli kazanımlar edindiren Altı Sigma metodolojilerinin Türkiye'de görev yapan kalite çalışanlarına

uygulamalı şekilde aktarımı daha iyi sağlık sonuçları için fayda sağlayacaktır.

Altı Sigma faktöründe Suudi Arabistan hastaneleri kalite çalışanlarının üstünlüğü Altı Sigma ve yalın içeriğinde öğretilen ve kullanılan gereçleri konusunda bilgi sorularında da kendini göstermiş Altı Sigma ve yalın kazanımlarının artırılması gereksiniminin altını bir kere daha çizmiştir. Türkiye hastaneleri kalite çalışanlarına kalite iyileştirme gereçlerinin kazandırılması kalite iyileştirme proje ve uygulamalarının başarısına doğrudan etki edecektir. On-line veya yüz yüze eğitimlerin sayısı ve çeşitliliğinin artırılması bu noktada önem taşımaktadır.

Eğitim ve sertifika düzeyleri bakımından karşılaştırmada toplam kalite yönetimi sertifikası dışında sertifika ve diplomaların tümü için Suudi Arabistan sağlıkta kalite çalışanlarının Türkiye kalite çalışanlarına göre üstünlüğü görülmektedir. Kalite iyileştirme konusunda fazlaca eğitim alternatifinin bulunmaması erişilebilirliği üst düzeyde olan toplam kalite eğitimine ilgiyi artırmıştır. Ancak kalite iyileştirme gereçlerinin kullanımı konusunda sağlık çalışanlarına yönelik eğitimler bazı hastanelerin özel çabaları dışında verilememektedir. İngilizce dilinde verilen eğitimlerin önünde dil bariyeri olduğu da göz önünde bulundurularak sağlıkta kalite iyileştirme konusunda Türkçe eğitim materyali ve programı çeşitliliğinin artması için çaba sarf edilmelidir. Bu amaçla üniversiteler ve Sağlık Bakanlığının inisiyatif geliştirmesi, akreditasyon ve sağlık hizmet standartları eğitimlerinin dışında kalite iyileştirme proje yönetimi, yaklaşımları, felsefesi ve gereçleri konusunda eğitimler verilmesi gerekmektedir.

Üniversitelerde sağlık bilimleri programlarında kalite iyileştirme eğitimlerine yer verilmesi de ayrıca önem taşımaktadır. Kalite iyileştirme'nin multidisipliner doğası ve farklı meslek gruplarının katılım göstermesi ihtiyacı nedeniyle tıp, diş hekimliği, hemşirelik, ebelik ve diğer sağlık bilimleri programlarında sağlıkta kalite ve hasta güvenliği derslerine yer verilmeli; uygulama ile desteklenen kapsamlı ders içerikleri hazırlanmalıdır.

Akreditasyon ve standartlaşmanın sağlıkta kalite düzeyini artırıcı etkisi yadsınamaz olmakla beraber, sağlık çalışanlarının katılımı ile hastane ve klinik düzeyinde kalite iyileştirme aktivitelerinin sürekli hale getirilmesi sağlanmadan akreditasyon

ve standartlaşmanın etkisinin zayıf olacağı ve sürdürülebilir olamayacağı vurgulanmalıdır. Kalite iyileştirmeyi teşvik eden bir akreditasyon ve standartlaşma sistemi, kalite iyileştirme aktivitelerini bir araya getiren ve yönlendiren bir kalite yönetim sistemi ile üst yönetimin etkin liderliği ve çalışanların gönüllü katılımı sağlık sonuçlarını etkileyecek bir sistemi oluşturabilecektir. Akreditasyon, standartlaşma ve kalite yönetim sistemi uygulamalarının ötesinde klinik ve hastane düzeyinde kalite iyileştirme projelerinin artırılması için çalışmalar yürütülmelidir. Bu çalışmaların en önemli yapı taşı ise kalite çalışanlarının kalite iyileştirme bilgi ve deneyimini artırmak olmalıdır.

Kalite iyileştirme ortam ve bilinci ve kalite iyileştirme eğitim ve deneyimi faktörlerinde iki ülke hastaneleri kalite çalışanları arasında anlamlı fark görülmediği halde Altı Sigma eğitim ve deneyimi faktöründe farklılık görülmesi; Suudi Arabistan'ın Altı Sigma ve kalite metodları konusunda üstünlüğünün nedenlerini araştırmayı daha önemli hale getirmektedir. Söz konusu ülke ve çalışanlarının avantajları (yabancı dil, tahsis edilen mali kaynaklar, teşvikler vb.) ayrıca araştırılmalıdır.

KAYNAKÇA

1. Ferlie EB and Shortell SM. Improving the Quality of Health Care in the United Kingdom and the United States: A Framework For Change. The Milbank Quarterly 2001; 79(2): 281-315.
2. Gupta KS and Rokade V. Importance of Quality in Health Care Sector, Journal of Health Management 2016; 18(1): 84-94.
3. Spencer and Walshe K. National Quality Improvement Policies and Strategies in European Healthcare Systems. BMJ Quality & Safety Health Care 2009; 18(Suppl I): i22-i27.
4. Crosby, P. Quality is Free. New York: McGraw-Hill. 1979
5. Greenfield D and Braithwaite J. Health Sector Accreditation Research: A Systematic Review. International Journal for Quality in Health Care 2008; 20(3): 172-183.
6. Yıldız M.S. Hastanelerde Kalite Yönetim Sistemlerinin Değerlendirilmesi: Kamu ve Özel Hastanelerde bir Araştırma, Yayınlanmamış

Doktora Tezi, Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Üniversitesi, 2017, Ankara.

7. Batalden P. and Davidoff F. Teaching Quality Improvement; The Devil is in the Details. The Journal of the American Medical Association 2007; 298(9): 1059-61.

8. Almutairi KM and Moussa M. Systematic Review Of Quality of Care in Saudi Arabia: a Forecast of a Highquality Health Care. Saudi Medical Journal. 2014; 35(8): 802-809.

9. JCI JCI-Accredited Organizations, <http://www.jointcommissioninternational.org/about-jci/jci-accredited-organizations> (Erişim Tarihi: 18.09.2017).

10. TÜSKA, TÜSKA hakkında, <http://tuseb.gov.tr/tuska/tuska-hakkinda> (Erişim Tarihi: 18.09.2017).

11. CBAHI, CBAHI at a Glance, <https://www.cbahi.gov.sa/surveyor/AboutUs.aspx> (Erişim tarihi: 18.09.2017).

12. Sağlık Bakanlığı Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı web sitesi, Sağlıkta Akreditasyon, <http://kalite.saglik.gov.tr/TR,8789/saglikta-akreditasyon.html>, (Erişim Tarihi: 19.09.2017).

13. Batalden PB. and Davidoff F. What is Quality Improvement and How Can it Transform Healthcare? Quality and Safety in Healthcare. 2007; 16(1): 2-3.

14. Boonyasai RT, Windish DM, Chakraborti C, Feldman LS, Rubin HR, Bass EB. Effectiveness of Teaching Quality Improvement to Clinicians: a Systematic Review, JAMA, 2007; 298(9):1023-37.

15. Kim CS, Lukela MP, Pakesh VI, Mangrulkar RS, Del Valle J, Spahlinger DA, Billi JE. Teaching Internal Medicine Residents Quality Improvement and Patient Safety: A Lean Thinking Approach. American Journal of Medical Quality 2010; 25(3): 211-17.

16. Fox J, Bagley L, Day S, Holleran R, Handrahan D. Research and Quality Improvement Experience and Knowledge: A Nursing Survey. Journal of Nursing Management 2011; 9(5): 623-631.

17. Kaplan HC, Brady PW, Dritz MC, Hooper DK, Linam WM, Froehle CM, Margolis P. The Influence of Context on Quality Improvement Success in Health Care: A Systematic Review of the Literature. The Milbank Quarterly 2010; 88(4), 500–559.

18. Thomerson LD. Journey for Excellence: Kentucky's Commonwealth Health Corporation

Adopts Six Sigma Approach. Quality Congress. ASQ Annual Quality Congress Proceedings. 2001; 152–58.

19. Arnheiter ED. and Maleyeff J. The Integration of Lean Management and Six Sigma". TQM Magazine 2005; 17(1): 5-18.

20. Sorin TT. and Fady FF. Lean Management: The Journey from Toyota to Healthcare. Rambam Maimonides Medical Journal. 2013; 4(2): e0007.

21. Berlowitz DR, Young GJ, Hickey EC, Brian DS, Elaine SM, Barbara S, Jennifer J.A, Arlene S.A, Lisa VR, Mark AM. Quality Improvement Implementation in the Nursing Home. HSR: Health Services Research. 2003; 38(1): 65-83.

22. Plsek PE. Quality Improvement Methods in Clinical Medicine. Pediatrics 1999; 103(1): 203-14.

23. Benneyan JC, Lloyd RC, Plsek PE. Statistical Process Control as a Tool for Research and Healthcare Improvement. Quality and Safety in Health Care. 2003; 12:458–464.

24. Institute for Healthcare Improvement, Cause and Effect Diagram <http://www.ihl.org/resources/Pages/Tools/CauseandEffectDiagram.aspx>, (Erişim Tarihi: 01.10.2017).

25. Institute for Healthcare Improvement, Five Whys <http://www.ihl.org/resources/Pages/ImprovementStories/AskWhyFiveTimestoGettotheRootCause.aspx>, (Erişim Tarihi: 01.10.2017).

26. Colligan L, Anderson JE, Potts HWW, Berman J. Does the Process Map Influence the Outcome of Quality Improvement Work? A Comparison of a Sequential Flow Diagram and a Hierarchical Task Analysis Diagram. BMC Health Services Research, 2010; 10(7): 1-9.

27. Lummus RR, Vokurka RJ, Rodeghiero B. Improving Quality through Value Stream Mapping: A Case Study of a Physician's Clinic. Total Quality Management 2006; (17): 8, 1063–75.

28. Institute for Healthcare Improvement, Pareto Chart <http://www.ihl.org/resources/Pages/Tools/ParetoDiagram.aspx>, (Erişim Tarihi: 01.10.2017).

29. Van Tilburg CM, Leistikow IP, Rademaker CMA, Bierings MB, van Dijk ATH, Health Care Failure Mode and Effect Analysis: A Useful Proactive Risk Analysis in a Pediatric Oncology Ward. Quality and Safety in Health Care. 2006; 15(1): 58–63.

30. Murray ME, Douglas S, Girdley D, Jarzemyk P. Teaching Quality Improvement. *Journal of Nursing Education*. 2010; 49(8): 466-69.
31. Hamrin V, Vick R, Brame C, Simmons M, Smith L, Vanderhoef D. Teaching a Systems Approach: An Innovative Quality Improvement Project. *Journal of Nursing Education* 2016; 55(4):209-214.
32. Kyrkjebø J.M. Teaching Quality Improvement in the Classroom and Clinic: Getting it Right and Getting it Wrong And Getting it Right. *Journal of Nursing Education* 2006; 45(3): 109-116.
33. Teeley KH, Lowe JM, Beal J, Knapp ML. Incorporating Quality Improvement Concepts and Practice into a Community Health Nursing Course. *Journal of Nursing Education*. 2006; 45(2).
34. Wong BM, Etchells EE, Kuper A, Levinson W, Shojania KG. Teaching Quality Improvement and Patient Safety to Trainees: A Systematic Review. *Academic Medicine* 2010; 85(9): 1425-39.
35. Ulusoy H. Yükseköğretimde Yalın Eğitim, Medicabil Bilimsel Etkinlikleri, Yalın Hastane 2017. 23-25 Mart 2017, Bursa.
36. Laureani A, Antony J. Standards for Lean Six Sigma Certification. *International Journal of Productivity and Performance Management*. 2011; 61(1): 110-120.
37. ASQ web sitesi. Six Sigma Green Belt, <http://asq.org/healthcaresixsigma/training/green-belt.html>, (Erişim Tarihi: 01.09.2017).
38. ASQ web sitesi. Six Sigma Black Belt, <http://asq.org/healthcaresixsigma/training/outlines/black-belt.html>, (Erişim Tarihi: 01.09.2017).
39. NAHQ web sitesi. CPHQ Certification Body of Knowledge. <http://nahq.org/certification/certified-professional-healthcare-quality>, (Erişim Tarihi: 01.10.2017).
40. Sağlık Bakanlığı Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı web sitesi, Eğitimler, <http://kalite.saglik.gov.tr/TR,9166/egitimler-ve-toplantilar.html> (Erişim Tarihi: 19.09.2017).
41. Kingdom of Saudi Arabia. General Authority of Statistics, Statistical Yearbook of 2015, Issue:51, Chapter 4: Health, Hospitals and Beds in All Health Sectors by Agency, <https://www.stats.gov.sa/en/416-0>, (Erişim Tarihi: 17.01.2017).
42. Sağlık Bakanlığı. Health Statistics Yearbook 2015. http://ekutuphane.sagem.gov.tr/kitaplar/health_statistics_yearbook_2015.pdf, p:93 (Erişim Tarihi: 17.01.2017).
43. ASTHO web sitesi. <http://www.astho.org/Quality-Improvement/Toolkit/Michigan-Department-of-Community-Health-Quality-Improvement-and-Performance-Management-Survey/> (Erişim Tarihi: 17.01.2017).

Üçüncü Basamak Bir Hastanede 4 Yıllık Sezaryen Doğumlarının Oranları ve Endikasyonları

Rates and Indications of Cesarean Deliveries during a 4-Year Period in a Tertiary Hospital

Kıymet YEŞİLÇİÇEK ÇALIK^a, Reyhan ERKAYA^b, Özlem KARABULUTLU^c

ÖZ Amaç: Bu çalışmada amaç 2013-2016 yılları arasında sezaryen oranlarını ve yıllara göre sezaryen endikasyonlarının dağılımını incelemektir. **Gereç ve yöntem:** Çalışma, 2013-2016 tarihleri arasında TC Sağlık Bakanlığı Trabzon Kanuni Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği'nde gerçekleşen 12.315 doğumun kayıtları retrospektif olarak incelenerek gerçekleştirildi. Bu doğumların tarihi, şekli, gebenin yaşı ve sezaryen endikasyonu hasta dosyalarından faydalanılarak kaydedildi. Verilerin analizinde tanımlayıcı istatistiksel metotlar (Frekans, Yüzde, Ortalama, Standart sapma) ve Pearson Ki-Kare testi ve Fisher Exact test kullanıldı. İstatistiksel anlamlılık için $p < 0,05$ değeri kabul edildi. **Bulgular:** 4 yıllık süreçte toplam doğum sayısı 12.315 idi ve bunların 5558'ine (%45.1) sezaryen yapıldı. Geçirilmiş uterin cerrahi (%58.2), baş pelvis uyumsuzluğu (%16.1), fetal sıkıntı (%12.8), makat prezentasyonu (%3.7), iri bebek (%2.0) idi. 2013-2016 yılları arasında gerçekleşen vaginal ve sezaryen doğumlar sonrasında morbidite ve mortalite vakası yaşanmadı. Yıllara göre sezaryen ve vajinal doğum oranları arasında istatistiksel bir fark bulunmadı ($p=0.291$). **Sonuç ve Öneriler:** Çalışma sonucunda sezaryen oranı (%45.1) Türkiye ortalamasının altında (%53) fakat Dünya Sağlık Örgütü'nün belirlediği orandan (%15) oldukça yüksektir. Çalışmada tüm yıllar için en sık endikasyon geçirilmiş uterin cerrahi olup yıllara göre sezaryen endikasyon oranlarında anlamlı değişiklik izlenmedi. Sezaryen oranlarının düşürülmesi için kadınların normal doğumunun yararları konusunda eğitilmesi, normal doğum sırasında ağrı kontrolü için desteklenmesi, kliniklerin fiziki koşullarının iyileştirilmesi, ilk gebeliği olan hastalara sezaryen kararı verilirken endikasyonların iyi değerlendirilmesi, medikal endikasyon olmadan anne isteğine bağlı yapılan operasyonların önlenmesi, ebe, hemşire ve doğum hekimlerinin düzenli olarak eğitimi önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Endikasyon, sezaryen doğum, sezaryen endikasyonları, sezaryen oranları

ABSTRACT Objective: The aim of this study is to examine the cesarean rates between 2013 and 2016 and the distribution of cesarean indications over the years. **Materials and methods:** The study was performed retrospectively by examining the records of 12,315 births performed at Obstetrics and Gynecology Clinic at TR Ministry of Health Public Hospitals Trabzon Kanuni Training and Research Hospital between 2013 and 2016. The history, type and cesarean indications of these births and the ages of the pregnant women were recorded using patient files. To analyze the data, descriptive statistical methods (Frequency, Percentage, Mean, and Standard deviation), Pearson Chi-Square test and Fisher Exact test were used. For statistical significance, $p < 0.05$ was accepted. **Findings:** The total number of deliveries during the 4-year period was 12,315 and 5558 of them (45.1%) were cesarean sections. The main indications of caesarean sections were; 3195 previous uterine surgery (58.2%), 899 head-pelvis mismatches (16.1%), 715 fetal distress (12.8%), 210 breech birth (3.7%) and 114 large babies (2.0%). There were no morbidity and mortality cases after vaginal and cesarean deliveries between 2013 and 2016. There was no statistically significant difference between cesarean and vaginal birth rates according to the years ($p = 0.291$). **Conclusion and Recommendations:** The study demonstrated that the cesarean rate (45.1%) as below the average of Turkey (53%), but it was much higher than the one determined by the World Health Organization (15%). The most frequent indication in the study for all years was previous uterine surgery and there was no significant change in cesarean section rates over the years. There are some methods that can be applied to decrease the cesarean rate such as to control primary cesarean rates, it is also important to educate women about the benefits of normal birth and to support and encourage them for pain control during birth, improve the physical conditions of the clinic, the prevention of the operations which are applied only for maternal

Geliş Tarihi /Received: 30-03-2018 Kabul Tarihi/Accepted:14-04-2018

^aYrd. Doç. Dr. Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü, Trabzon, Türkiye, e-mail: omrumyesilcicek@hotmail.com, special email: kyesilcicek@ktu.edu.tr, ORCID ID: 0000-0001-7146-3385

^bÖğr. Gör. Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü, Trabzon, Türkiye, e-mail: reyhanozturk30@hotmail.com, ORCID ID: 0000-0002-9061-2742

^cYrd. Doç. Dr. Kafkas Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü, Kars, Türkiye, e-mail: okarabulutlu@gmail.com, special email: okarabulutlu@atauni.edu.tr, ORCID ID:0000-0001-7477-3450

Araştırma 22-24 Mart 2018 tarihleri arasında gerçekleştirilen I.Uluslararası ve II. Ulusal Kadın Sağlığı Hemşireliği Kongresi'nde Poster Bildiri olarak sunulmuştur.

Sorumlu Yazar/Corresponding Author: Kıymet Yeşilçipek Çalık, e-mail: kyesilcicek@ktu.edu.tr

request without any medical indications, a good evaluation of indications when a decision is made for cesarean section if it is the first pregnancy and educate midwives, nurses, and obstetricians regularly.

Key Words: Cesarean indications, cesarean, cesarean section rates

Giriş

Sezaryen dünyada en sık yapılan cerrahi girişimlerden biridir ve genel olarak, vajinal doğumda anne ve/veya bebek için artan morbidite ve mortalite riski olduğu veya vajinal doğum eyleminin güvenle tamamlanamayacağı durumlarda abdominal insizyon ile fetusun doğumu olarak tanımlanmaktadır (1-4).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), 1985'ten beri ideal sezaryen oranını %10-15 olarak belirtmiş olsa da bu oran gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde hızla artmaktadır. DSÖ 2015 verilerine göre Türkiye dünya da en yüksek sezaryen oranlarına sahip ilk beş ülkenin (Dominion Cumhuriyeti %56.4, Brezilya %55.6, Mısır %51.8, Türkiye %50.4, İran %48, Çin %47) dördüncüsü ve OECD ülkeleri arasında ise birinci sırada yer almaktadır (5). Türkiye'deki sezaryen oranlarının yıllara göre ciddi bir artış eğiliminde olduğu, 1993 yılından 2015'e kadar %7'den % 53'e yükseldiği bilinmektedir (6,7). Yine Sağlık Bakanlığı 2015 verilerine göre sezaryen doğumların %37.5'inin Sağlık Bakanlığı, %69.3'ünün üniversite hastanelerinde, %70.5'inin ise özel hastanelerde yapılmaktadır (7).

Günümüzde sezaryen ameliyatları en sık mükerrer sezaryen, distosi, fetal distres ve anormal fetal prezentasyon gibi dört ana nedenle uygulanmaktadır (2,3,7). Diğer endikasyonlar ise ilk doğumların ileri yaşlarda yapılması, doğum indüksiyonunu artması, yardımcı üreme tekniklerinin kullanımındaki artış ve bu artışa bağlı çoğul gebelik oranlarının yükselmesi, obezite prevalansının artması, elektronik fetal monitör kullanımının yaygınlaşması, makat prezentasyonlu vakaların sezaryen ile doğurtulması, forseps ve vakumun daha az kullanılması, preeklampatik gebelerde doğum indüksiyonunun azalması, sezaryen doğum sonrası vajinal doğumun tercih edilmemesi, vajinal doğum ile ilişkili pelvik taban hasarının artması, sezaryen doğumun bebek için daha güvenli olduğuna dair yanlış, hem anne hem de sağlık profesyonelleri için daha uygun bir yöntem olması düşüncesi, normal doğum korkusu nedeniyle anne isteğinin artması gibi sosyal endikasyonlar yanında vajinal doğum ve operatif doğum ile ilgili

medikolegal problemlerin hekimler üzerinde oluşturduğu baskı şeklinde sıralanabilir (2-4,8-10). Tıbben gerekli olduğunda, sezaryenin perinatal mortalite ve morbiditeyi etkili olarak önlediği ancak endikasyonun olmadığı durumlarda anne veya yenidoğan mortalitesini azalttığına dair kanıt olmadığı bildirilmektedir. Nitekim yapılan araştırmalarda %15'in üzerindeki sezaryen oranları, anne ve yenidoğan mortalite hızlarındaki azalmayla ilişkili bulunmamıştır (5,11-13).

Sağlık Bakanlığı tarafından anne sağlığını korumak amacıyla ülke genelinde kamu ve özel sağlık kuruluşlarında doğum eylemi ve sonuçlarının izlenmesi çalışmaları yapılmaktadır. Bu çerçevede sezaryen endikasyonları ve sonuçlarının izlenmesi de önem arz etmektedir. Bu nedenle bu çalışma 2013-2016 yılları arasında sezaryen oranlarını ve yıllara göre sezaryen endikasyonlarının dağılımını incelemek için yapılmıştır.

Gereç ve Yöntem

Çalışma, 01.01.2013-31.12.2016 tarihleri arasında TC Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu Trabzon Kanuni Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği'nde gerçekleşen 12.315 doğumun kayıtları retrospektif olarak incelenerek gerçekleştirildi. Bu doğumların tarihi, şekli, gebenin yaşı ve sezaryen endikasyonu hasta dosyalarından faydalanılarak kaydedildi. Araştırma öncesi ilgili kurumdan yazılı izin ve etik onay alındı ve çalışmada hastaların kişisel bilgilerinin gizliliğine önem verildi. Verilerin analizinde tanımlayıcı istatistiksel metotlar (Frekans, Yüzde, Ortalama, Standart sapma) ve niteliksel verilerin karşılaştırılmasında Pearson Ki-Kare testi ve Fisher Exact test kullanıldı. İstatistiksel anlamlılık için $p < 0.05$ değeri kabul edildi.

Bulgular

Yapılan arşiv taraması sonucunda 2013-2016 yılları arasında Trabzon Kanuni Eğitim ve Araştırma hastanesinde toplam 12.315 doğum gerçekleştiği saptanmıştır. Bunların 5558'i

sezaryen ile doğumdur. Tüm sezaryen vakaları içinde primer sezaryen oranı %18,8, geçirilmiş uterin cerrahi oranı %26,2 ve dört yılın sezaryen oranı %45,1'dir (Tablo 1). Yıllara göre sezaryen dağılımı incelendiğinde; 2013'te 1232 (%45,8), 2014'te 1360 (%43,7), 2015'te 1514 (%45,3),

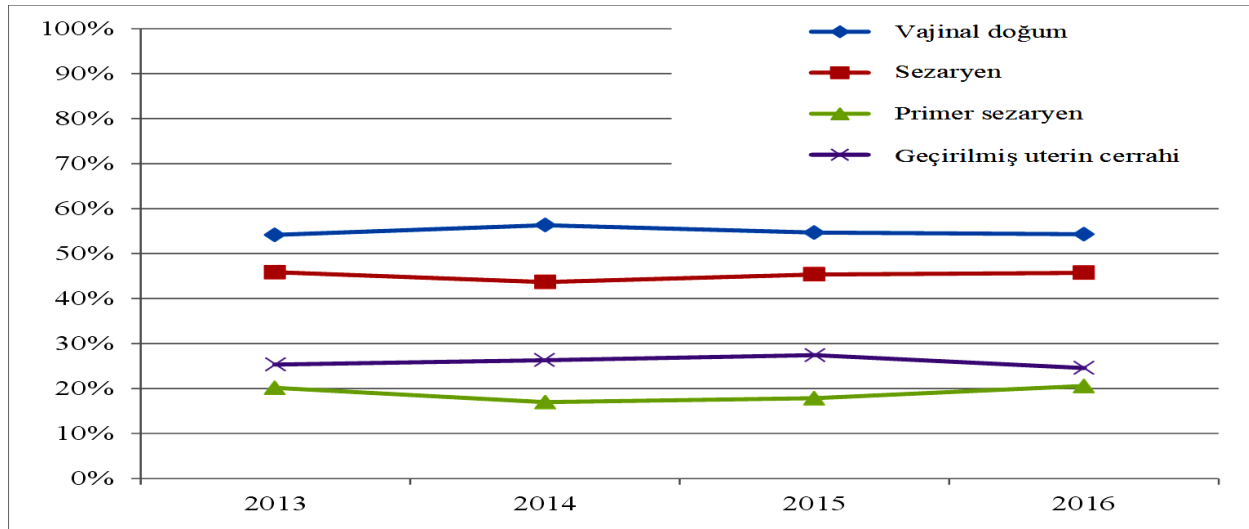
2016'da 1452 (%45,7) kadına sezaryen uygulandığı ve dört yıllık süreçte sezaryen oranlarının değişmediği görülmektedir (Tablo 1) (Şekil 1). Tüm sezaryen vakaları içinde 35 yaş altı kadınlarda sezaryen oranı %66,8 35 yaş ve üstü kadınlarda ise %33,2 olarak saptandı (Tablo 1).

Tablo 1. Yıllara göre vajinal ve sezaryen doğumların dağılımı

Yıl	Doğum sayısı	Vajinal doğum n (%)	Sezaryen n (%)	Primer Sezaryen n (%)*	Geçirilmiş uterin cerrahi n (%)**	<35 yaş kadınlarda n (%)***	≥35 yaş kadınlarda n (%)***
2013	2687	1455 (54,2)	1232 (45,8)	541 (20,1)	723 (26,9)	735 (59,7)	497 (40,3)
2014	3114	1754 (56,3)	1360 (43,7)	528 (16,9)	819 (26,3)	845 (62,1)	515 (37,9)
2015	3338	1824 (54,7)	1514 (45,3)	599 (17,9)	915 (27,4)	1007 (66,5)	507 (33,5)
2016	3176	1724 (54,7)	1452 (45,7)	653 (20,5)	780 (24,5)	1128 (77,6)	324 (22,4)
Toplam	12.315	6757 (54,9)	5558 (45,1)	2321 (18,8)	3237 (26,2)	3715 (66,8)	1843 (33,2)
p		$\chi^2=3,742$ p=0,291					

*Tüm doğumlar içinde primer sezaryen yüzdesi,** Tüm doğumlar içinde geçirilmiş uterin cerrahi yüzdesi

*** Tüm sezaryen doğumlar içinde yaşa göre sezaryen dağılımı

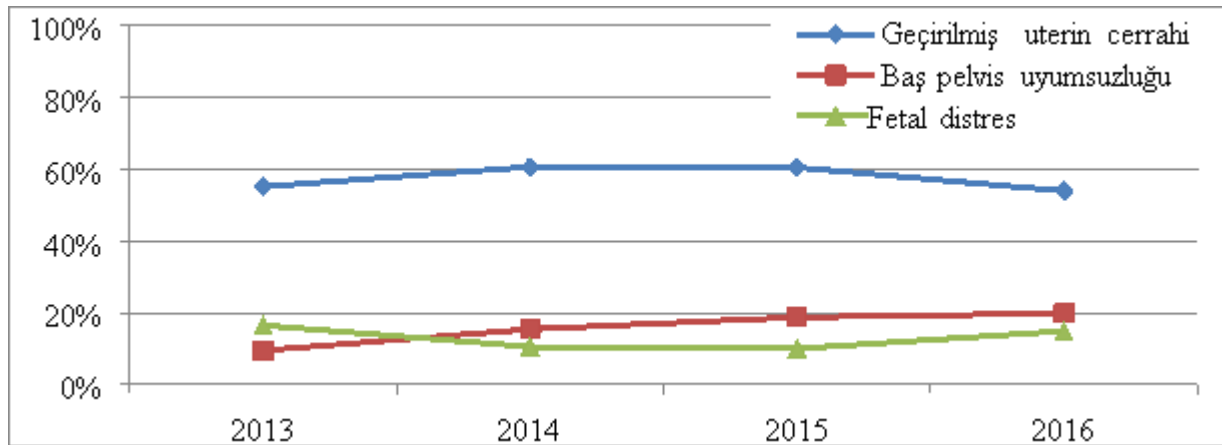


Şekil 1. Yıllara göre sezaryen ve vajinal doğumların dağılımı

Tablo 2. Yıllara göre sezaryen endikasyonlarının dağılımı

Endikasyonlar	2013 n (%)	2014 n (%)	2015 n (%)	2016 n (%)	Toplam n (%)
Geçirilmiş uterin cerrahi	723 (58,6)	819 (60,2)	915 (60,4)	780 (53,7)	3237 (58,2)
Baş pelvis uyumsuzluğu	160 (12,9)	209 (15,3)	284 (18,7)	288 (19,8)	899 (16,1)
Fetal distres	204 (16,5)	143 (10,5)	152 (10,0)	216 (14,8)	715 (12,8)
Makat prezentasyonu	53 (4,3)	47 (3,4)	54 (3,5)	56 (3,8)	210 (3,7)
İribebek	27 (2,1)	35 (2,5)	31 (2,0)	21 (1,4)	114 (2,0)
Çoğul gebelik	0 (1,6)	24 (1,7)	28 (1,8)	23 (1,5)	95 (1,7)
Diğer prezentasyon anomalileri (Tranvers, alın, yüz geliş vb.)	0 (0,8)	19 (1,3)	17 (1,1)	21 (1,4)	67 (1,2)
Sistemik hastalıklar** (DM**, HT***, gebeliğe bağlı HT)	11 (0,8)	30 (2,2)	6 (0,3)	14 (0,9)	61 (1,0)
Plasenta anomalileri (Plasenta previa, vasa previa, ablasyo plasenta)	12 (0,9)	18 (1,3)	13 (0,8)	17 (1,1)	60 (1,0)
Uzamış eylem	10 (0,8)	12 (0,8)	14 (0,9)	11 (0,7)	47 (0,8)
Kordon sarkması	1 (0,08)	3 (0,02)	0	2 (0,1)	6 (0,1)
Fetal anomaliler (Hidrocefali, sakrokoksigeal teratom vb.)	1 (0,08)	1 (0,07)	0	3 (0,3)	5 (0,08)
Toplam	1232 (45,8)	1360 (43,7)	1514 (45,3)	1452 (45,7)	5558 (45,1)

*2014 yılına ait 1 vertikal geçişli maternal enfeksiyon (HSV-2) bu grubun içine dahil edildi. **Diabetes Mellitus, ***Hipertansiyon



Şekil 2. Yıllara göre en sık sezaryen endikasyonları olan geçirilmiş uterin cerrahi, baş pelvis uyumsuzluğu ve Fetal distres dağılımı

Sezaryen doğumların başlıca endikasyonları sırasıyla; geçirilmiş uterin cerrahi (%58.2), baş pelvis uyumsuzluğu (%16.1), fetal sıkıntı (%12.8), makat prezentasyonu (%3.7), iri bebek (%2.0), çoğul gebelik (%1.7), diğer prezentasyon

anomalileri (%1.2), sistemik hastalıklar (%1.0), plasenta anomalileri (%1.0), uzamış eylem (%0.8), kordon sarkması (0,1), fetal anomaliler (%0,08) idi (Tablo 2).

Toplam dört yıl içindeki en sık üç sezaryen endikasyonu; geçirilmiş uterin cerrahi (%58.2), baş pelvis uyumsuzluğu (%16.1), fetal sıkıntı (%12.8) olarak saptandı (Şekil 2). Tablo olarak gösterilmemekle birlikte 2013-2016 yılları arasında gerçekleşen vajinal ve sezaryen doğumlar sonrasında hastanede morbidite ve mortalite vakası yaşanmadı. Yıllara göre sezaryen ve vajinal doğum oranları arasında istatistiksel bir fark bulunmadı ($p=0.291$) (Tablo 1).

Tartışma

Sezaryen doğum oranları neredeyse tüm dünya ülkelerinde giderek artmaktadır ve bu oranlar ülkelerin sağlık politikaları ve insanların doğum eylemine bakış açıları ile değişiklik göstermektedir (9). DSÖ tarafından sezaryen hızı olarak önerilen %15 seviyesinin altına inildiğinde veya üzerine çıkıldığında maternal ve perinatal mortalite ve morbiditenin artacağı belirtilmektedir (5). Betran ve ark. (13) tarafından yapılan ve 1990-2014 yılları arasında kapsayan küresel, bölgesel ve ulusal verilere ulaşıldığı geniş çaplı bir çalışmada, tüm dünyada sezaryen oranı %18.6, Latin Amerika ve Karayip bölgesinde %40.5, kuzey Amerika da %32.3, Pasifikte %31.1, Avrupa da %25, Asya da %19.2 ve Afrika da %7.3 olarak bildirilmektedir. Yani dünyada yaklaşık her beş kadından biri sezaryen ile doğum yapmaktadır. Aynı çalışmada son 24 yıl içinde aralarında Türkiye'nin de olduğu bazı ülkelerde (Mısır, Dominik Cumhuriyeti, Gürcistan, Çin gibi) sezaryen doğum sıklıklarında %30'un üzerinde dikkat çekici artışlar olduğundan bahsedilmektedir (13). Araştırmanın yapıldığı Trabzon ili sağlık müdürlüğü 2015 yılı ilk altı aylık verilerine göre; ilin sezaryen oranı %65.4 olup; bu oran kamu hastanelerinde %44.4, üniversite hastanesinde %73.2, özel hastanelerde ise %73.4'tür (14). Bu çalışmada ise, 2013-2016 yılları ortalama sezaryen oranı %45.1, primer sezaryen oranı ise %18.8'dir. Bu oran, Türkiye'nin sezaryen oranı ortalaması olan %53'ten ve Doğu Karadeniz bölgesi sezaryen oranı olan %56'dan düşüktür (6,7). Benzer şekilde sezaryen doğum oranları ve endikasyonlarını inceleyen retrospektif çalışmalar incelendiğinde de özellikle üçüncü basamak sağlık kuruluşlarında sezaryen oranının giderek arttığı ve sezaryen hızının %36-75 arasında değiştiği görülmektedir (15-21). Araştırmanın yapıldığı 2013-2016 yılları arasında sezaryen oranlarında genel eğilim olarak artış

yönünde olmaması umut verici bir sonuçtur. Ancak yine de bu oranlar hem DSÖ'nün önerdiği orandan (%15) hem de Sağlık Bakanlığı- TJOD'un (Türk Jinekoloji ve Obstetri Derneği) sezaryen oranlarının azaltılması ortak eylem planında hedeflenen düzey olan %35'ten belirgin olarak yüksektir (20). Yine de dört yıllık süre zarfında sezaryen oranlarında bir artış olmamasının kamu hastanesi düzeyinde Sağlık Bakanlığı ve TJOD ortak eylem planının ana stratejilerinin (klinik düzeyinde stratejiler, idari stratejiler ve halka yönelik stratejiler) (20) il düzeyinde başarılı bir şekilde uygulandığı şeklinde yorumlanabilir. Bu kapsamda il bazında ebe-hemşirelere yönelik olarak verilen acil obstetrik bakım (AOB) kurslarının, doğum hizmetlerini güçlendirme projesi eğitimlerinin, anne dostu hastane çalışmaları ve bu kapsamda açılan gebe okullarında verilen eğitimlerin sezaryen oranlarının artmamasında etkisi olduğu söylenebilir. Çünkü gerek gebe okullarında gerekse antenatal dönemde verilen doğuma hazırlık eğitimlerinin epidural analjezili vajinal doğum tercihini ve doğuma hazır oluşu arttırdığı ve sezaryen doğum oranını azalttığını destekleyen çalışmalar mevcuttur (21). Örneğin Khunpradit ve ark. (22) sezaryen oranlarını azaltmak için klinik dışı müdahaleler başlıklı sistematik derlemelerinde, gebelere verilen doğuma hazırlık eğitimlerinin sezaryen oranlarını düşürdüğü gösterilmiştir. Yine kadın doğum hekimlerinin ve ebe-lerin, sezaryen ve sezaryen sonrası vajinal doğuma yönelik görüşlerinin incelendiği bir çalışmada da, ebe ve hekimlerin çoğunun sezaryen oranlarının azaltılmasında doğuma hazırlık sınıflarının faydalı olacağına inandıkları belirtilmiştir (23).

Literatürde en sık sezaryen endikasyonu geçirilmiş uterin cerrahi olup, bunu pelvik distosi, fetal distres ve prezentasyon anomalileri takip etmektedir (3,9,24-28). Bu çalışmada da literatürle uyumlu olarak en sık sezaryen endikasyonu sırasıyla %58.2 oranıyla geçirilmiş uterin cerrahi, baş pelvis uyumsuzluğu ve fetal distres takip etmekteydi. Robson'un (8) ABD de yaptığı geniş kapsamlı bir çalışmada sezaryen nedeni olarak en sık dört endikasyon; bir kez geçirilmiş sezaryen (%41), ilerlemeyen travay (%13.8), makat geliş (%6.9), fetal distres (%6.9) olarak belirtilmiştir. Küçükbaş ve ark. (25) çalışmasında da aynı şekilde en sık üç sezaryen endikasyonu sırasıyla; geçirilmiş sezaryen %37.8, baş pelvis uyum-

suzluğu %16.5 ve fetal distres %13.8 olarak bildirilmiştir. Yapılan diğer çalışmalar incelendiğinde de benzer şekilde, geçirilmiş sezaryenin endikasyonlar içinde ilk sırada yer aldığı fetal distres, baş pelvis uyumsuzluğu, prezentasyon anomalileri endikasyonlarının ise ikinci, üçüncü ve dördüncü sıralarda değişerek yer aldığı bildirilmiştir (15-21,24-28).

Her ne kadar sezaryen doğum annenin ve bebeğin hayatını kurtaran değerli bir girişim olsa da hem anestezi ve cerrahi işleme bağlı riskleri hem de doğum sonu dönemde bazı komplikasyonları beraberinde getirmektedir (3). Oysa kanıta dayalı çalışmalar endikasyonun olmadığı durumlarda, sezaryenin anne veya yenidoğana yararı olmadığını göstermektedir. Bu çalışmalarda, doğum şeklinin sadece beş sonucu etkilediği gösterilmektedir. Bunlar: 1) Maternal kanama, 2) Annenin hastanede yatış süresi, 3) Yenidoğan respiratuar morbiditesi, 4) Takip eden gebeliklerde plasenta previa/akreta, 5) Uterus rüptürüdür. Sonuçlardan sadece maternal kanama planlı sezaryen doğum lehineyken diğer dördünde vajinal doğum avantajlıdır (3). Bu nedenle, normal doğum öyküsü olan düşük riskli primigravida veya multipar kadınlarda sezaryen kararı verirken, sezaryen endikasyonlarının tekrar gözden geçirilmesi sezaryen oranlarının düşürülmesinde etkili olabileceğinden bahsedilmektedir (25). Yine düşük riskli gebelerde sezaryen sonrası vajinal doğum, tüm risk ve avantajları ile değerlendirilir ve desteklenirse geçirilmiş sezaryen sebebiyle yapılan sezaryen oranının düşürülmesine katkı verebilir (2,12,29). Nitekim Costa ve ark. (24) tarafından Portekiz de yapılan bir çalışmada, 2005 ile 2011 sezaryen oranlarındaki düşüşü primer sezaryen doğumlarındaki; external fetal versiyon programının uygulanması, düşük riskli gebeliklerde sadece 41. gebelik haftasından sonra induksiyon yapılması ve düşük riskli maternal-fetal hastalık durumlarında vajinal doğum denemesi gibi uygulamalardan kaynaklandığı belirtilmiştir.

Bu çalışmada, önceden geçirilmiş sezaryen olmayan kadınlarda en sık ikinci sezaryen endikasyonu baş pelvis uyumsuzluğudur. Benzer şekilde hem ülkemizde hem de yurt dışında yapılan çalışmalarda baş pelvis uyumsuzluğu primer sezaryen için majör endikasyonlardan biri olarak gösterilmektedir (3,9,10,15-19,21,24). Amerikan Obstetrik ve Jinekoloji Derneği (ACOG) ve Ulusal Çocuk Sağlığı Ve İnsan Gelişimi Enstitüsü (National Institute of Child Health and Human

Development -NICHD) tarafından 2016'da yenilenen çalıştay sonuçlarına göre, hekimlerin baş pelvis uyumsuzluğu tanısı koyarken yeterince beklememelerine bağlı sezaryen oranlarında artış olduğu öne sürülmektedir (12). Bu veriyi destekler şekilde 2015 yılında yayımlanan "Doğumun ilk aşamasının yönetimi: Sezaryen doğum oranını düşürmek için potansiyel stratejiler" başlıklı sistematik derlemede, doğum müdahalelerinin çoğunun gerçekleştiği birinci evrede çoğu hekim ve ebeğin distosinin tanınması için "daha fazla zamana" ihtiyaç duydukları belirtilmektedir (30). Benzer şekilde ACOG ve Maternal-Fetal Tıp Derneği'nin 2016 yılında doğumun birinci ve ikinci evresindeki bekleme süreleri ve uygulama önerilerini kanıt düzeyleriyle belirterek güncelledikleri "primer sezaryen doğumun güvenli önlenmesi" ortak görüş bildirisinde; doğum distozisi tanımının yeniden gözden geçirilmesinin gerektiğini çünkü mevcut güncel verilerin doğum eyleminin tarihsel olarak öğretilenden daha yavaş ilerlediğini gösterdiğine vurgu yapılmaktadır (12). Bu önerilerden yola çıkarak anne ve bebeğin iyilik hali göz önünde bulundurularak, distosinin tanınması ve doğru müdahalelerin doğru zamanda yapılması, gereken sürenin tanınması hakkında ebe ve hekimlerin bilgilendirilmesi ile sezaryen oranları düşürülebilir (25).

Son yıllarda antenatal tanı yöntemlerinin yaygın kullanımıyla birlikte fetal distresin önceden belirlenmesi sezaryen oranını arttıran önemli bir neden olarak görülmektedir. Çünkü yanlış pozitiflik sebebiyle fetal distres tanısı alan fakat gerçekten stres altında olmayan fetüslerin sezaryenle doğurtulması sezaryen oranlarını arttırdığı düşünülmektedir (31-32). Yapılan çalışmalarda, fetal distres genelde en sık ikinci veya üçüncü sırada sezaryen endikasyonu olarak belirtilmektedir (3,10,17,25). Benzer şekilde bu çalışmada da fetal distres en sık üçüncü sezaryen endikasyonu olarak saptandı. Bu çalışmanın yapıldığı hastanede travaydaki gebeler elektronik fetal monitorizasyon (EFM) ile izlenmektedir. Bununla birlikte sürekli EFM ile aralıklı oskültasyon uygulamasının karşılaştırıldığı Cochrane sistematik derlemesinde, sürekli EFM ile izlenen gebelerin sezaryen oranlarının aralıklı oskültasyonla izlenen gebelere göre anlamlı olarak daha fazla olduğu bildirilmiştir (32). Yine ACOG ve NICHD 2016 yılında güncelleyerek yayınladıkları "primer sezaryen doğumun güvenli önlenmesi"

ortak görüş bildirisinde; EFM'nin yorumlanmasında ve yönetiminde standartlaştırılmış bir terminoloji oluşturulmasının primer sezaryen oranlarının azaltılmasında etkili olabileceği belirtilmektedir (12). Bu doğrultuda sürekli EFM'nin neden olduğu sezaryen oranlarını azaltmak için rehberleri basitleştirerek güncellemek ve sezaryen uygulamak için gerekli eşiği yükselterek yanlış pozitif değerlendirme oranlarını azaltmak uygun olabilir.

Makat geliş, fetal başın takılması ve kordon prolapsusu sebebiyle sezaryen endikasyonlarında sık görülen bir diğer sebeptir (19,28). Ancak iri fetüs, uygunsuz pelvis, ayak geliş ve başın hiperekstansiyonu gibi ek bir sezaryen endikasyonu olmadığı durumlarda makat geliş hastalarında vajinal doğum denenebilir (33). Planlı vajinal makat doğumda perinatal mortalite ve morbidite risklerini inceleyen bir metaanalize göre; makat prezentasyonlu gebeliklerin vajinal yolla doğurtulmasının sezaryene göre riskli olduğu fakat bu riskin çok yüksek olmadığı ve gebeye özel, bireysel doğum yöntemi kararı verilebileceği belirtilmektedir (33). Bununla birlikte ACOG, makat prezentasyonu ile izlenen gebelere bilgilendirme yapılması durumunda sezaryenin önerilmesini desteklemektedir (34). Ülkemizde yapılan çalışmalarda makat prezentasyonunun %2,9-%10 oranları arasında değişerek dördüncü ve/veya beşinci sırada en sık sezaryen endikasyonuna neden olduğu bildirilmektedir (3,9,21,28,29). Bu çalışmada ise makat geliş dördüncü en sık sezaryen endikasyonu olarak saptandı.

Makrozomi 4000 gramın veya 90 persantilin üzerindeki bebekler için kullanılan bir terimdir (34,35) ve yapılan çalışmalarda sezaryen oranlarında artışa neden olduğu gösterilmiştir (3,18,19,24-28). Bu çalışmada ise iri fetüs beşinci en sık sezaryen nedeni olarak tespit edildi. Çalışmanın yapıldığı hastanede, 4000 g ve üzeri tahmini fetal ağırlık belirlenen fetüsler makrozomik fetüs olarak değerlendirilmekte ve olası vajinal doğum komplikasyonlarının (omuz distozisi, fetal morbidite vb.) önlenmesi için sezaryen doğum önerilmektedir. Ancak günümüzde, fetal boyuttaki aşırılığın tam bir ölçümünün mümkün olmadığı belirtilmektedir. Bu veriyi destekler şekilde Rouse ve ark. (36) yaptığı bir çalışmada ultrason fetal boyutun tahmininde %60 sensitiv ve %90 spesifik olarak bulunmuştur. Yani iri fetüs tanısı ile sezaryen yapılan gebelerin %40'ı

iri değildir. ACOG ise, diyabetik anne fetüslerinde 4500g, diğer anne fetüslerinde ise 5000g ve üzerinde makrozomik fetüs tanısı konulması durumunda sezaryen planlanmasını önermektedir (34).

Bu çalışmada diğer sezaryen endikasyonları olan çoğul gebelik, maternal sistemik hastalıklar, diğer prezentasyon anomalileri, uzamış eylem, plasenta anomalileri, fetal anomaliler ve kordon sarkması %'2'nin altında bir sıklık gösterdikleri için literatür eşliğinde tartışılmamıştır.

Literatürde kadının yaşı arttıkça sezaryen doğum oranlarının da arttığı belirtilmektedir (10,26,37-38). Fakat bu çalışmada, 35 yaştan küçük olan kadınlarda sezaryen oranının, ≥ 35 yaş olan kadınlara göre daha yüksek olduğu saptandı. Çalışmamız, ileri yaş ile sezaryen doğum riskinin artması arasında ilişki olduğunu bildiren mevcut literatürle uyumlu değildir. Bunun nedeni olarak, her ne kadar araştırmalarda sezaryen endikasyonları arasında geçmese de ilk doğumunu yapacak olan kadınların isteğe bağlı sezaryen tercihlerinin önemli bir katkısı olabileceği düşünülmektedir. Günümüzde kadınların bilinçli olarak en başından sezaryen doğum istemesi ve gebelik süresince de buna uygun adımlar atması sezaryen oranlarının artmasında önemli bir yer tutmaktadır (9,38,39). Bu durum göz önüne alındığında ülkemizde de giderek artan sezaryen oranlarını anlamak ve bu konuda başarılı müdahaleler oluşturabilmek için kadınların doğum şekli tercihlerine etki eden faktörleri bilmek önem kazanmaktadır. Kadınların doğum tercihlerinin incelendiği araştırmalar göstermektedir ki sezaryenle doğum yapmak isteyen kadınların; en fazla doğum ve doğum ağrısından korktukları için, kıymetli bebek/televizyon ile hamile kaldıkları için, tüplerini bağlatmak istedikleri için, anne ve bebek için daha sağlıklı olduğunu ve daha kolay olduğunu düşündükleri için, vajinal doğumdaki pozisyon ve muayenelerden rahatsız oldukları için, doğum yapacağı tarihi önceden bilmek istedikleri için, önceki doğumu zor ya da sezaryen olduğu için, gebeliği süresince aile ve arkadaş etkisinde kaldığı için ve hekim isteği gibi nedenlerden dolayı sezaryen doğumu tercih ettikleri belirtilmektedir (3,9,47,48). Bu nedenle kadınların doğumdan beklentilerini ortaya çıkarmak ve bu süreçte ihtiyaçları olan bilgi, destek ve bakımı verebilmek açısından doğum şekli ile ilgili tercihlerini belirlemek ve karar sürecine katılmalarını sağlamak önemlidir (9). Bu bilgiler

doğrultusunda, gebelerin vajinal doğum ve sezaryenin avantajları ve dezavantajları konusunda bilgilendirilmeleri ve vajinal doğum açısından cesaretlendirilmeleri anne isteğine bağlı sezaryen oranını azaltmada etkili olabileceği söylenebilir.

Sonuç ve Öneriler

Çalışma sonucunda sezaryen oranı Türkiye ortalamasının altında fakat DSÖ'nün belirlediği orandan oldukça yüksektir. Ancak çalışmanın yapıldığı hastane üçüncü basamak referans bir hastane olmasına rağmen, yıllara göre sezaryen ile doğum oranlarında anlamlı bir artış izlenmedi. Çalışmada tüm yıllar için en sık sezaryen endikasyonu geçirilmiş uterin cerrahi idi.

Sonuç olarak, yıllar içinde giderek yükselen sezaryen doğum oranlarının doğru atılacak stratejik adımlarla ve multidisipliner çalışmalarla zaman içinde azaltılabileceği düşünülmektedir. Bu bağlamda kanıta dayalı uygulamaları klinik ile birleştirmek son derece önem kazanmaktadır (40). Bunun için de ana hedef “daha az sezaryen” değil, “daha doğru travay ve doğum yönetimi” olmalıdır (20). Bu sebeple, ilerlemeyen eylem, fetal distres, baş-pelvis uyumsuzluğu gibi endikasyonların daha objektif kriterlere oturtulması, tanı kriterlerinin güncellenmesi, travay ve doğum süresince yapılan müdahale ve muayene sonuçlarının partograf ile izlenmesi, doğum eyleminin takibinde aralıklı monitörizasyon yapılması, anormal kardiyotokografi durumunda sezaryen öncesi fetal kan örnekleme yapılması, makat prezentasyonlarda uygun vakalarda vajinal doğum denenmesi, eksternal sefalik versiyon gibi operatif vajinal doğum oranının arttırılması, sezaryen oranlarının analizinde Robson's Kriterlerinin kullanılması, obstetrik analjezi ve anestezinin yaygınlaştırılması, hekimlerin üzerindeki medigolegal baskının azaltılması ve malpraktis yasasının gözden geçirilmesi gibi önlemler uygulamaya konularak kadın doğum hekimleri için standart bir yol gösterici rehber oluşturulması primer sezaryen oranlarını azaltabilir. Bununla birlikte sezaryen oranlarını düşürülmesinde özellikle ebelerin işbirliğinin önemi anlaşılmalıdır. Bu doğrultuda kanıta dayalı uygulamaların klinik ile birleştirilmesi için ebelerin doğumda daha aktif rol almasının sağlanması, kanıta dayalı uygulamaları içeren hizmet içi eğitim programlarının arttırılması, ebelerin güncel gelişmeleri takip etmeleri ve ebeler

tarafından kadınlara yönelik doğuma hazırlık kurslarının yaygınlaştırılması ve doğuma yönelik olumlu tutum geliştirilmesi desteklenmelidir. Ayrıca anne adaylarının vajinal doğum ve sezaryenin avantajları ve dezavantajları konusunda bilgilendirilmeleri ve vajinal doğum açısından cesaretlendirilmeleri de anne isteğine bağlı sezaryen oranını azaltmada büyük rol oynayacaktır.

Kaynaklar

1. Souza JP, Betran AP, Dumont A, De Mucio B, GibbsPickens CM, Deneux-tharoux C, et al. A global reference for caesarean section rates (C-Model): a multi country cross-sectional study. *BJOG* 2016;123(3):427-36.
2. T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü. Doğum ve Sezaryen Eylemi Yönetim Rehberi. Ankara: Damla Matbaacılık; 2010.
3. Sayın NC, Erzincan SG, Çilingir IU. Sezaryen: kanıta dayalı bilgiler. *Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst-Special Topics* 2018; 11(1), 76-81.
4. Mathai M, Hofmeyr GJ, Mathai NE. Abdominal surgical incisions for caesarean section. *Cochrane Database Syst Rev* 2013; (5): CD004453.
5. World Health Organization, WHO Statement on Caesarean Rates 2015. (Erişim Tarihi: 16/03/2018) Erişim adresi: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/cs-statement/.
6. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü 2014.” 2013 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması” Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, T.C. Kalkınma Bakanlığı ve TÜBİTAK, Ankara, Türkiye, ss.150.
7. T.C.Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2015. (Erişim Tarihi: 16/03/2018) Erişim adresi: www.sagem.gov.tr/dosyalar/SIY_2015.pdf.
8. Robson SJ, de Costa CM. Thirty years of the World Health Organization's target caesarean section rate: time to move on. *Med J Aust* 2017;206(4):181-5.
9. Karabel MP, Demirbaş M, İnci MB. Türkiye’de ve dünya’da değişen sezaryen sıklığı ve olası nedenleri. *Sakarya Med J.* 2017; 7(4):158-163.
10. Begum T, Rahman A, Nababan H, Hoque DME, Khan AF, Ali T, Anwar I. Indications and determinants of caesarean section delivery:

- Evidence from a population-based study in Matlab, Bangladesh. PLoS One 2017; 12(11): e0188074.
11. American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) Committee opinion no. 559: Cesarean delivery on maternal request. Obstet Gynecol 2013; 121(4):904-7.
 12. American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG); Society for Maternal-Fetal Medicine. Obstetric care consensus no. 1: safe prevention of the primary cesarean delivery. Obstet Gynecol 2014;123:693–711.
 13. Betran AP, Ye J, Moller A, Zhang J, Gulmezoglu AM, Torloni MR. The Increasing Trend in Cesarean Section Rates: Global, Regional and National Estimates: 1990-2014. PLoS One 2016; 11(2): e148343.
 14. Trabzon İl Sağlık Müdürlüğü İstatistikleri 2017. (Erişim tarihi: 18.03.2018). Erişim adresi: trbism.gov.tr/
 15. Aksoy H, Özyurt S, Aksoy Ü, Açmaz G, Karadağ Öİ, Babayiğit MA. Hastanemizdeki sezaryen hızı ve endikasyon dağılımları ışığında Türkiye’de sezaryen ile doğuma genel bakış. Kocaeli Med J. 2014; 3, 1-7.
 16. Uzunçakmak C, Gülda A, Aydın S, Var A, Özçam H. S.B. İstanbul Eğitim Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği’nde 2005-2012 yılları arasında sezaryen ile doğum yapan hastaların değerlendirilmesi. İstanbul Med J. 2013; 14: 112-6.
 17. Yıldız A, Köksal A, Çukurova K, Keklik A, Çelik N, İvit H. Bir obstetrik kliniğinde 15 yıllık period süresince sezaryen oranları ve endikasyonlarının yıllara göre dağılımı. Nobel Med. 2010; 6, 10-14.
 18. Mutlu İ, Mutlu MF, Demir A, Efetürk T, Kiseli M. Kliniğimiz 2009-2012 yılları arasında saptanan sezaryen oranları: sezaryen oranlarındaki artış kaçınılmaz mı? Gazi Med J. 2013; 24:40-3.
 19. İlgüder ÇK, Bulut YE, Yılmaz G, Doğru HY, Özsoy AZ, Başol N. Kliniğimizde 2014-2016 yılları arasında sezaryen oranı ve endikasyonları. Jinekoloj Obstet Neonatol Tıp Derg 2017; 14(4).
 20. Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği (TJOD): Sağlık Bakanlığı - TJOD sezaryen oranlarını azaltma ortak eylem planı 2013. (Erişim tarihi: 10/02/2018) Erişim adresi: <http://www.tjod.org/saglik-bakanligi-tjodsezaryen-oranlarini-azaltma-ortak-eylem-plan/>.
 21. Mete S, Çiçek Ö, Aluş TM, Çamlıbel M, Uludağ E. Doğuma hazırlık sınıflarının doğum korkusu, doğum tercihi ve doğuma hazır oluşuğa etkisi. Türkiye Klinikleri J Nurs Sci. 2017; 9(3), 201-206.
 22. Khunpradit S, Tavender E, Lumbiganon P, Laopaiboon M, Wasiak J, Gruen RL. Non-clinical interventions for reducing unnecessary caesarean section. Cochrane Database Syst Rev 2011; (6):CD005528.
 23. Kisa S, Kisa A, Younis MZ. Opinions and attitudes of obstetricians and midwives in Turkey towards caesarean section and vaginal birth following a previous caesarean section. J Int Med Res. 2017 Dec; 45(6): 1739–1749.
 24. Costa A, Policiano C, Clode N, Graça LM. Indications for caesarean deliveries during a 7-year period in a tertiary hospital. Acta Med Port 2013; 26:649–54.
 25. Küçükbaş NG, Moraloğlu Ö, Özel Ş, Erkaya S, Taşçı Y, Fındık RB. Dr. Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi Doğum Ünitesi’nde 2010–2014 sezaryen oranları ve endikasyonları. Perinatol Derg 2016; 24(2):61-65 DOI: 10.2399 /prn.16.0242001.
 26. Inal ZO, Inal HA, Küçükkendirci H, Oruç AS. Investigation of cesarean sections at Konya Training and Research Hospital Obstetrics and Gynecology Department between 2010 and 2015. Ginekologia polska 2017; 88(4),185-190.
 27. Çağlayan EK, Kara M, Gürel Y. Kliniğimizde üç yıllık sezaryen oranı ve endikasyonları. Journal of Experimental and Clinical Med 2011; 27(2), 50-53.
 28. Yılmaz M, İsaoglu Ü, Kadanalı S. Kliniğimizde 2002-2007 yılları arasında sezaryen olan hastaların incelenmesi. Marmara Med J 2009; 22: 104-10.
 29. Nousia K, Michalopoulos G, Grigoriadis C, Stournaras S, Brezeanou C, Vrachnis N, Farmakides G. Vaginal birth after cesarean section in Greece and the contribution of the midwives. HJOG 2014; 13(3):73-76.
 30. Jackson S, Gregory KD. Management of the First Stage of Labor: Potential Strategies to Lower the Cesarean Delivery Rate. Clin Obstet Gynecol 2015; 58(2):217-226.

31. Costantine MM, Saade GR. The first cesarean: role of “fetal distress” diagnosis. *Semin Perinatol* 2012; 36: 379-83.
32. Alfirevic Z, Devane D, Gyte GM. Continuous cardiotocography (CTG) as a form of electronic fetal monitoring (EFM) for fetal assessment during labour. *Cochrane Database Syst Rev* 2013; (5): CD006066. doi: 10.1002/14651858.CD006066.pub2.
33. Berhan Y, Haileamlak A. The risks of planned vaginal breech delivery versus planned caesarean section for term breech birth: a meta-analysis including observational studies. *BJOG* 2016; 123:49–57.
34. American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) Committee on Obstetric Practice. ACOG Committee Opinion No. 340. Mode of term singleton breech delivery. *Obstet Gynecol* 2006; 108:235–7.
35. Rouse DJ, Owen J, Goldenberg RL, Cliver SP. The effectiveness and cost of elective cesarean delivery for fetal macrosomia diagnosed by ultrasound. *JAMA* 1996; 276: 1480-1486.
36. Avşar F, Taş E. Makrozomik fetüs ve takibi. *Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst-Special Topics* 2011; 4: 257-63.
37. Luck M, Savitsky L, Speranza R, Caughey A. The Rate of Cesarean Section Stratified by Maternal Age, Parity and Previous History of Cesarean Section [13Q]. *Obstetrics & Gynecology* 2017; 129, 176 S.
38. Büyükbayrak EE, Kaymaz O, Kars B, Karsidag AY, Bektas E, Unal O, Turan C. Cesarean delivery or vaginal birth: preference of Turkish pregnant women and influencing factors. *Journal of Obstetrics & Gynaecology*. 2010; 30(2):155-158.
39. Vatansever Z, Okumuş H. Gebelerin doğum şekline karar verme durumlarının incelenmesi. *DEUHYO ED* 2013; 6 (2), 82-87.
40. Vural G, Erenel AŞ. Doğumun medikalizasyonu neden artmıştır, azalta bilir miyiz?. *Hacettepe Univ Hemşirelik Fak Derg* 2017;4(2).

Health-Related Quality of Life and Chronic Disease Status of Roman People in Zonguldak Zonguldak'ta Yaşayan Romanların Sağlıkla İlişkili Yaşam Kalitesi ve Kronik Hastalık Durumu

Zeynep ERDOĞAN^a, Mehmet Ali KURCER^b, Meltem KURTUNCU^c, Hicran YILDIZ^d

ABSTRACT Objective: Roman People are faced with health problems such as chronic disease, disabilities and limitations with work and daily activities, compared to general population. This study was planned to examine chronic disease and sociodemographic characteristics affecting their health-related quality of life (HQOL) status of Roman People. **Materials and Methods:** Cross-sectional typed this study was carried out with 317 Roman People who selected randomly in Karaelmas Family Health Center in Zonguldak city between February 1-April 30, 2015. There are many Roman people living in the Karaelmas region. They were 18 years old and above, who had no communication problems and who were willing to participate were included in the study. Data were collected with a questionnaire which was prepared by the researchers and including 11 items questioning sociodemographics and the presence of any disease, and SF-36 health-related quality of life (SF-36 HQOL) questionnaire. Data were evaluated by SPSS 20.0 program. Means, standard deviations, percentages, Mann Whitney U and Kruskal Wallis tests, Spearman correlation tests were used for the evaluation of data. **Results and Conclusion:** The most common chronic disease in Roman People is hypertension (23.9%). Besides, there was an additional disease (comorbidity) in 19.4% of the Roman People. It was found that HQOL was lower in the ones having a chronic disease and sociodemographic characteristics as age, education, and employment status significantly affected health-related quality of life. Quality of scores of the individuals whose education level was high and who were employed were found to be significantly high. A negative and significantly high relationship was found between age and HQOL. The lowest score was from vitality and the highest score was from social function domains. Keeping chronic disease status in the forefront but not ruling out income and educational status might be recommended for the evaluation of HQOL and it is suggested to organize trainings about the factors affecting of HQOL of the Roman People.

Key Words: Roman people, health-related quality of life, chronic disease,

ÖZ Amaç: Romanlar genel popülasyona kıyasla kronik hastalık gibi sağlık sorunları, engellilik, iş ve günlük faaliyetlerle ilgili sınırlamalar ile karşı karşıyadırlar. Bu çalışma Romanların kronik hastalık durumlarını ve sağlıkla ilişkili yaşam kalitesini (HQOL) etkileyen sosyodemografik özelliklerini incelemek amacıyla planlanmıştır. **Gereç ve Yöntem:** Kesitsel tipteki bu çalışma 1 Şubat-30 Nisan 2015 tarihleri arasında Zonguldak ilinde Karaelmas Aile Sağlığı Merkezi'ne başvuran 317 Roman üzerinde yapılmıştır. 18 yaş ve üstü olan, iletişim engeli olmayan ve çalışmaya katılmaya istekli Romanlar araştırmaya dahil edilmiştir. Veriler araştırmacılar tarafından hazırlanan, sosyodemografik özellikleri ve hastalık varlığını sorgulayan 11 maddeden oluşan anket formu ve SF-36 yaşam kalitesi ölçeği ile toplanmıştır. **Bulgular ve Sonuç:** Romanlarda en yaygın görülen kronik hastalık hipertansiyondur. Yanı sıra % 19,4'ünde eşlik eden kronik bir hastalık vardır. Kronik hastalığı olanların yaşam kalitesinin daha düşük olduğu, sosyodemografik özelliklerinden yaş, eğitim, ekonomik ve çalışma durumunun yaşam kalitesini etkilediği bulunmuştur ($p < 0.05$). Yaşam kalitesinin en düşük puanı canlılık, en yüksek puanı sosyal fonksiyon alanındandır. Yaşam kalitesi değerlendirilmesinde kronik hastalık durumunun ön planda tutulması, ancak sosyodemografik özelliklerden gelir ve öğrenim durumunun da göz ardı edilmemesi, Romanların yaşam kalitesini etkileyen faktörler hakkında düzenli eğitimler yapılması önerilebilir.

Anahtar Kelimeler: Romanlar, Sağlıkla İlişkili Yaşam Kalitesi, Kronik Hastalık

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

^a Bulent Ecevit University, Vocational School of Health Services, Zonguldak, Turkey, e-mail: zeynerdogan@hotmail.com, ORCID :0000-0002-7298-7559

^b Bulent Ecevit University, Faculty of Medicine, Public Health Department, Zonguldak, Turkey, e-mail kurcer@hotmail.com, ORCID:0000-0003-2672-1079

^c Bulent Ecevit University, Faculty of Health Sciences, Nursing Department, Zonguldak, Turkey, meltempekkurtuncu@gmail.com, ORCID:0000-0003-3061-5236

^d Uludağ University, School of Health, Nursing Department, Bursa, Turkey, e-mail: hicran_yildiz@yahoo.com

Sorumlu Yazar/Corresponding Author: Zeynep Erdogan, Bulent Ecevit University Vocational School of Health Services, e-mail: zeynerdogan@hotmail.com

Introduction

Roman are one of the social groups that is exposed to inequalities derived from social structure of the society as well as status system(1). According to International Roma Studies Network (2005); it is estimated that the number of all Roman People in Turkey is around 1% (2). It can be said that the number of Roman People is less than 5% of the population in Zonguldak city (3). Roman People living in Turkey have a lower educational and employment level and worse accommodation conditions compared to other ethnic groups and they are exposed to more ethnic discrimination(2). Health status of Roman are also worse than the other ethnic groups. The causes of this difference are mostly negative accommodation conditions, their limitations for healthcare services and educational opportunities and discrimination (4-6). Compared to general population, they are faced with health problems such as chronic disease, disabilities and limitations with work and daily activities (7). The most common health problems experienced are tuberculosis, skin diseases, hepatitis, anxiety, depression, diabetes, angina, respiratory diseases and arthritis (5,6,8). It was previously reported that health-related risk factors were higher, average lifetime was decreased and morbidity of chronic disease was increased in Roman People compared to non-Roman People (4). Health-related quality of life of individuals who have diagnosed with a chronic disease can be impaired as a result of many symptoms and complications due to the disease; and increasing HQOL of the individuals is one of the fundamental goals of the treatment of chronic disease (9). Quality of life is basically a type of pleasure that affects personal satisfaction in adaptation of the individual to the living conditions. HQOL is a concept that was developed to describe direct or indirect subjective experiences of an individual such as health, disease, disability, handicap and efficacy of the treatment have described the concept of HQOL with interaction model between biological functions of the individuals, disease symptoms, functional status and general health perception, in which personal characteristics of the individuals and their

surrounding are considered (10,11). In the evaluation of HQOL measurements in the field of healthcare, determination and control of psychosocial problems in patient care, population studies about health problems, measurement outcomes about healthcare services and health research, clinical studies and cost benefit analysis studies are used (12). For improving HQOL in Roman people, not only low socioeconomic status, but also other factors about their own ethnic origin such as cultural structure and living conditions should be among the goals of care (4). The studies on this subject have shown that the awareness of healthcare professionals about care requirements of ethnic patients would increase as they got cultural approach education, and an open and flexible communication would develop between both groups (6). Although there are many studies about belief and health practice that were performed on various ethnic groups, the studies evaluating chronic diseases and HQOL among Roman People are limited (4,13,14). Therefore; this study, that we planned by addressing this lack, was performed to examine chronic disease status of Roman People and their sociodemographic characteristics affecting HQOL.

Materials and Methods

Design, Setting and Sample

Cross-sectional study was carried out with 317 Roman People who selected randomly in Karaelmas Family Health Center which is applied for generally by Roman People in a rural area of the Zonguldak city between February 1-April 30, 2015. There are many Roman people living in the Karaelmas region. People chosen from Roman People were 18 years old and above, had no communication problems and were willing to participate in the study.

Data Collection

Data were collected by a questionnaire that was prepared by the researchers (4,13,14) and including 11 items questioning sociodemographics (age, sex, education, marital and employment status) and presence of chronic disease, and SF-36 health-related

quality of life questionnaire which was developed by Ware (15) and had a validity and reliability study by Kocyigit et al (16). SF-36 which was generated with 36 statements is like a multi-headed scale with 2 main scales including physical and mental health; and 8 subscales including physical function, social function, physical role, emotional role, mental health, vitality, pain and general health perception. The quality of life scores increases as the score increases for all subscales. Scale scores of health-associated living quarters in the scale have values varying between 0 and 100 from the lowest to the highest score. The quality of life scores increases as the score increases. SF-36 was scored such that health-associated health-related quality of life will increase as the score of each health area increases (15).

Data Analysis

Data were evaluated by SPSS 20.0 program. The Kolmogorov Smirnov test, in which the data were not normally distributed, was examined. Means, standard deviations, percentages, Mann Whitney U and Kruskal Wallis tests, Spearman correlation tests were used for the evaluation of data. Difference of data were accepted as a significance of $p < 0.05$. Cronbach alpha was found 0.86 in this study for SF-36 Scale.

Ethical Considerations

Prior to the study, written permission was taken from the Bulent Ecevit University Ethical Board. Each patient was informed about the study and written informed consent was taken from the patients. We ran the study according to the Helsinki Declaration (World Medical Association Declaration of Helsinki Ethical Principles For Medical Research Involving Human Subjects, 2015 (17)).

Results

Mean age of the Roman People in the study was 46.8 ± 17.41 years (range: 18-86 years); and 64.7% of them were women. 94.4% of the individuals have lived in city during most of their lives and 84.3% were married. 43% of them have graduated from elementary school, 55.3% were housewives, and 77% were not employed. 32% of the individuals were

smoking and 8% the Roman People were drinking alcohol. 67% of the Roman People included in the study were diagnosed with a chronic disease. Mean duration of disease was 4.52 ± 6.25 years. Distribution of chronic diseases of Roman People were given in Table 1. They were hypertension (23.9%), diabetes mellitus (16.4%), respiratory tract diseases (10%) and cardiac diseases (9,5%). Besides, there was an additional disease (comorbidity) in 19.4% of the Roman people.

Table 1. Distribution of Chronic Diseases of the Roman People(n=317)

Chronic disease	n (%)
Hypertension	48 (23,9)
Diabetes Mellitus (DM)	33 (16,4)
Respiratory tract diseases (COPD, Asthma, tuberculosis)	20 (10,0)
Cardiac diseases	19 (9,5)
Other*	81(40,2)
No comorbidity	151 (75,1)
1 comorbidity	39 (19,4)
2 comorbidities	11 (5,5)

* Cancers, Goitr, Prostate Hypertrophy, Arthritis, Anemia, Depression, Herniated Disc, Rheumatismal Diseases, Thyroid Disease

The scores SF-36 health-related quality of life subscales of Roman People were given in Table 2. The Roman People who had a chronic disease from all subscales scores ($p \leq 0.0001$), physical health ($p \leq 0.0001$), mental health ($p \leq 0.05$), and total SF36 scores ($p \leq 0.0001$), were significantly lower compared to the ones who had not a chronic disease.

Distribution of SF-36 health-related quality of life scores of Roman People based on their sociodemographic characteristics were given in Table 3. Distribution of SF-36 health-related quality of life scores of Roman People based on their sociodemographic characteristics were given in Table 3.

Table 2. Mean Scores of Roman People had or hadn't a Chronic Disease from SF-36 HQOL (N=317)

SF-36 Subscales (u)	General mean ±SD	Had a Chronic Disease	Had not a Chronic disease	z	p
Physical Function	79,1±26,92	71,2±28,90	94,9±11,10**	8,585	0,000
Physical Role	62,3±44,86	50,2±45,55	86,8±31,61**	6,926	0,000
Pain	67,3±23,24	61,7±24,33	78,7±15,62**	6,129	0,000
General Health Perception	50,5±17,86	45,3±16,45	61,3±15,75**	7,428	0,000
Vitality	45,0±21,12	41,0±19,02	53,1±22,86**	4,302	0,000
Social Function	80,8±19,93	76,0±21,02	90,6±12,91**	6,169	0,000
Emotional Role	69,3±40,98	62,0±43,97	84,2±29,09**	4,059	0,000
Mental Health	56,0±15,86	54,8±15,88	58,6±15,58*	1,984	0,047
Physical Health	64,8±22,01	57,1±21,81	80,4±11,76**	9,460	0,000
Mental Health	62,8±18,86	58,5±19,30	71,7±14,40**	5,620	0,000
Total SF36	63,8±17,93	57,8±17,63	76,1±10,96**	8,749	0,000

* p≤0.05, ** p≤0.0001 (physical function, social function, physical role, emotional role, mental health, vitality, general health perception, pain) 2 main scales physical and mental health

Table 3. Health-Related Quality of Life Scores of the Roman People based on their Sociodemographic Characteristics (N=317)

Sociodemographic Characteristics		(n %)	Physical Health Mean±SD	Mental Health Mean±SD	SF 36 Total Mean±SD
Sex	Female	205 (64.7)	64,9±22,00	68,0±20,17	62,8±18,28
	Male	112 (35.3)	64,6±22,10	63,5±18,63	65,7±17,1
z	P		0,094	0,925	0,657
Educational Status**	Illiterate	73 (23.0)	58,6±25,67	62,6±22,06	60,6±21,40
	Literate	39 (12.3)	62,5±25,52	54,8±17,19	58,7±20,06
	Elementary school	136 (43.0)	62,5±25,52	64,5±16,93	64,7±14,64
	High school	59 (18.7)	71,4±19,59	62,2±19,26	66,8±18,08
	Undergraduate and above*	10 (3.0)	80,4±15,06	76,6±11,83	78,5±9,87
Kw-X ²	p		16,624	0,002	14,706
				0,005	12,094
					0,017
Marital status	Married	267 (84.3)	64,3±21,69	62,4±18,57	63,3±17,60
	Single	50 (15.7)	67,6±23,68	65,0±20,46	66,3±19,62
z	p		1,591	0,112	0,970
					0,332
					1,321
					0,186
Employment status**	Employed	73 (23.7)	73,9±18,17	68,4±16,59	71,1±15,40
	Unemployed	244 (66.3)	62,1±22,37	61,2±19,22	61,6±18,08
z	p		-4,139	0,000	-2,686
				0,007	-4,075
					0,000

The employed individuals had higher Quality of scores (Physical, mental and total) than unemployed individuals. Individuals who undergraduate and above had higher quality of scores (Physical, mental and SF-36 total) than people with other education levels. Health-related quality of life scores of the Roman People were not different according to sex and marital status. We were found significantly higher of a negative and significantly high relationship was found between age and HQOL. Significantly high negative correlations were found between age and physical health ($r=-0,587$), mental health ($r=-0,307$) and SF 36 Total score ($r=-0,522$).

Discussion

Quality of life is basically a type of satisfaction affecting personal satisfaction in adaptation of the individual to the living conditions. It was described as the level of saturation that an individual feels about his/her own life or surrounding (18). Roman People are sensitive groups which live under unhealthy conditions within the societies they live with, whose income levels are low and who present with chronic diseases. Despite this, there are limited number of studies evaluating chronic disease status and life quality of Roman People (4,13,14). In this study, it was found that sociodemographic characteristics of Roman People such as age, education, and employment status and the presence of chronic disease affected HQOL. The average age of the Roman Group studied in this study was 46 and approximately two-thirds were females. In this study, it was probable that the youth and male populations were low. Possible reasons for this are migration to large cities to work. A high degree of correlation was observed between the increase in age and the decrease in SF-36 health-related quality of life subscale scores among Roman people. As in this study, Pappa et al, a significant decrease was reported in the SF-36 health-related quality of life scores in correlation with age (13). Also in the study by Vaish et al also showed that age was a significant determinant for health-related quality of life among Indian people who were presented with a chronic headache (19). In this study, SF-36 scale scores of the Roman People who were employed were found to be higher than the ones who were unemployed.

These findings shows that being employed increases HQOL of the Roman people. In this study, no significant difference was found between marital status of the Roman People and any of the scores from health-related quality of life. In the study by Pappa et al evaluating HQOL of Roman People in Greece, mean scores from physical function, physical role and emotional role were found to be lower in singles and divorces; and they found other subscale scores similar to this study. The differences in quality of life according to marital status may be due to regional differences Pappa's and our study, as well as the evaluation of single and divorced people in this study (13). In our study, there is not a significant difference between men and women in terms of health-related quality of life in Roman people. In the study by Rollero et al that was performed Roman society in Italia and in the study by Pappa which was performed on Roman population in Greece, All HQOL scales were found decrease in women compared to men except social relationships scores (13,20). It also may be these differences might be regional differences. In this study, presence of a chronic disease in two third of adult Roman People is remarkable. While it is expected to see infectious diseases more in this group due to poor hygienic conditions, presence of such a high level of chronic diseases suggests that there is a need for health promotion for these groups such as giving up smoking, healthy diet and increasing physical activity. In the study by Koyun and Çiçeklioğlu (2011), 87.9% of the Roman People have indicated that they have not taken any health care service except disease state and 7.4% have not taken any healthcare service; and this supports above-mentioned view (21). This subject needs to be given importance since there was hypertension in 23.9%, diabetes mellitus in 16.4%, respiratory diseases in 10% and cardiac disease in 9.5% of Roman People included in our sample group. In the study of Törö et al. (2017) comparing the general and Roman population in Hungary; cancer and pain frequency lower than the general population, but other chronic diseases frequency was higher than general populations. There was no difference between general and roman populations with regard to diabetes mellitus and the frequencies were similar to our study. Hypertension is the most common chronic disease problem in the Roma population similarly to our

findings in Törö et al. Depression frequency was the second most important problem in their study. This value was considerably higher than the values in our study. This can also be regarded as a regional difference (14). It was reported the extreme health inequalities experienced by romans and the need for specific action to reduce them and improve access to health care, nurses are identified as needing to play a key part as role models in challenging inequality and exclusion. The most significant factor determining health-related quality of life in Roman people was the presence of at least one chronic disease. All of SF-36 subscale scores of Roman People had a chronic disease were found to be significantly lower compared to the ones hadn't a chronic disease. Similarly, in the study by Altiparmak and Eser which was performed on housewives in Manisa city, presence of a chronic disease was found to decrease HQOL significantly (22). Moreover, Pappa et al have declared that all subscale scores of HQOL have decreased in the presence of a chronic disease in of Roman People in Greece (13). While mean score of physical health from HQOL among Roman People in our study (63.8) was similar to the mean score of physical health of Roma population in Greece in the study by Pappa et al (67.6); mean score of mental health in this study (62.8) was found to be significantly higher than the mean score of mental health found in the study by Pappa et al (47.09) (13). The reason of this may be derived from the fact that living conditions and standards may be different among Roma populations in different countries. Skodova et al also detected that HQOL scores of coronary artery patients of Roman People were similarly lower than non-Roma patients (4).

Conclusion

This study is one of the rare studies evaluating chronic disease states and HQOL of the Roman population. Health quality of life is higher in Romans that do not have any chronic disease, are younger, have undergraduate or higher education, and has a job. In this study, Roman citizens who were diagnosed with chronic illness were found to be adversely affected by the HQOL level. Therefore, interventions should be planned to reduce the risk factors of chronic diseases in this vulnerable group. In these groups, appropriate management of

chronic diseases should be provided early diagnosis and periodic examination and health quality of life should be increased.

Conflicts of Interest: None.

References

1. Akkaya OB. Gypsies: The people of another world. *Global Media Journal Turkish Edition* 2011;1:118 – 132.
2. Marsh A, Strand E. Reaching the Romanlar: A Report on the feasibility studies “mapping” a number of Roman (Gypsy) communities in Istanbul. Istanbul: International Roman Studies Network 2005.
3. Uludag dictionary. <https://www.uludagsozluk.com/Türkiye-nin-il-il-etnik-yapısı>. Accessed 13 April 2015) , accessed 12 January 2015
4. Skodova Z, Van Dijk JP, Nagyova I, Rosenberger J, Ondusova D, Studencan M, et al. Psychosocial factors of coronary heart disease and quality of life among Roma coronary patients: a study matched by socioeconomic position. *Int J Public Health*. 2010;55: 373-80.
5. Parekh N, Rose T. Health inequalities of the Roma in Europe: A literature review. *Cent Eur J Public Health* 2011;19:139–142.
6. Francis G. Developing the cultural competence of health professionals working with gypsy travellers. *Journal of Psychological Issues in Organizational Culture* 2013; 3:64-77.
7. Cleemput PV. Providing healthcare to Gypsy and Traveller communities. *Nursing in Practice* 2012; May/June: 26-28.
8. Cleemput PV. Social exclusion of gypsies and travellers: health impact. *Journal of Research in Nursing* 2010; 15: 315–327.
9. Kumsar AK, Yılmaz TF. Overview of quality of life in chronic disease patients. *Erciyes University Journal of Health Sciences* 2014; 2:62-70.
10. Carr AJ, Gibson B, Robinson PG. Measuring quality of life: Is quality of life determined by expectations of experience? *BMJ* 2001; 322: 1240-43.

11. Ferrans CE, Zerwic JJ, Wilbur JE, et al. Conceptual model of health-related quality of life. *Journal of Nursing Scholarship* 2005; 37: 336-42.
12. Fitzpatrick R, Fletcher A, Gore S, Jones D, Spiegelhalter D, Cox D. Quality of life measures in health care. I: Applications and issues in assessment. *BMJ* 1992; 305:1074-77.
13. Pappa E, Chatzikonstantinidou S, Chalkiopoulos G, Papadopoulos A, Niakas D. Health-related quality of life of the Roma in Greece: the role of socio-economic characteristics and housing conditions. *Int J Environ Res Public Health* 2015;12: 6669-81.
14. Törö V, Sarvary A, Takacs P, Barkasz AP, György L, Kosa Z. Assessment of quality care of chronic illness patients living in Roma colonies and in the general population: a comparative study. *Central European Journal of Occupational and Environmental Medicine* 2017; 23 (1-2); 58-70
15. Ware JE, Sherbourne CD. The MOS 36 item short form health survey (SF 36). *Med Care*. 1992; 30: 473-483.
16. Kocycigit H, Aydemir O, Fişek G, Olmez N, Memis A. Reliability and validity of the Turkish version of Short Form-36 (SF-36). *İlaç ve Tedavi Dergisi* 1999; 12: 102-106
17. World Medical Association Declaration of Helsinki Ethical Principles For Medical Research Involving Human Subjects <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/17c.pdf><http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/17c.pdf>, accessed 12 January 2015)
18. Dedhiya S, Kong SX. Quality of life: An overview of the concept and measures. *Pharmacy World & Science* 1995;17:141-148.
19. Vaish S, Shekhawat BS. Impact of socio-demographic factors on quality of life of primary chronic daily headache patients. *Indian Journal of Pain*. 2013;27:92-97.
20. Rollero C, Gattino S, Piccoli ND. A gender lens on quality of life: the role of sense of community, perceived social support, self-reported health and income. *Soc Indic Res* 2014;116: 887–898.
21. Koyun A, Çiçekoğlu P. Lost hope in the darkness, *Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences* 2011;14:59 -65.
22. Altıparmak S, Eser E. The quality of life in 15-49 years old who one married women. *Journal of Social Policy Studies* 2007; 11 (11): 29-33.

Yoğun Bakımda Hastası Olan Aile Üyelerinin Hemşirelerinden Beklentileri ve Etkileyen Faktörler

Expectations of the Family Members of the Intensive Care Patients from the Nurses and the Influencing Factors

Besey ÖREN^a

ÖZ Amaç: Araştırma yoğun bakımda hastası olan aile bireylerinin, hemşireden beklentilerini ve etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla kesitsel ve tanımlayıcı olarak yapıldı. **Gereç ve Yöntem:** Çalışma 01.03.2016-01.08.2016 tarihleri arasında İstanbul ilindeki bir eğitim ve araştırma hastanesinin genel yoğun bakım ünitesi ile bir üniversite hastanesinin reanimasyon yoğun bakım ünitesinde hastası olan ve çalışmaya katılmaya gönüllü 138 hasta yakını ile gerçekleştirildi. Veriler toplanırken araştırmacı tarafından hazırlanan form ve "Ailelerin Hemşirenin Rolünü Algılaması ölçeği" kullanıldı. Çalışmanın evrenini, belirtilen tarihlerde yoğun bakımda hastası olan tüm hasta yakınları, örneklemini ise; yoğun bakımda en az 48 saat yatan hastası olan, iletişime açık ve çalışmaya katılmaya gönüllü erişkin hasta yakınları oluşturdu. Etik kurul izni ve katılımcılardan sözlü onam alındı. Verilerin analizinde tanımlayıcı istatistik yöntemler, parametrik ve nonparametrik testlerden Kruskal-Wallis Mann Whity U testi ve Sperman korelasyon analizleri kullanıldı. Anlamlılık düzeyi %95 güven aralığında, $p < 0.05$ kabul edildi. **Bulgular:** Hasta yakınlarının yaş ortalaması $42,87 \pm 13,62$, çoğunluğunun hasta eşi (%40,0) olduğu, %72,9'u 2-7 gündür yoğun bakımda yattığı, %79,7'sinin hemşirelerden yeterince destek aldığını belirttiği, %91,3'ünün hastasının bakımından genel olarak memnun, %87'sinin hastasının hastaneden iyileşerek çıkacağına inandığı belirlendi. Ölçek ifadeleri değerlendirildiğinde "Hastanın yatağını değiştirmek, pansuman veya tüplerini değiştirmek gibi tedavi ve bakım işlemlerinden önce ziyaretçileri odadan çıkarılmalıdır" en yüksek puanı ($84,87 \pm 0,449$) almıştır. **Sonuç:** Yoğun bakım hasta yakınlarının çoğu hemşirelik bakımından memnun ve beklentileri yüksektir. Eğitim durumu, hastaya yakınlık derecesi, hastanın yoğun bakımda kalma süresi, hastanın bilinç durumu ve ziyaret süresi hasta yakınlarının beklentileri konusunda etkili faktörlerdir. Bu sonuçlar doğrultusunda aile merkezli bakımda hasta ve yakınlarının özellikleri dikkate alınması önerilebilir.

Anahtar Kelimeler: Hasta yakını, Hemşire, Yoğun bakım,

ABSTRACT Objective: The study was conducted as a cross-sectional descriptive study to determine the expectations of the family members of the patients in intensive care units from the nurses and the influencing factors. **Material and Methods:** The study was conducted with a total of 138 relatives that have patients treated in the general intensive care unit of an education and research hospital and reanimation intensive care unit of a university hospital in Istanbul and that were volunteered to participate in the study, between the dates 01.03.2016 and 01.08.2016. To collect the data, the form prepared by the researcher and the "Perception of the Relatives about the Nurse's Role (PRNR)" scale were used. All of the patient relatives whose patients treated in the intensive care unit at the specified dates were included in the study's universe, and its sample consisted of adult relatives of the patients who stayed at least 48 hours in intensive care unit, who were open to communication and volunteered to participate in the study. The ethics committee was granted permission and verbal approval was obtained from the patients' relatives. In analyzing the data, descriptive statistical methods, and Kruskal-Wallis Mann Whity U test and Sperman correlation from parametric and nonparametric tests were used. Significance level was accepted as $p < 0.05$ within 95% confidence interval. **Results:** The average age of the patient's relatives was 42.87 ± 13.62 , considerable majority (40.0%) of them were the wife/husband of the patient, 72.9% of them were in the intensive care unit for 2-7 days, 79.7% of them believe that his/her patient has received adequate support/care from the nurses, 91.3% of them is generally satisfied with the care of his / her patient, and 87.0% of them believe that his / her patient will leave the hospital with a recovery. When the scale scores were assessed, "visitors should leave the room before the treatment and nursing procedures such as changing the bed, changing the dressing or changing the tubing" received the highest score (84.87 ± 0.449). **Conclusion:** Most intensive care patient relatives are satisfied with nursing care and high expectation. Educational status, proximity to the patient, duration of the patient's stay in intensive care unit, consciousness state of the patient and duration of the visit by the relatives were found to be effective factors in the expectation of the patients' relatives. In line with these

Geliş Tarihi/Received:05-03-2018/ Kabul Tarihi/Accepted:09-04-2018

a Dr. Öğretim Üyesi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü,
e-mail:besey_oren@yahoo.com,ORCID: 000-0003-4182-7226

results, it can be suggested that the characteristics of patients and their relatives should be taken into consideration in planning of nursing care services.

Key Words: Patient Relative, Nurse, Intensive Care

Giriş

Yoğun bakım üniteleri; hasta ve sağlık çalışanları için stresli olduğu kadar hasta yakınları için de stresli ortamlardır. Tüm aile üyeleri bir sevdikleri yoğun bakıma alındığında endişelenir, ansiyete yaşar, aile düzenleri bozulur (1), ailelerinin fiziksel, psikolojik gereksinimleri artar ve bu gereksinimler karşılanamazsa krizle başa çıkmaları güçleşir (2). Hemşireler kritik hastaya bakım verirken bir taraftan da çoğu zaman sağlık profesyonellerinden ne bekleyeceğini bilemeyen ve sürekli hatasının durumu hakkında bilgi almak isteyen hasta yakınlarının durumunu değerlendirerek, bu durumla baş etmeleri ve uyum sağlamaları konusunda onlara destek olmak durumundadır (3,4). Sağlık profesyonellerinin çoğu hasta yakınları için, yoğun bakım sürecinde beklemenin stresli olduğunu hatta bu sürecin aile için bir kriz durumu olduğunu kabul etse bile, birçok ülkede hala aileler yeterince bilgilendirilmemekte, hasta ziyaretleri sınırlandırılmakta hasta yakınlarının hastanın bakımına katılmalarına izin verilmemektedir (1,5). Hastasının durumu ile ilgili endişelenen hasta yakınlarının %87'si travmatik stres yaşamaktadır (6). Literatür incelendiğinde hasta yakınlarının konforlarının sağlanması için bu süreçte ailenin desteklenmesi, sağlık profesyonelleri ile iletişimi güçlendirme, aile bireylerine uygun ortam yaratma ve maliyet etkinliğinin sağlanması durumunda aile bireylerinin ihtiyaçlarının karşılanabileceği ve hemşirelik bakımının kalitesinin artacağı bildirilirken (3) hasta yakınlarının başlıca gereksinimleri; hastasıyla ilgili bilgilendirilmeleri, umut verilmesi, duygusal destek sağlanması, güven duymaları ve hastalarının yanında olmaları şeklinde sıralanmaktadır (7-9). Hasta yakınlarının hastasının bakımına yardımcı olmasına izin verilmesi (10), istediği zaman soru sorabilmesi (10,11), bakım işlemlerinden önce ziyaretçilerin odadan çıkarılması, ilk ziyarette nasıl bir ortamla karşılanacağına açıklanması, hastanın durumu ile kullanılan cihazlar hakkında bilgi verilmesi (11) ise hasta yakınlarının sıklıkla dile getirdikleri beklentileridir. Beklentileri karşılanan hasta yakınlarının memnuniyetleri artacaktır. Türkiye'de yoğun bakım hasta yakınları ile yapılan bir çalışmada;

hasta yakınlarının doktora ulaşabilmeleri, hemşirelerin ilgili olması, hastasının bakımında rol alabilmek, yapılan girişimlerin yeterince açıklanması, bekleme salonunun rahat ve temiz olması, sorularına verilen cevapların açık olması, hastayla ilgili verilen kararlara hasta yakınlarının dahil edilmesi, hemşirelerle düzenli görüşebilmek, ziyaret sırasında mahremiyete dikkat edilmesi, ziyaret saatlerinin esnek olması, hastanın iyileşmesiyle ilgili görüşlere katılmasının hasta yakınlarının memnuniyet düzeyini olumlu etkilediği belirlenmiştir (12).

Yoğun bakım ünitelerinde sağlık profesyonelleri kritik hastanın bakım ve tedavisini planlarken hastada fiziksel ve psikolojik yönden tehdit oluşturan durumlara öncelik verdiği için hasta yakınlarının gereksinimlerini ihmal edebilmekte veya gözden kaçırabilmektedir (5). Oysaki aile merkezli bakım yaklaşımı hasta yakınlarının ihtiyaçlarının da karşılanmasını gerektirir. Çoğu zaman bu ihtiyaçların hemşireler tarafından karşılanması beklenmektedir (7). Hasta yakınlarının gereksinimlerinin karşılanmasının hastanın iyileşme sürecine olumlu etki yaptığı bildirilmektedir (7,13,14). Bu sebeple hasta yakınlarının beklentilerinin belirlenmesi ve hemşirelik bakım planlarına hasta yakını beklentilerinin de dahil edilmesi önemlidir.

Türkiye'de yoğun bakım hasta yakınlarının beklentileri ile ilgili yeterli sayıda çalışma olmaması ve hasta yakını beklentilerini etkileyen faktörlerin çoğunlukla yapılan çalışmalarda ele alınmamış olmasından yola çıkılarak, çalışma genel yoğun bakım ve reanimasyon yoğun bakım ünitelerinde hastası olan aile bireylerinin, hemşireden beklentilerini ve etkileyen faktörleri incelemek amacı ile yapılmıştır.

Gereç ve Yöntem

Çalışmanın Evreni

Tanımlayıcı ve kesitsel tipteki çalışma, 2016 Mart –Ağustos tarihleri arasında İstanbul ilindeki bir eğitim ve araştırma hastanesinin genel yoğun bakım ünitesi ve bir üniversite hastanesinin reanimasyon yoğun bakım ünitesinde hastası olan

aile bireyleri ile yapıldı. Çalışmanın evrenini, belirtilen tarihlerde yoğun bakımda hastası olan tüm hasta yakınları, örneklemine ise örneklem seçim kriterlerine uyan 138 hasta yakını oluşturdu. Her hastanın bir yakını çalışma kapsamına alındı. Örneklem yoğun bakımda en az 48 saat yatan hastası olan, iletişime açık ve çalışmaya katılmaya gönüllü, 18 yaş ve üzeri ve hasta ile yakınlığı olan kişiler dahil edildi.

Verileri Toplama Araçları:

Veriler toplanırken araştırmacı tarafından literatür ışığında hazırlanan 20 soruluk anket formu ve Ailelerin Hemşirenin Rolünü Algılaması ölçeği kullanıldı. Literatür ışığında araştırmacı tarafından hazırlanan anket formu hasta yakınlarının bireysel özelliklerini, günlük ziyaret süresini, hastanın yoğun bakımda kalma süresini, hastanın bilinç durumunu, memnuniyet - memnuniyetsizlik durumunu, yakının hastanın iyileşmesine dair düşüncelerini kapsamaktadır.

Ailelerin Hemşirenin Rolünü Algılama Ölçeği (Familiy Members' Perception of the Nurses' Role with Families of Critically Ill): Fox, El-Masri ve Williamson 2005 yılında geliştirilen ölçekte (8) hasta yakınlarının hemşirelerden beklentilerini ve hasta yakınları tarafından hemşire uygulamalarının nasıl algılandığını değerlendiren birbirine paralel 12 ifade içeren iki bölüm bulunmaktadır. Ölçekte her bir ifade 1=Hiçbir zaman, 2=Nadiren, 3=Bazen, 4=Çoğu zaman, 5=Her zaman şeklinde 5 aşamalı likert olarak değerlendirilmektedir. Her madde için verilen puan esas alınmakta olup ölçeğin genelinden en az 24, en fazla 120 puan alınabilmektedir. Çalışmada ölçeğin 12 ifadeden oluşan ve hasta yakınlarının hemşirelerden beklentilerini ölçen birinci bölümü kullanılmıştır. Bu bölümden en düşük puan 12 en yüksek puan ise 60 alınabilmektedir. Yüksek puan beklentilerin yüksek olduğunu göstermektedir. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Kaya ve ark. 2006 yılında yapılmış (11) geçerli ve güvenilir olduğu belirtilmiştir. Orijinal ölçeğin Cronbach alfa değeri 0.79, Türkçe formunun Cronbach alfa değeri 0.78 olup, mevcut çalışmada ise Cronbach alfa değeri 0.78 olarak bulunmuştur.

Çalışmanın Etik Yönü

Çalışmaya katılan bireylere çalışmanın amacı açıklanarak katılımın gönüllülük esasına dayandığı

belirtildi ve sözlü onamları alındı. Ayrıca bir Eğitim ve Araştırma Hastanesinin etik kurulundan (25.02.2016; No:2911) gerekli etik kurul izni alındı.

Verilerin Analizi ve Değerlendirilmesi:

Verilerin istatistiksel analizi SPSS programında; parametrik ve nonparametrik testlerden Kruskal-Wallis Mann Whity U testi ve Sperman korelasyon kullanılarak yapıldı. Anlamlılık düzeyi %95 güven aralığında, $p < 0.05$ kabul edildi.

Bulgular

Çalışma grubunun yaş ortalaması $42,87 \pm 13,62$ olup, hasta yakınlarının çoğu evli (%82,9), lise mezunu (%35,7) ve hastanın eşi (%40,0) idi. Katılımcılar hastasının bakımından memnun (%91,3), hemşirelerden yeterince destek aldığına (%79,7), ve hastasının yoğun bakımdan sağlığına kavuşarak çıkacağına (%87,0) inanıyordu. Hastaların çoğunluğu (%72,9) 2-7 gün yoğun bakımda kalmış, bilinci açık (%78,6) ve yarısından fazlası (%51,4) solunum cihazına bağlı değildi. Hasta ziyaret süresinin genellikle 10 dakikadan az (%70,4) tutulduğu bildirilmişti (Tablo 1).

Ailelerin Hemşirenin Rolünü Algılama Ölçeğinin, hasta yakınlarının hemşirelerden beklentileri alt boyutundan alınan ortalama puan $4,20 \pm 0,56$ ile yüksek bulunmuştur. Ölçek maddeleri incelendiğinde en yüksek puan "Hastanın yatağını değiştirmek, pansuman veya tüplerini değiştirmek gibi tedavi ve bakım işlemlerinden önce ziyaretçileri odadan çıkarmalıdır" ($4,87 \pm 0,449$) ifadesi iken, en düşük puan "Hasta yakınının hastası ile istediği kadar zaman geçirmesine izin vermelidirler" ($3,14 \pm 1,22$) ifadesi olmuştur (Tablo 2).

Hasta yakınlarının hemşirelerden beklentileri ile bireysel özellikleri ve hastaya ait özellikler karşılaştırıldığında; üniversite mezunu hasta yakınlarının tedavi, bakım uygulamalarından önce hasta yakınlarının odadan çıkartılması ($5,00 \pm 0,00$), kullanılan cihazlar hakkında bilgi verilmesi ($4,47 \pm 0,11$), konusunda beklentileri yüksek iken; Lise mezunu hasta yakınlarının beklentileri; hasta yakınının durumu, hastanın nasıl beslendiği, evdeki düzenin nasıl etkilendiği ($4,16 \pm 0,18$) ile hasta yakınının hastanın yanında olması ve iletişim kurmasına yardım etmeleri konusundaki beklentileri daha yüksek bulunmuştur ($4,40 \pm 0,12$).

Hastaya yakınlık durumu ile beklentileri karşılaştırıldığında; kardeşi veya diğer yakın akraba grubunun beklentileri; cihazlar ile ilgili bilgi (4,77±0,59), hasta yakınına ismi ile hitap etmesi, (4,62±0,94), hastası ile zaman geçirebilmesine izin verilmesi (3,54±1,48), hastasının bakımına yardımcı olabilmesi (4,15±0,97), hastası ile iletişim kurmasına yardımcı olması (4,46±0,95) konularındaki beklentileri yüksek iken; eşlerin beklentileri istediği zaman soru sorabilme (4,71±0,46) ile ilgili yüksek bulunmuştur.

Hastası 8 gün veya üzerinde bir süredir yoğun bakımda yatan hasta yakınlarının beklentileri; hemşirelerin kendilerine isimleri ile hitap etmeleri (4,65±0,85) ve istedikleri zaman soru sorabilmek (4,65±0,85) konusunda yüksek

bulunmuştur. Hastası bilinçsiz olan hasta yakınlarının beklentisi isimleri ile hitap edilmesi (4,57±1,06) yönünde yüksek iken; hastası bilinçli olan hasta yakınlarının beklentileri hastası ile vakit geçirmelerine izin verilmesi (3,27±,09) konusunda yüksek bulunmuştur.

Günlük ziyaret süresi ile hasta yakını beklentileri karşılaştırmasında 11 dakika ve üzerinde ziyaret edebilen hasta yakınlarının 10 dakika ve altında ziyaret edebilen hasta yakınlarına göre; tedavi- bakım uygulamalarından önce hasta yakınlarının odadan çıkartılması (4,85±0,48), hastanın prognozu hakkında bilgi alabilme (,85±0,48) ve istediği zaman soru sorabilme konularında beklentileri anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur.

Tablo 1. Çalışma Grubunun Demografik Özellikleri İle Hasta Özelliklerinin dağılımı

Yaş ortalaması		42,87±13,62		
		n	%	Ölçek Ortalama
Cinsiyet	Kadın	72	51,4	4,27
	Erkek	66	47,1	4,10
Medeni durum	Evli	116	82,9	4,20
	Bekar	22	15,7	4,21
Eğitim durumu	Okuryazar olan ve olmayan	10	7,1	4,00
	İlkokul	48	34,3	4,21
	Lise	50	35,7	4,23
	Üniversite ve üstü	30	21,4	4,20
Yakınlık durumu	Eş	56	40,0	4,31
	Anne-baba	18	12,9	3,94
	Çocuk	38	27,1	4,04
Yoğun Bakımda Kalma Süresi	2-7 gün	102	72,9	4,18
	8 gün ve üzeri	34	24,3	4,23
Hastanın bilinç durumu	Açık	110	78,6	4,24
	Kapalı	28	20,0	4,04
Solunum makinasına bağlı olma durumu	Bağlı	54	39,1	4,18
	Bağlı Değil	72	52,1	4,22
Günlük ziyaret süresi	10 dk ve daha az	97	70,4	4,16
	11 dk ve üzeri	41	29,6	4,28
Hemşirelerden yeterince destek aldığına inanma durumu	İnanıyorum	110	79,7	4,24
	Bir fikrim yok	16	11,5	4,09
Hastanın bakımından memnun olma durumu	Evet	126	91,3	4,24
	Hayır	12	8,7	3,99
Hastanın yoğun bakımdan sağlığına kavuşarak çıkacağına inanma	İnanıyor	120	87,0	4,27
	Fikri yok	14	10,1	3,82
	İnanmıyor	4	2,90	3,41

Tablo 2. Hasta yakınlarının hemşirelerden beklentileri ölçeğinin puan dağılımı

Ölçek maddeleri	Ort.±SS	Median	Puan aralığı
1-Hastanın yatağını değiştirmek, pansuman veya tüplerini değiştirmek gibi tedavi ve bakım işlemlerinden önce ziyaretçileri odadan çıkarmalıdır	4,87±0,45	5,00	2-5
2-Hastalığın gidişi hakkında hasta yakınına bilgi vermelidirler (daha iyiye doğru değişim, hastanın durumu vb).	4,68±0,60	5,00	2-5
3-Hasta yakınına kullanılan cihazlar hakkında bilgi vermeli ve hastanın nasıl görüldüğünü açıklamalıdır	4,20±0,89	4,00	2-5
4-Hastasını ilk kez ziyaret edecek olan hasta yakınına nasıl bir manzara/ortam ile karşılaşacağını önceden açıklamalıdır	4,35±0,93	5,00	1-5
5- Hasta yakınının durumu ile de ilgilenmeli ve nerede uyduğunu, nasıl beslendiğini, evdeki düzenin nasıl etkilendiğini sormalıdır.	4,00±1,16	4,00	1-5
6-Bu hastalığın aileyi nasıl etkilediğini sormalı ve hastanın durumunu bilmeyen yakınlarına (çocuk, anne, baba, kardeş) nasıl açıklanması gerektiği konusunda öneriler getirmelidirler.	4,38±0,89	5,00	1-5
7- Hasta yakını hastasını ziyaret ettiği sırada kendi isimlerini söylemelidirler	4,36±0,99	5,00	1-5
8- Hasta yakınına istediği zaman soru sorabileceği güvenini vermelidirler	4,49±0,79	5,00	1-5
9- Hasta yakınının hastası ile istediği kadar zaman geçirmesine izin vermelidirler	3,14±1,22	3,00	1-5
10- Hasta yakınının hastasının bakımına yardımcı olmasına izin vermelidirler.	3,43±1,28	3,00	1-5
11-Hasta yakınının istediği zaman telefonla hastaneyi arayabileceği güvenini vermelidirler.	4,35±0,93	5,00	1-5
12- Hasta yakınının hastasının yakınında olmasına ve onunla iletişim kurmasına yardım etmelidirler.	4,16±1,05	5,00	1-5
Puan ortalaması	4,201±0,56	4,25	2-5

Tablo 3. Hasta Yakını Beklentileri İle Bireysel Özelliklerinin ve Hastaya Ait Özelliklerin Karşılaştırılması

		Hasta yatağı	Hasta gidişatı	Hasta yakını- cihaz	Hasta yakını- ziyaret	Hasta yakını- beslenme	Hastalık aileyi etki durumu
		ort(sd)	ort(sd)	ort(sd)	ort(sd)	ort(sd)	ort(sd)
Eğitim durumu	Okur yazar	4.60 (0.16)	4.60 (0.16)	3.80 (0.24)	4.20 (0.24)	4.00 (0.21)	4.00 (0.21)
	İlkokul/Ortaokul	4.83 (0.91)	4.58 (0.10)	4.29 (0.15)	4.25 (0.12)	4.13 (0.16)	4.42 (0.11)
	Lise	4.88 (0.46)	4.68 (0.08)	4.04 (0.11)	4.28 (0.16)	4.16 (0.18)	4.44 (0.14)
	Üniversite	5.00 (0.00)	4.87 (0.06)	4.47 (0.11)	4.67 (0.11)	3.53 (0.17)	4.33 (0.16)
İstatistik analiz		Kw=12.951 p=0.005	p>0.05	Kw=8.560 p=0.036	p>0.05	Kw=12.756 p=0.005	p>0.05
Yakınlık derecesi	Eş	4.82 (0.39)	4.79(0.41)	4.29(0.76)	4.50 (0.63)	4.00 (1.14)	4.57(0.57)
	Çocuk	4.84 (0.68)	4.68(0.81)	3.95(0.96)	4.26 (1.08)	4.05(1.16)	4.57(0.57)
	Anne-baba	4.89 (0.32)	4.67 (0.49)	3.67(1.08)	4.00(0.97)	3.89(0.90)	4.33(0.69)
	Kardeş veya Yakını	5.00 (0.00)	4.46(0.65)	4.77(0.59)	4.38 (1.17)	4.00(1.39)	
İstatistik analiz		p>0.05	p>0.05	X ² =19.58 p=.000	p>0.05	p>0.05	p>0.05
Yoğun bakımda kalma süresi	2-7 gün	4.90(0.30)	4.69(0.51)	4.14(0.90)	4.35(0.91)	4.04(1.07)	4.39(0.82)
	8 gün ve üzeri	4.76(0.74)	4.65(0.85)	4.41(0.86)	4.29(1.03)	3.82(1.40)	4.29(1.09)
İstatistik analiz		p>0.05	p>0.05	p>0.05	p>0.05	p>0.05	p>0.05
Hastanın bilinç durumu	Bilinçli	4.89(0.31)	4.73(0.44)	4.16(0.87)	4.44(0.78)	4.00(1.33)	3.71(1.51)
	Bilinçsiz	4.79(0.78)	4.50(1.00)	4.36(0.98)	4.00(1.33)	4.07(1.04)	4.45(0.68)
İstatistik analiz		p>0.05	p>0.05	p>0.05	p>0.05	p>0.05	p>0.05
Ziyaret süresi	10 ve daha az	4.81(0.52)	4.60(0.64)	4.19(0.93)	4.29(0.89)	4.00(1.06)	4.35(0.78)
	11 ve üzeri	4.85(0.48)	4.85(0.48)	4.30(0.79)	4.45(1.03)	4.00(1.19)	4.40(1.12)
İstatistik analiz		r=0.197 p=.021	r=0.279 p=.001	p>0.05	p>0.05	p>0.05	p>0.05

Tablo 3. Hasta Yakını Beklentileri İle Bireysel Özelliklerinin ve Hastaya Ait Özelliklerin Karşılaştırılması (Tablo 3'ün devamı)

		Hasta yakını isimleri	Soru sorabilme	Zaman geçirme	Bakımına yardımcı olma	Telefonla Hastaneyi arama	Hasta iletişim	Toplam ölçek puanı
		ort(sd)	ort(sd)	ort(sd)	ort(sd)	ort(sd)	ort(sd)	
Eğitim durumu	Okur-yazar	4.20 (0.13)	4.20 (0.13)	3.00 (0.36)	3.80 (2.24)	4.20 (0.24)	3.40 (0.16)	4.00 (0.87)
	İlkokul/Ortaokul	4.42 (0.15)	4.46 (0.11)	3.38 (0.18)	3.54 (0.18)	4.25 (0.15)	3.96 (0.17)	4.20 (0.96)
	Lise	4.40 (0.13)	4.48 (0.13)	3.16 (0.17)	3.52 (0.19)	4.40 (0.13)	4.40 (0.12)	4.23 (0.08)
	Üniversite	4.27 (0.20)	4.67 (0.11)	2.80 (0.20)	3.00 (0.22)	4.33 (0.18)	4.33 (0.18)	4.20 (0.05)
İstatistik analiz		p>0.05	p>0.05	p>0.05	p>0.05	p>0.05	Kw=13.359 p=0.004	p>0.05
Yakınlık durumu	Eş	4.32(0.94)	4.71(0.46)	3.43(1.16)	3.57(1.22)	4.39 (0.91)	4.29(0.97)	4.31 (0.40)
	Çocuk	4.47 (1.01)	4.42(0.95)	2.68(1.14)	2.79(1.42)	4.21(0.96)	4.11(0.98)	4.04 (0.66)
	Anne-baba	3.89 (1.13)	4.22(0.65)	2.67(0.69)	3.33(0.97)	4.33(0.49)	3.44(1.29)	3.94 (0.36)
	Kardeş veya	4.62 (0.94)	4.31(1.09)	3.54(1.48)	4.15(0.97)	4.46(1.17)	4.46(0.95)	4.38 (0.70)
İstatistik analiz		X ² =13.682 p=.003	X ² =9.088 p=.028	X ² =14.649 p=.002	X ² =16.856 p=.001	p>0.05	X ² =11.045 p=.011	X ² =14.50 p=.002
Yoğun bakımda kalma süresi	2-7 gün	4.25(1.03)	4.43(0.78)	3.14(1.18)	3.41(1.28)	4.35(0.95)	4.10(1.09)	4.1846(0.79)
	8 gün ve üzeri	4.65(0.85)	4.65(0.85)	3.12(1.39)	3.47(1.35)	4.35(0.92)	4.35(0.92)	4.2353(0.79)
İstatistik analiz		U=1292.0 p=.010	U=1328.0 p=.018	p>0.05	p>0.05	p>0.05	p>0.05	U=1310.0 p=0.033
Bilinç durumu	Bilinçli	4.31(0.97)	4.53(0.60)	3.27(1.09)	3.36(1.26)	4.42(80)	4.25(1.01)	4.24(0.39)
	Bilinçsiz	4.57(1.06)	4.36(1.31)	2.64(1.56)	3.71(1.35)	4.07(1.30)	3.79(1.10)	4.04(0.96)
İstatistik analiz		U=1164.0 p=.021	p>0.05	U=1132.0 p=.025	p>0.05	p>0.05	U=1148.0 p=.024	p>0.05
Ziyaret süresi(Dak)	10 ve daha az	4.48(0.84)	4.40(0.70)	3.10(1.28)	3.46(1.26)	4.31(0.89)	3.94(1.07)	4.16((0.56)
	11 ve üzeri	4.05(1.26)	4.70(0.96)	3.30(1.06)	3.35(1.36)	4.40(1.03)	4.65(0.80)	4.28(0.54)
İstatistik analiz		p>0.05	p=.043	p>0.05	p>0.05	p>0.05	p>0.05	p>0.05

Hastaya yakınlık durumuna ($X^2=14,502$; $p=.002$) ve yoğun bakımda kalma süresine ($U=1310,00$; $p=0,033$) göre toplam ölçek puanı anlamlı düzeyde istatistiksel farklılık göstermiştir. Kardeş veya diğer yakın akrabalar ($4,38\pm 0,70$) ile yoğun bakımda 8 günden fazla kalan ($4,23\pm 0,79$) hasta yakınlarının beklentileri anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur.

Tartışma

Çalışma bulgularına göre hastaların büyük çoğunluğunun yoğun bakımda (%72,9) iki ile yedi gün arasında kalmış olması hasta yakınlarının hemşireleri tanınması ve onlarla iletişim kurabilmesi için yeterli bir süre olarak değerlendirilmiştir (Tablo1). Çalışma grubundaki hasta yakınlarının hemşirelerden beklentileri genel olarak yüksek bulunmuştur (Tablo 2). Türk aile yapısında aile bireylerinin birbirine karşı sorumlulukları vardır ve genellikle biri hastalanınca diğerleri hastalık yükünü paylaşmak ister. Bu yardımı gerçekleştirebilmek için ise hemşirelerden ve diğer sağlık çalışanlarından beklentilerinin yüksek olması beklenen bir sonuçtur.

Hasta yakınlarının %91,3'ü hastasının bakımından memnun ve %87'si hastasının yoğun bakımdan iyileşerek çıkacağına inanıyordu (Tablo 1). Bir çalışmada beklenti düzeyi yükseldikçe memnuniyetin azaldığı bildirilmektedir (15). Literatürde memnuniyeti etkileyen faktörler; kişilerarası iletişim, personel davranışı, hastalık hakkında bilgilendirme, sağlık personeli ile etkileşim olarak sıralanmaktadır (9,16,17). Çalışma sonuçlarımıza benzer şekilde literatürde, hasta yakınlarının tedavi ve bakımlarından yüksek derecede memnun olduğu bildirilmektedir (17-20). Bizim çalışmamızdan farklı olarak Alaca ve ark. (2011) çalışmasında hastalar, hemşirelerin kendilerini anlamadığını ve iş merkezli çalıştıklarını, kendileri ile konuşmadıklarını ve dinleme-diklerini ve yoğun bakımda olmanın ölümü düşündürdüğünü belirtmişlerdir (21).

Hasta yakınlarının hemşirelerden beklentileri en yüksek oranda hasta yatağını değiştirmek, pansuman veya tüplerini değiştirmek gibi tedavi ve bakım işlemlerinden önce ziyaretçileri odadan çıkarmaları ile ilgili olmuştur (Tablo 2). Daha önce yapılan çalışmalarda da benzer sonuçlar elde edilmiştir (8,11). Bu sonuç hasta yakınlarının hastası ile ilgili bakım ve tedavi işlemleri sırasında

hastasına uygulanan girişimlere tanık olmak istemedikleri şeklinde yorumlanabilir.

Eğitim arttıkça hasta yakınlarının hemşirelerden beklentilerinin arttığı görülmüştür (Tablo 3). Çalışmamıza paralel olarak Türkiye'de yapılan bir çalışmada, eğitim düzeyi arttıkça beklenti düzeyinin yükseldiği, bilgilendirilmeden duyulan tatmininin azaldığı bildirilmiştir (22). Eğitimi yüksek olan kişilerin hastalarının hastalığı ve prognozu ile ilgili bilgilerinin daha iyi olacağı söylenebilir. Bu da hastasının bakımı ile ilgili beklentilerinin artmasına neden olabilir.

Kardeş ve yakın akrabaların ölçeğin pek çok parametresinde beklentileri yüksek iken eşlerin yalnızca hemşirelerden beklentileri "istediği zaman soru sorabileceği güvenini vermelidirler" ifadesidir (Tablo 3). Bu sonuç çoğunlukla eşlerin hasta yakını olarak hastanede kalması sebebi ile beklentilerinin pek çok alanda karşılandığı, ancak hastanın durumunun kritik olması sebebi ile bilgi alma ihtiyacının sürekli olduğu şeklinde yorumlanabilir. Bir çalışmada hasta yakınlarında en çok stres yaratan faktörün çaresizlik ve belirsizlik olduğu bildirilmiştir (6).

Yoğun bakımda geçen süre arttıkça; hasta yakınlarının hemşirelerin kendilerine isimleri ile hitap etmeleri ile ilgili beklentileri artarken, hastası daha kısa süreli yatanların beklentileri istedikleri zaman soru sorabilmek konusunda artmaktadır (Tablo 3). Böyle bir karşılaştırmaya yer veren bir çalışma olmamakla birlikte, hastanede geçirilen süre arttıkça hemşirelerle iletişim güçlenmiş olduğundan isimleri ile hitap edilmesinin hasta yakınları tarafından beklenmesi olağan bir sonuçtur. Yoğun bakım hemşirelerinin çoğu, ailelerle iletişim kurmanın rollerinin önemli bir parçasını oluşturduğunu belirtmektedir (23). Daha kısa süreli yatan hasta yakınları ise hastalarının durumları ile ilgili bilgisizliğe bağlı endişeli olduklarından soru sorma ihtiyacını daha fazla duyabilirler (6).

Hastası bilinçli olan hasta yakınlarının hastası ile vakit geçirmelerine izin verilmesi konusunda beklentisi yüksektir (Tablo 3). Bilinçsiz hastalar iletişim kuramayacağından hasta yakınlarının hasta ile vakit geçirme konusunda istekli olmaması ancak hastanın bilinci açıksa hasta yakınının hastası ile zaman geçirme isteğinin artması beklenen bir sonuçtur. Yapılan çalışmalarda benzer şekilde hasta yakınları, hastaları ile daha fazla vakit geçirme konusunda istekli

olmalarına karşın bu konuda kısıtlandıkları bildirilmektedir (24-27). Bilinçli ve bilinçsiz hastaya sahip aile üyelerinin bu beklentilerinin karşılaştırıldığı bir çalışmaya rastlanmamış olmakla birlikte bir çalışmada hasta yakınları hemşirelerin zaten hastanın bilincinin açık olmadığı gibi gerekçeler ile ziyaretlerini kısıtlandığını ya da hiç izin verilmediği bildirilmiştir (27).

Ziyaret süresi arttıkça hasta yakınlarının hemşirelerden beklentileri birçok parametre ile ilgili artmıştır (Tablo 3) Birçok çalışmada yoğun bakım hasta ziyaretinin hasta ve yakınları için olumlu sonuçlar doğuracağı bu sebeple açık ziyaret uygulaması yapılması gerektiği belirtilmektedir (28-30). Ancak ziyaret süresi ile hasta yakınlarının beklentilerini karşılaştıran bir çalışmaya rastlanmamıştır.

Sonuç

Yoğun bakım hasta yakınlarının çoğu hemşirelik bakımından memnun ve beklentileri yüksektir. Hasta yakınlarının beklentileri daha çok tedavi ve bakım işlemlerinden önce ziyaretçilerin odadan çıkartılması yönündedir. Eğitim, hastaya yakınlık durumu, ziyaret süresi, hastanın yoğun bakımda kalma süresi, bilinç durumu hasta yakınlarının beklentilerini etkileyebilmektedir. Bu sonuçlar doğrultusunda; yapılacak hemşirelik bakım planlarında hasta yakınlarının beklentilerinin dahil edilmesi ve beklentileri etkileyen parametrelerin dikkate alınması önerilebilir. Ayrıca daha büyük gruplar ve farklı yoğun bakım ünitelerinde beklentileri etkileyebilecek diğer faktörler de çalışmaya dahil edilerek tekrarlanabilir. Çalışma sonuçları bu ünitelerdeki hasta yakınlarının sonuçlarını yansıtmakta olup genellenemez.

Kaynaklar

1. Sánchez-Vallejo A, Fernández D, Pérez-Gutiérrez A, Fernández-Fernández M. Analysis of needs of the critically ill relatives and critical care professional's opinion. *Med Intensiva*. 2016; 40:527-540.
2. Özgürsoy BN, Durmaz Akyol A. Yoğun bakım ünitesinde yatan hastaların ailelerinin gereksinimleri [Needs of Family Members of Patients in Intensive Care Unit]. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*. 2008;12(1-2):33-38.
3. Maxwell KE, Stuenkel D, Saylor C. Needs of family members of critically ill patients: a

comparison of nurse and family perceptions. *Heart Lung*. 2007;36(5):367-76.

4. Attia A, Abd-Elaziz W, Kandeel N. Critical care nurses' perception of barriers and supportive behaviors in end-of-life care. *Am J Hosp Palliat Med*. 2012;30(3):297-304.
5. Alaca Ç, Yiğit R, Özcan A. Yoğun bakım ünitesinde yatan hastaların hastalık sürecinde yaşadığı deneyimler konusunda hasta ve hemşire görüşlerinin karşılaştırılması [Comparison of nurses' and patients' opinions about their experiences during the disease process of Inpatients in the intensive care unit]. *J Psy Nurs*. 2011;2(2):69-74.
6. Matt B, Schwarzkopf D, Reinhart K, König C, Hartog CS. Relatives' perception of stressors and psychological outcomes-Results from a survey study; 2017;39:172-177.
7. Uzun O, Ozer N, Akyıl R. Bazı cerrahi kliniklerde cerrahi yoğun bakım ünitelerinde yatan hastaların ailelerinin gereksinimleri. [Needs of patients' families in some surgical clinics and surgical intensive care units]. *Atatürk Üniversitesi Tıp Dergisi [EAJM]*; 2002; 34: 39-42.
8. Fox SM, El-Masri MM, Williamson KM. Family perceptions of nurses' roles toward family members of critically ill patients: A descriptive study. *Heart & Lung*. 2005; 34(5):335-344.
9. Arıkan D, Tüfekçi FG, Taştekin A. Çocuk kliniklerindeki refakatçilerin hastanede yaşadıkları sorunlar, beklentileri ve problem çözme düzeyleri ile ilişkisi [Problems and expectations of hospital attendants and relationship with their problem solving levels of in pediatry clinics]. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi [EAJM]*; 2007; 10(2): 49-57.
10. Barış N, Karabacak Ü. Yatarak tedavi gören hastaların yakınlarının hemşirenin rolünü algılamaları. [The inpatients' relatives' perception of the nursing role]. *MUSBED. [Journal of Marmara University Institute of Health Sciences]*. 2013;3(3):131-137.
11. Kaya H, Bolat S, Turan Y, Şendir M, Acaroğlu R. Nöroşirürji yoğun bakım ünitesinde hastası olan aile üyelerinin hemşirelerden beklentileri ve memnuniyet durumu [Family members' expectations of the nurses and whether meeting family expectations impact family

- satisfactions in the neurosurgery intensive care unit]. İstanbul Üniversitesi F. N. H.Y.O. Dergisi. [FNJN] 2006;15(57):87-97.
12. Özdemir Ö. Yoğun bakım ünitesinde yatan hasta yakınlarının memnuniyet değerlendirilmesi [Evaluation of the Satisfaction of Relatives of Patients at Intensive Care Units]. Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi. Afyon; 2009. p 14-18.
 13. Appleyard ME, Gavaghan SR, Gonzalez C. et al. Nurse-coached intervention for the families of patients in critical care units. *Crit Care Nurs*. 2000;20: 40-49.
 14. Kosco M, Warren NA. Critical care nurses' perceptions of family needs as met. *Crit Care Nurs Q*. 2000;23: 60-72.
 15. Özer A, Çakıl E. Sağlık hizmetlerinde hasta memnuniyetini etkileyen faktörler [The factors affecting patient satisfaction in health services]. *Tıp Araştırmaları Dergisi (TAD)*. 2007;5(3):140-143.
 16. Onay M, Uğur B. Sağlıktaki memnuniyetin sessiz sihri: "Duygusal zeka". [Silent magic of satisfaction in health: emotional intelligence]. *Organizasyon ve Yönetim Bilimleri Dergisi (OYBD)*. 2011;3(2):23-34.
 17. Aydın K, Tokur ME, Daş T ve ark. Anestezi yoğun bakım ünitesinde hasta yakını memnuniyetinin değerlendirilmesi [The evaluation of the satisfaction of patients' relatives in anesthesia intensive care unit]. *DEÜ Tıp Fakültesi Dergisi*. 2016;30(2): 61-70.
 18. Erdal Ç, Tunalı Y, Dilmen Ö, Akçıl F, Yentür E. Yoğun bakım ünitesinde yatan hastaların yakınlarının memnuniyetinin değerlendirilmesi. [Evaluation of the satisfaction of patients' relatives in the intensive care unit]. *Türk Yoğun Bakım Dergisi [Turk J Intense Care]*. 2013;11:64-71.
 19. Erden İA, Pamuk AG, Akıncı SB ve ark. Yoğun Bakım Ünitesinde aile memnuniyetinin değerlendirilmesi [Assessment of family satisfaction in intensive care unit]. *Türk Yoğun Bakım Dergisi [Turk J Intense Care]*. 2010;8:18-25.
 20. Heyland DK, Tranmer JE. Mesuring family satisfaction with care in the intensive care unit: The development of a questionnaire and preliminary results. The KGH ICU Research Working Group. *J Crit Care*. 2001;16:142-9.
 21. Alaca Ç, Yiğit R, Özcan A. Yoğun bakım ünitesinde yatan hastaların hastalık sürecinde yaşadığı deneyimler konusunda hasta ve hemşire görüşlerinin karşılaştırılması. [Comparison of nurses' and patients' opinions about their experiences during the disease process of inpatients in the intensive care unit]. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi. [J Psy Nurs]*. 2011;2(2):69-74.
 22. Kıdak LB, Aksaraylı L. Yatan Hasta Memnuniyetinin Değerlendirilmesi ve İzlenmesi: Eğitim ve Araştırma Hastanesi Uygulaması [Appraising and monitoring the satisfaction level of inpatients: An application in a education & research hospital]. *Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*. 2008;10(3): 88-122.
 23. Adams A, Mannix T, Harrington A. Nurses' communication with families in the intensive care unit – a literature review. *Nurs Crit Care*. 2017 Mar;22(2):70-80.
 24. Lee LY, Lau YL. Immediate needs of adult family members of adult intensive care patients in Hong Kong. *J Clin Nurs*. 2003;12:490-500.
 25. Farrell ME, Joseph DH, Schwartz-Barcott D. Visiting hours in the ICU: finding the balance among patient, visitor and staff needs. *Nurs Forum*. 2005;40:18-28.
 26. Marco L, Bermejillo I, Garayalde N, Sarrate I, Margall MA, Asiain MC. Intensive care nurses' beliefs and attitudes towards the effect of open visiting on patients, family and nurses. *Nurs Crit Care*. 2006;11:33-41.
 27. Koyuncu A, Eti Aslan F, Yava A, Çınar D, Olgun N. Kalp damar cerrahisi yoğun bakım ünitesinde tedavi gören terminal dönemdeki hastaların yakınlarının hasta ziyaretinden beklentileri *Turk Gogus Kalp Dama*. 2016;24(1):68-75.
 28. Cullen L, Titler M, Drahozal R. Family and pet visitation in the critical care unit, *Critical Care Nurse*. 2003; 23 (5): 62- 66.
 29. Livesay S, Gilliam A, Mokrcek M, Sebastian S, Hickey JV. Nurses' perceptions of open visiting hours in Neuroscience Intensive Care Unit, *JNCQ*. 2005;20 (2): 182- 189.
 30. Sims JM, Miracle VA. A look at critical care visitation the case for flexible visitation, *Dimensions of Critical Care Nursing*. 2006;25 (4): 175- 180.

Hemşirelik Öğrencilerinin Empatik Eğilim Düzeyleri ve Problem Çözme Becerileri

Empathic Tendency Levels and Problem Solving Skills of Nursing Students

Hülya ÜSTÜNDAĞ^a, Neşe BAYAR^b, Elif YILMAZ^b, Gülşah TÜREL^b

ÖZ Bu çalışma, hemşirelik öğrencilerinin empatik eğilim düzeylerini ve problem çözme becerilerini değerlendirmek amacıyla yapılmıştır. **Yöntem:** Çalışmanın evrenini 2017- 2018 eğitim öğretim yılında bir üniversitede lisans eğitimi gören hemşirelik öğrencileri oluşturmuştur. Herhangi bir örnekleme yöntemine başvurulmayıp çalışmaya katılmayı kabul eden bütün öğrenciler çalışma kapsamına alınmıştır. Çalışmaya katılmayı kabul eden öğrencilere tanımlayıcı özellikleri içeren form, Empatik Eğilim Ölçeği ve Problem Çözme Envanteri uygulanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde yüzdelik, ortalama, Kruskall Wallis Varyans Analizi, Mann Whitney-U testleri ve Spearman korelasyon analizi kullanılmıştır. **Bulgular:** Hemşirelik Bölümü öğrencilerinin yaş ortalaması 20.91 ± 2.25 'dir. Hemşirelik öğrencilerinin Empatik Eğilim puan ortalaması 68.68 ± 8.78 , Problem Çözme Envanteri puan ortalamaları 96.12 ± 20.27 olarak saptanmıştır. Hemşirelik öğrencilerinin problem çözme kişisel kontrol alt boyut puanı 20.85 ± 3.43 , problem çözme yeteneğine güven alt boyut puanı 31.08 ± 9.81 , yaklaşma/kaçınma alt boyut puanı 47.76 ± 10.83 olarak saptanmıştır. **Sonuç:** Hemşirelik öğrencilerinin empatik eğilimleri ortanın üzerinde, problem çözme becerileri orta düzeyde olarak belirlendi. Bu bağlamda hemşire öğrencilerin problem çözme ve empatik eğilimlerini geliştirici eğitim programlarının hemşirelik eğitimi sırasında kullanılması, problem çözme becerilerinin ve empati düzeylerinin artmasına katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Empati, empatik eğilim, problem çözme, hemşirelik, öğrenci

ABSTRACT Object: The study was performed to determine the empathic tendency level and problem solving skills of nursing students. **Methods:** The study population consisted of undergraduate nursing students of a university during the 2017-2018 academic year. Any specific sampling method was not determined and only the voluntary students was enrolled in the study. The data of research were gathered by using an information document including descriptive feature of the students and Empathic Tendency Scale and Problem Solving Inventory. Data were analysed by using SPSS 23.0 package program. In the analysis of data percentage, mean, Mann-Whitney U test, Kruskall Wallis variance analysis and Spearman correlation were used. **Results:** The average age of the students in the Department of Nursing is 20.91 ± 2.25 'dir. Nursing students' Empathic Tendency average score was determined 68.68 ± 8.78 . Students' problem-solving inventory mean score was 96.12 ± 20.27 , personal control subscale mean score was 20.85 ± 3.43 , reliance subscale mean score was 31.08 ± 9.81 , convergence/avoidance subscale mean score was 47.76 ± 10.83 . **Conclusion:** Nursing students' empathic tendency level and problem solving skill level was found as moderate. It was concluded that the use of training programs to develop problem solving and empathy tendencies during nursing education will improve problem solving skills and empathy tendencies among nursing students.

Key Words: empathy, empathic tendencies, problem-solving, nursing students

Giriş

Hemşirelik, kişilerarası ilişkilerin yoğun olarak sürdürüldüğü bir sağlık disiplini. Hemşire sağlıklı/hasta bireye yardım etme ve bakım işlevini gerçekleştirirken olumlu terapatik iletişim ortamının sağlanmasından ve hemşirelik işlevlerinin güvene dayalı olarak sürdürülmesinden sorumludur. Temel işlevi yardım etme olan hemşire, bireyin fiziksel sosyal ve duygusal gereksinimlerini tanımaya ve bunların karşılama-

sına, bireyin bağımlı durumdan bağımsız duruma ulaşmasında rol alır. Hemşirenin, bireyi önemli, değerli, benzersiz bir insan olarak kabul etmesi, saygı duyması ve empatik yaklaşım sergilemesi bireyin hemşireye güvenmesini sağlayarak aralarındaki profesyonel ilişkiyi güçlendirecek ve bakımın kalitesini olumlu yönde etkileyecektir (1-3). Hemşirelik açısından empati, hemşirenin, "hastanın içinde bulunduğu durumu, duygu ve dü-

Geliş Tarihi/Received:31-01-2018 / Kabul Tarihi/Accepted:14-04-2018

^aDr., Öğretim Üyesi, İstanbul Bilgi Üniversitesi, Hemşirelik Bölümü hulya.ustundag@bilgi.edu.tr,

ORCID: 0000-0001-6119-8573

^bİstanbul Bilgi Üniversitesi Hemşirelik Bölümü

Sorumlu Yazar/Corresponding Author: Hülya Üstündağ, hulya.ustundag@bilgi.edu.tr

şüncelerini anlamaya çalışması, bu süreç sırasında algıladıklarını hastasına iletmesi” olarak tanımlanmaktadır. Hemşirelerin hastaları ile iyi bir ilişki kurabilmeleri için etkin iletişim becerilerine sahip olmaları, duygularının farkında olup yönetebilmeleri ve empati yapabilmeleri gerekmektedir. Hemşire tarafından anlaşıldığını, önemsendiğini, değer verildiğini hissedene birey hemşirenin bakımını kabul eder ve olumlu terapötik ortam sağlanmış olur (4-8). Etkin bakımın sağlanabilmesi için sadece empati eğilimi değil problem çözme yetisinin de olması beklenmektedir. Problem çözme, kişinin yaşamı boyunca karşılaşılabileceği, engel yaratan, strese sokan çözüm bekleyen problemleri çözmek amacıyla ortaya koyduğu, bilişsel, duygusal ve davranışsal etkinliği içeren karmaşık bir süreçtir. Olması istenen durum ile var olan durum arasında bir farklılık algılandığında problem çözme süreci başlar ve bir konuyla ilgili olası tüm çözümlerin bir araya getirilmesi, tüm mesleki uygulamaların ortaya konulmasını içerir (9-11).

Bilimsel temele dayanan karar verme yeteneği, problem çözme stratejileri ve empati kurabilme becerileri profesyonel hemşireden beklenen bir davranıştır. Yaratıcı düşünmeyi gerektiren problem çözme süreci hemşirelik uygulamalarının odağını oluşturur. Bu nedenle hemşirelerin mesleki eğitimleri süresince problem çözme becerilerinin değerlendirilerek, geliştirilmesi gerekir. Ülkemizde konu ile ilgili yapılan araştırmalarda hemşirelik öğrencilerinin problem çözme becerileri orta düzeyde bulunmuştur (12-13). Hemşirelik öğrencilerin bakım verirken göstereceği davranışların niteliğini ve kişilerarası ilişki becerisinin etkinliğini belirleyecek empati ve problem çözme becerilerinin gelişerek davranışa dönüşmesi, başarılı meslek üyeleri olmalarına katkı sağlayacaktır (1). Bu doğrultuda çalışma, hemşirelik bölümü öğrencilerinin empatik eğilim ve problem çözme becerileri ile bu becerileri arasındaki ilişkiyi incelemek amacı ile planlandı ve aşağıdaki sorulara yanıt arandı;

- Hemşirelik bölümü öğrencilerinin empatik eğilim düzeyleri nedir?
- Hemşirelik bölümü öğrencilerinin problem çözme beceri düzeyleri nedir?
- Öğrencilerin empatik eğilim düzeyleri ve problem çözme becerileri arasında ilişki var mıdır?

Gereç ve Yöntem

Araştırmanın Evren ve Örnekleme

Tanımlayıcı türdeki araştırmanın evrenini İstanbul’da bir üniversitesinin Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik bölümünde öğrenim gören 255 öğrenci oluşturdu. Örneklem ise, verilerin toplandığı gün okulda bulunan ve araştırmaya gönüllü olarak katılmayı kabul eden 223 öğrenciden oluştu.

Veri Toplama Araçları

Veriler, Sosyo-demografik Bilgi Formu, Empati Eğilim Ölçeği (EEÖ) ve İletişim Becerileri Değerlendirme Ölçeği (İBDÖ) kullanılarak toplanmıştır.

Sosya-Demografik Bilgi Formu; Araştırmacılar tarafından geliştirilen sosyo-demografik bilgi formu öğrencilerin yaş, cinsiyet, sınıf, nerede ve kimlerle yaşamakta oldukları, kardeş sayıları, medeni durumları, çalışma hayatları, anne ve babanın çalışma durumu, anne ve babanın aile içindeki tutumu, hemşirelik bölümünü seçme nedeni, hemşirelik bölümünde okumaktan memnuniyetini içeren sorulardan oluşmaktadır.

Empatik Eğilim Ölçeği (EEÖ): Dökmen tarafından kişilerin başka bireylerle empati kurabilme potansiyellerini değerlendirmek amacıyla geliştirilmiştir (14). Empatinin duygusal bileşenini ölçen ölçek 20 ifadeden oluşmakta ve her bir ifadeye 1’den 5’e likert tipi derecelendirilmektedir. Ölçekteki 3,6,7,8,11,12,13 ve 15. ifadeler olumsuz, diğer ifadeler ise olumlu eğilimi ifade edecek şekilde hazırlanmıştır. Ölçeğin değerlendirilmesinde olumsuz ifadeler ters puanlanmakta olup, toplam puan 20-100 arasında değişmektedir. Ölçek puanının yüksek olması, empatik eğilimin yüksek olduğunu; düşük olması empatik eğilimin düşük olduğunu göstermektedir. Bu çalışmada ölçeğin Cronbach alfa katsayısı 0.72 olarak bulunmuştur.

Problem Çözme Envanteri (PÇE); Problem Çözme Envanteri Heppner ve Petersen tarafından geliştirilmiş, Savaşır ve Şahin tarafından Türkçeye uyarlanmıştır (15). Yetişkinlerin problem çözme becerisi konusunda kendi algılayışını ölçen ölçek 35 maddeden oluşan 1-6 arası likert tipi derecelendirilen bir öz değerlendirme anketidir.

Her madde için kişilere hangi sıklıkla davrandıkları sorulmaktadır. Seçenekler; “Her zaman böyle davranırım”, “Çoğunlukla böyle davranırım”, “Sık sık böyle davranırım”, “Arada sırada böyle davranırım”, “Ender olarak böyle davranırım” ve “Hiçbir zaman böyle davranmam” şeklindedir. Verilen yanıtlara 1 ile 6 arasında değişen puanlar verilir. Puanlama sırasında 9, 22 ve 29. maddeler puanlama dışı tutulmaktadır. 1, 2, 3, 4, 11, 13, 14, 15, 17, 21, 25, 26, 30 ve 34. maddeler ters olarak puanlanan maddelerdir. Ölçek üç alt boyuttan oluşmaktadır. Kişinin yeni problemleri çözme yeteneğine olan inancını ifade eden “**problem çözme yeteneğine güven (PCYG)**” (5, 10, 11, 12, 19, 23, 24, 27, 33, 34, 35. maddeler), gelecekte başvurmak için ilk problem çözme çabalarını yeniden gözden geçirmek ve değişik alternatif çözümler için aktif bir biçimde araştırma yapmayı ifade eden “**yaklaşma-kaçınma (YK)**” biçimi (1, 2, 4, 6, 7, 8, 13, 15, 16, 17, 18, 20, 21, 28, 30, 31. maddeler) ve sorunlu durumlarda kişilerin kontrolünü sürdürme yeteneğini belirten “**kişisel kontrol (KK)**” boyutudur (3, 14, 25, 26, 27, 32. maddeler). Ölçekten alınan toplam puanların yüksekliği, problemler karşısında etkili çözümler bulanamadığını, problem çözme düzeyinin düşük olduğunu; düşük puan ise problem çözmede etkin olduğunu ve başarılı problem çözme becerilerine sahip olduğunu göstermektedir. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 32, en yüksek puan ise 192’dir. Problem Çözme Envanteri, Savaşır ve Şahin tarafından Türkçeye uyarlanmış ve Cronbach alfa tutarlılık katsayısı 0.88 olarak bulunmuştur. Bu çalışmada ise Cronbach alfa tutarlılık katsayısı 0.85 olarak saptanmış ve ölçeğin alt gruplarında bu değer 0.64 ile 0.83 arasında değişmiştir.

Araştırmanın Etik Yönü

Çalışmanın yapılabilmesi için kurumdan yazılı izin ve kurumun bulunduğu üniversitenin etik kurulundan onay alındı. Çalışmaya katılan öğrencilere araştırma hakkında bilgi verildi, bireysel bilgilerin gizli kalacağı konusunda açıklama yapıldı. Araştırmaya katılan öğrencilerden yazılı onam alındıktan sonra, gönüllülük esaslı ilke edinilerek veriler toplandı.

Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin istatistiksel analizinde SPSS (Statistical Package for Social Science for Windows 23.0) paket programı kullanıldı. Tanımlayıcı istatistiksel

analizlerinden sayı, yüzde, ortalama ve standart sapma ile hesaplandı. Verilerin dağılımı Kolmogorov Smirnov testi ile değerlendirildi. Gruplar arası karşılaştırmalarda Mann Whitney U test, Kruskal Wallis Test’inden yararlanıldı. $p < 0.05$ düzeyi istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

Bulgular

Çalışma kapsamına alınan öğrencilerin yaş ortalamasının 20.91 ± 2.25 olduğu, %35.9’inin 3.sınıf, %88.3’ünün kadın, %64.1’i ailesiyle yaşamakta olduğu, %35.4’ünün bir kardeşe sahip oldukları, %87’i yaşamını şehirde geçirdiği belirlendi. Öğrencilerin %62.3 ailesinde sadece babasının çalıştığı, %59.6’unun ailesinin öğrenciye

Tablo 1. Öğrencilerin Tanıtıcı Özellikleri (N=223)

		n	%
Yaş Ort±SS	20.91±2.25		
Sınıf	1 Sınıf	43	19.3
	2 Sınıf	53	23.8
	3 Sınıf	80	35.9
	4 Sınıf	47	21.0
Cinsiyet	Kadın	197	88.3
	Erkek	26	11.7
Kiminle yaşadığı	Aileyle	143	64.1
	Yalnız/Arkadaş	32	14.3
	Yurt	43	19.3
	Akraba	5	2.2
Kardeş Sayısı	Tek çocuk	28	12.6
	1 Kardeş	79	35.4
	2 Kardeş	56	25.1
	3 ve fazlası	60	26.9
Daha önce yaşadığınız yer	Köy	8	3.6
	Kasaba	21	9.4
	Şehir	194	87.0
Anne-Baba çalışma durumu	İkisi de çalışıyor	56	25.1
	Birisi Çalışıyor	139	62.3
	Çalışmıyorlar	28	12.6
Anne-Babanın tutumu	Otoriter	52	23.3
	Demokrat	34	15.2
	Destekleyici	133	59.6
	İlgisiz	4	1.8
Hemşirelik seçim şekli	Kendi isteği	127	57
	Aile isteği	49	22
	Çevre	22	9.8
	Diğer	25	11.2
Bölümünle ilgili	Memnunum	104	46.6
	Memnun değilim	43	19.3
	Kararsızım	76	34.1

Tablo 3. Öğrencilerin sosyo demografik özellikleri ile EE ve PÇE puan ortalamalarının karşılaştırılması

Özellikler	Problem Çözme Envanterinin Alt Ölçekler				Problem
	Empatik Eğilim	Problem Çözme	Yaklaşma-	Kişisel	Çözme
	Ölçeği	YG	Kaçınma	Kontrol	Envanteri
	X+SS	X+SS	X+SS	X+SS	X+SS
Sınıf					
1 Sınıf	70.28±9.06	32.14±11.16	48.65±11.49	21.00±3.96	97.65±26.06
2 Sınıf	67.43±9.02	30.81±10.81	47.51±11.22	20.72±3.79	95.06±21.42
3 Sınıf	67.86±8.25	32.13±8.65	48.79±10.19	20.84±2.79	98.56±18.18
4 Sınıf	70.00±9.01	28.64±9.03	45.47±10.80	20.89±3.35	91.77±19.44
KW	4.56	4.25	3.46	0.35	4.03
p	0.20	0.23	0.32	0.95	0.25
Cinsiyet					
Kadın	69.47±8.67	30.48±9.92	46.90±10.83	20.86±3.43	94.55±20.38
Erkek	62.65±7.19	35.62±7.75	54.27±8.48	20.81±3.52	108.00±15.0
MW-U	1393.50	1728.50	1399.50	2526.00	1470.50
p	0.00	0.00	0.00	0.90	0.000
Anne-Baba çalışma durumu					
Herikisi	67.89±7.17	34.52±8.39	51.68±9.36	21.30±3.64	104.00±16.5
Birisi çalışıyor	69.38±9.12	29.60±10.00	46.19±11.25	20.91±3.45	93.10±21.07
Çalışmıyorlar	66.75±9.83	31.54±10.05	47.68±9.71	19.64±2.69	95.36±20.02
KW	3.41	10.79	9.53	3.44	10.76
p	0.18	0.00	0.00	0.17	0.00
Anne-Babanın aile içindeki tutumu					
Otoriter	66.19±7.21	34.06±9.18	49.48±10.11	27.63±3.57	101.46±18.8
Demokrat	68.76±8.88	32.24±10.67	48.53±11.23	20.47±3.57	98.24±19.19
Destekleyici	69.54±9.28	29.81±9.63	46.86±11.08	20.77±3.36	93.71±20.91
İlgisiz	71.50±3.31	24.75±8.34	48.75±7.89	16.50±2.64	88.75±14.88
KW	7.31	9.58	2.75	8.63	7.63
p	0.06	0.02	0.43	0.03	0.05
Hemşirelik bölümü seçme şekli					
Kendi isteği	70.39±8.58	29.30±9.93	46.11±11.03	20.85±3.33	92.30±20.87
Aile isteği	67.18±8.37	33.24±9.91	49.47±9.52	20.14±3.49	100.08±18.7
Çevremin	63.91±7.98	35.36±6.95	52.09±9.89	21.82±4.05	105.86±13.4
Diğer	67.12±9.37	32.12±9.48	48.69±11.85	21.40±3.14	99.20±21.09
KW	11.85	12.93	9.34	6.54	13.31
p	0.00	0.00	0.02	0.08	0.00
Hemşirelik bölümünde okumaktan memnun olma durumu					
Memnun	69.58±8.79	30.13±9.56	46.29±11.32	20.65±3.40	93.31±20.66
Memnun değil	67.84±8.89	33.35±9.18	51.44±11.50	21.79±3.43	103.49±20.5
Kararsız	67.92±8.71	31.11±10.40	47.68±9.30	20.59±3.44	95.80±18.76
KW	1.64	3.41	9.19	6.02	9.95
p	0.44	0.18	0.01	0.04	0.00

karşı tutumunun destekleyici olduğu, %57'sinin kendi isteğiyle hemşirelik bölümü seçtiği ve %46.6'sının hemşirelik bölümünde okuyor olmaktan memnun oldukları belirlendi (Tablo1).

Öğrencilerin EEÖ puan ortalaması 68.68±8.78 dir. Problem Çözme Ölçeği puan ortalaması 96.12±20.27 ve ölçek alt boyut puan ortalamaları

ise problem çözme yeteneğine güven 31.08±9.81, yaklaşma kaçınma 47.76±10.83, kişisel kontrol 20.85±3.43 olarak saptanmıştır (Tablo 2).

Hemşirelik öğrencilerinin cinsiyetine ve hemşirelik mesleğini seçme şekline göre EEÖ puan ortalamalarının değiştiği ve aralarında anlamlı fark olduğu belirlenmiştir (p<0.05). Hemşirelik öğren-

cilerinin empatik eğilim puanlarının yaş, okumakta olduğu sınıf, kardeş sayısı, anne ve baba çalışma durumu, anne babanın aile içindeki tutumu, hemşirelik bölümünde olmaktan memnun olma durumuna göre anlamlı düzeyde değişmediği saptanmıştır ($p>0.05$) (Tablo 3).

Tablo 2. EEÖ ve PÇE Toplam ile PÇE Alt Boyut Puan Ortalamalarının Dağılımı (N=223)

Ölçekler	X+S.S (min-mak)
Empatik Eğilim Ölçeği	68.68±8.78(43- 93)
Problem Çözme Envanteri	96.12±20.27(45-166)
Problem Çözme Yeteneğine Güven	31.08±9.81 (11-66)
Yaklaşma-Kaçınma	47.76±10.83 (17-80)
Kişisel Kontrol	20.85±3.43 (14-30)

Çalışmada hemşirelik öğrencilerinin cinsiyet, anne babanın çalışma durumu, hemşirelik mesleğini seçme şekli, hemşirelik bölümünde okumaktan memnun olma durumuna göre PÇE toplam puan ortalamaları arasında fark olduğu saptanmıştır. Hemşirelik öğrencilerinin PÇE alt boyutları olan PÇ puanları ile cinsiyet, anne - baba çalışma durumu, anne babanın aile içindeki tutumu ve hemşirelik bölümünü seçme şekliyle arasında anlamlı fark olduğu, YK alt boyutu puanları ile cinsiyet, anne babanın çalışma durumu, anne babanın aile içindeki tutumu, hemşirelik mesleğini seçme şekli, hemşirelik bölümünde okumaktan memnun olma durumu arasında anlamlı fark olduğu, KK alt boyutu puanları ile anne babanın aile içindeki tutumu, hemşirelik bölümünde okumaktan memnun olma durumu arasında anlamlı fark olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$) (Tablo 3).

Tablo 4. Ölçekler arası korelasyon

	Empatik Eğilim	
	r*	p
Problem Çözme Envanteri	-.399	$p<0.01$
Problem Çözme	-.388	$p<0.01$
Yaklaşma-Kaçınma	-.344	$p<0.01$
Kişisel Kontrol	-.083	0.21

*Spearman Korelasyon Testi

Hemşirelik öğrencilerinin problem çözme düzeyleri ile empatik eğilim düzeyleri arasındaki ilişkiyi değerlendirmek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda empatik eğilim düzeyi arttıkça problem çözme düzeyinde de artış olduğu saptanmıştır ($r=-0.399$; $p<0.001$) (Tablo 4).

Tartışma

Çalışmada sağlık bilimleri fakültesinde öğrenim gören hemşirelik öğrencilerinin empatik eğilim düzeyleri ile problem çözme düzeyleri ve arasındaki ilişki incelendi. Çalışmaya katılan öğrencilerin demografik özellikleri Türkiye’de hemşirelik öğrencileri ile yapılan benzer çalışmalardan elde edilen bulgularla uyumlu olduğu görüldü (1,4,8,9,13,16,17).

Empatik eğilim bireyin günlük yaşamda empati kurma potansiyeli olarak tanımlanmaktadır (16). Öğrencilerin empatik eğilim ölçeğinden aldıkları puan 68.68±8.78 olarak bulundu. Ölçekten alınacak en yüksek puanın 100 olduğu göz önüne alınır, öğrencilerin empatik eğilim puanlarının ortanın üzerinde olduğu belirlendi. Arpacık ve Özmen (4) yaptığı çalışmada Empatik Eğilim Ölçeği puan ortalaması 69.94±8.44 olup orta düzeyde olduğunu ifade etmişlerdir. Özcan (2) hemşirelerle yaptığı çalışmada EEÖ puanının 65.95±10.66 olduğu belirlenmiştir. Mete ve Gerçek (17) hemşire öğrencilerle yaptıkları çalışmada EEÖ puan ortalamalarını orta düzeyde olduğu yine Duman ve Acaroğlunun (1) çalışmasında ise öğrencilerin empati beceri puanlarının düşük olduğu saptanmıştır. William ve arkadaşları (18) paramedik, hemşirelik ve occupational terapi öğrencileri ile yaptığı çalışmada hemşire öğrencilerin empati puanları diğer bölümlere oranla daha düşük olarak bulunduğu görülmüştür. Petrucci ve ark. (19) tüm sağlık bilimleri öğrencilerinin empati düzeylerinin karşılaştırılması ile ilgili yaptığı çalışmada hemşirelik öğrencilerinin empati düzeyleri en yüksek öğrenci grubunu oluşturduğu ve diğer sağlık bölümü öğrencileri ile aralarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu belirtilmiştir. Yine Wilson ve ark. (20) sağlık ve sağlık dışı fakültelerde okuyan öğrencilerin empati düzeylerini karşılaştırdıkları çalışmada, sağlık bilimlerinde okuyan öğrencilerin empati puanlarının anlamlı olarak yüksek bulunduğunu ifade ettiler (20). Hemşirelik öğrencilerinin empatik eğilimini inceleyen çalışmalarda, her ne kadar öğrencilerin empatik

eğilim puan ortalamaları değişse de, genelde orta ve ortanın üzerinde olduğu görülmektedir.

Çalışmada sınıflar arasında öğrencilerin empati eğilimleri puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı saptanmıştır. Benzer şekilde Wilson ve arkadaşlarının çalışmasında öğrencilerin öğrenim gördüğü sınıf ile empati puanları arasında anlamlı fark bulunmadığı bildirilmiştir (20). Karaca ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da verilen eğitimle empatik becerinin arttığı fakat empatik eğilimlerinin değişmediği saptanmıştır (21). Nunes ve ark. (22) tarafından yapılan bir çalışmada da birinci sınıf hemşirelik öğrencilerinin, diğer sağlık bilimlerindeki öğrencilere göre daha yüksek puan ortalamasına sahip olmakla birlikte, empati becerilerinin geliştirilmeye gereksinimi olduğu belirlenmiştir (22). Brunero ve arkadaşları literatür incelemeleri sonucu empati düzeylerinin eğitimle arttığını ifade etmişlerdir (23). McKenna ve arkadaşlarının ebe öğrencilerle yaptığı çalışmada öğrencilerin birinci sınıfta empatik eğilimlerinin oldukça düşük olduğu, eğitim yılı arttıkça öğrencilerin empatik eğilimlerinin de arttığı saptanmıştır (24). Hemşirelik öğrencilerin eğitimleri süresince empati kurabilme yeteneğinin geliştirilmesi, hastası ile etkin iletişim kurması onu doğru anlaması ve bakım gereksinimlerini doğru belirlemesi açısından önemlidir.

Literatürde empatik eğilim düzeylerinin cinsiyetler arasında farklılık gösterebileceği vurgulanmaktadır (1,4,6,16). Bu farklılığın kadın ve erkek cinsiyetlerine özgü yetiştiriliş biçimi, kadınların duygularını uygun biçimde ifade etmesi, başkalarına anlayışlı olması gibi kadın rolü ile ilgili beklentilerden; erkeklerin duygularını belirtilmesinin güçsüzlük olarak değerlendirilmesinden kaynaklı olabileceği belirtilmektedir (16). Bu çalışmada öğrencilerin cinsiyetlerine göre empatik eğilim düzeyleri karşılaştırıldığında, kız öğrencilerin EEÖ toplam puan ortalamalarının, erkeklere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu görülmüştür ($p < 0.01$). Bu sonuç, öğrencilerin cinsiyetlerine göre empatik eğilim düzeylerinin karşılaştırıldığı diğer araştırmalar ile benzerlik göstermiştir (2,4,6,17,19-21). Kız öğrencilerin erkek öğrencilere göre duygu dışavurumlarının daha yoğun olduğu ve bu durumun empatik eğilim düzeyini arttırdığı düşünülebilir. Çalışmada; anne babanın çalışma durumu, anne babanın aile içindeki tutumu,

öğrencinin hemşirelik bölümünü seçme şekli, hemşirelik bölümünde okumaktan memnuniyet durumu ile empatik eğilim düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p > 0.05$). Bu sonuç benzer çalışmalardan elde edilen sonuçlarla uyumludur (3-4).

Klinik alanda farklı sorunları olan bireylere bakım vermek üzere öğrenim gören öğrenci hemşirelerin problem çözme becerisi yeterliliğini de kazanması beklenmektedir. Bu çalışmada öğrenci hemşirelerin problem çözme envanteri puan ortalaması 96.12 ± 20.27 olarak saptandı. Ölçekten elde edilecek toplam puan aralığının 32-192 olduğu göz önünde bulundurulursa, bu çalışmada öğrencilerin problem çözme becerilerinin orta düzeyde olduğu söylenebilir. Yüksel'in yaptığı çalışmada problem çözme envanteri puan ortalamaları 95.46 ± 19.44 olarak bulunmuştur (11). Tezel ve arkadaşları (25) tarafından hemşirelik öğrencileri ile yapılan çalışmada PÇE puan ortalamasının 89.9 ± 22.1 olduğu bildirilmiştir. Kim ve Choi'nin Kore'de yaptıkları çalışmada hemşirelik öğrencilerinin PÇE puan ortalamalarını orta düzeyde olduğu saptanmıştır (26). Problem çözme envanteri kullanılarak yapılan benzer çalışmalarda da öğrencilerin puanları orta düzeyde bulunmuştur (9,10,13).

Çalışmada sınıflar arasında öğrencilerin problem çözme puan ortalamaları ve alt ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı saptanmıştır ($p > 0.05$). Kanbay ve arkadaşlarının hemşirelik lisans öğrencileri ile yaptığı çalışmada sınıflara göre problem çözme becerileri arasında anlamlı farklılık bulunmadığı belirtilmiştir (27). Benzer şekilde, Tezel ve arkadaşları (25) ve Yüksel'in (11) yaptığı çalışmalarda problem çözme puan ortalamaları ve alt ölçek puan ortalamaları ve sınıflar arasında anlamlı farklılık olmadığı ifade edilmiştir. Sağlık bakımının sunulmasında önemli rol üstlenen hemşirelerin, eleştirel ve analitik düşünebilen, karşılaştığı farklı sorunlara çözüm getirebilen bireyler olması beklenmektedir. Çalışmada istatistiksel olarak anlamlı fark olmamasına rağmen sınıflar yükseldikçe PÇE puan ortalamasında artış görülmektedir. Bu sonuç problem çözme becerisine yönelik eğitimlerin, problem çözme becerisini geliştireceğini, eğitim programlarında problem çözme becerisine yönelik konuların artırılması gerekliliği sonucunu ortaya çıkarmaktadır.

Öğrencilerin cinsiyetlerine göre problem çözme puan ortalamalarında; kadınların erkek öğrencilere göre problem çözme yeteneğine güven, yaklaşma kaçınma alt gruplarından ve PÇE toplam puan ortalamasından daha düşük puan aldıkları ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı farkın olduğu belirlendi ($p<0.05$). Bu konuda yapılan çalışmalara bakıldığında cinsiyet ile problem çözme becerisi arasında anlamlı fark olmamasına rağmen kız öğrencilerin erkek öğrencilere göre problem çözme becerilerinin daha yeterli düzeyde olduğu, erkek öğrencilerin problem çözme konusunda daha fazla sorun yaşadıkları görülmektedir (9,10,11,25,27).

Çalışmada anne babasının aile içindeki tutumunu otoriter olarak değerlendiren öğrencilerin her üç alt ölçek puanlarından ve problem çözme envanteri toplam puanından yüksek puan aldığı saptandı. Anne babalarının yaklaşımını ilgisiz olarak değerlendiren öğrencilerin puan ortalamaları daha düşük olmakla beraber problem çözme yeteneğine güven, kişisel kontrol alt gruplarında istatistiksel olarak anlamlı fark anlamlı olduğu belirlendi ($p<0.05$) (Tablo3). Yüksel'in yaptığı çalışmada¹¹ otoriter aileye sahip öğrencilerin PÇE toplam puanının ve alt ölçek puanlarının daha yüksek olduğu aralarında anlamlı fark bulunmamasına rağmen problem çözme konusunda daha başarısız olduğu bildirilmiştir.¹¹ Problem çözme öğrenilebilen, deneyimlerle geliştirilebilen bir beceridir. Bu becerinin ilk kazanımlarının aile içinde başladığı düşünülmektedir.

Hemşirelik bölümünü kendi isteği ile seçen öğrencilerin, problem çözme yeteneğine güven, yaklaşma kaçınma alt boyutları ve PÇE toplam puan ortalamalarının daha düşük olduğu ve diğerleriyle aralarında anlamlı fark bulunduğu belirlendi. Benzer şekilde hemşirelik bölümünde öğrenim görmekten memnun olduğunu ifade eden öğrencilerin PÇE toplam puan ve yaklaşma kaçınma, kişisel kontrol alt boyutları puanlarının daha düşük olduğu ve aralarında anlamlı fark bulunduğu saptandı. Bu bağlamda öğrenimini sürdüreceği mesleği kendi kararları doğrultusunda seçen ve verdiği kararlardan memnun olan öğrencilerin otonomisini daha iyi kullandığı, problem çözme becerilerinin daha iyi olduğu söylenebilir.

Hemşirelik öğrencilerinin empatik eğilimleri ile problem çözme becerileri arasında korelasyona bakıldığında; empatik eğilimleri

arttıkça problem çözme toplam puan, problem çözme yeteneğine güven, kişisel kontrol becerilerinin de arttığı aralarında istatistiksel olarak anlamlı ilişkinin bulunduğu saptandı. ($p<0.05$).

Sonuç ve Öneriler

Hemşirelik bölümü öğrencilerinin empatik eğilimleri ve problem çözme becerilerini tanımlamaya yönelik yapılan bu çalışmada, öğrencilerin empatik eğilimleri ortanın üzerinde ve problem çözme becerilerinin orta düzeyde olduğu saptanmıştır. Öğrencilerin empatik eğilim düzeyleri arttıkça problem çözme düzeylerinin de arttığı ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir.

Empatik eğilim ve problem çözme becerileri birbirlerini olumlu yönde etkilediğinden, akademik eğitim süresince öğrencilerin empatik eğilimlerini güçlendirecek stratejilerin benimsenmesinin önemli olduğu göz önünde bulundurulmalıdır. Hemşire öğrencilerin problem çözme becerilerini geliştirmek için lisans programlarında problem çözme becerisini geliştiren ve farkında olma stratejilerinin kazanılmasını sağlayan eğitim programlarının hazırlanması önerilebilir.

Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu çalışma, sağlık bilimleri fakültesi hemşirelik bölümünde 2017-2018 öğretim yılı güz döneminde öğrenim gören ve çalışma kapsamına alınan hemşirelik öğrencilerin bildirimleri ile sınırlıdır.

Kaynaklar

1. Acaroğlu R, Duman D. Hemşirelik Yüksekokulu Birinci Sınıf Öğrencilerinin Duygusal Zekâ Düzeyleri İle Empati Becerileri Arasındaki İlişki. [The Relationship Between Emotional Intelligence Levels and Empathy Skills of Nursing College's First Grade Students] Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi 2014[Florence Nightingale Journal of Nursing];22(1):25-32.
2. Özcan H. Hemşirelerin empatik eğilim ve empatik becerileri: Gümüşhane örneği. [Empathic disposition and empathic skills of nurses: example Gümüşhane] Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, [Gümüşhane University Journal of Health Sciences]: 2012;1(2):60-68.

3. Williams J, Stickley T. Empathy and nurse education *Nurse Education Today*, 2010;30(8):752-755
doi:10.1016/j.nedt.2010.01.018
4. Arpacı P, Özmen D. Hemşirelik öğrencilerinin özgecilik ve empatik eğilim düzeyleri ve aralarındaki ilişki [Levels of nursing students and the relationship between altruism and empathic tendencies] *HEAD*. 2014; 11(3): 51-57
5. Khodabakhsh M. Attachment styles as predictors of empathy in nursing students. *Journal of Medical Ethics and History of Medicine*, 2012;5(1):1-8.
6. Ward J, Cody J, Schaal M, Hojat M. The empathy enigma: an empirical study of decline in empathy among undergraduate nursing students. *J Prof Nurs*. 2012;28(1):34-40. doi: 10.1016/j.profnurs.2011.10.007.
7. Heggestad AK, Nortvedt P, Christiansen B, Konow-Lund AS. Undergraduate nursing students' ability to empathize: A qualitative study. *Nurs Ethics*. 2016;7:1-10 doi: 0969733016664982.
8. Özyazıcıoğlu N, Aydınöğlu N, AYTEKİN G. Sağlık yüksekokulu öğrencilerinin empatik ve problem çözme becerilerinin incelenmesi [The Investigation of the Problem Solving and Empathetic Skills of the Students in a School of Health] . *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi [Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences]* 2009;12(3): 46-53.
9. Olgun N, Öntürk Z, Karabacak Ü, Aslan F, Serbest Ş. Hemşirelik öğrencilerinin problem çözme becerileri: Bir yıllık izlem sonuçları [Problem solving skills of the nursing students: results of the 1-year observation problem solving skills of the students]. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 2010; 1(4): 188-194.
10. Akın S, Güngör İ, Mendi B, Şahin N, Bizat E, Durna Z. Üniversite öğrenimlerini sürdüren hemşirelik bölümü öğrencilerinin problem çözme becerileri ve iç-dış kontrol odağı algısı. [Nursing Student's Problem Solving Skills and Internal-External Locus of Control] *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi [HEAD]*2007; 4(2): 30-36.
11. Yüksel A. Hemşirelik Öğrencilerinin Problem Çözme Öz Değerlendirme Sonuçları ve Etkileyen Faktörler Araştırma [Nursing Students' Self Evaluation of Problem Solving Skills and Related] *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi []* 2015:2(1); 37-49
12. Yurttaş A, Yetkin A. Sağlık yüksekokulu öğrencilerinin empatik becerileri ile problem çözme becerilerinin karşılaştırılması [Comparison of the problem solving abilities and empathetic abilities of the students of the school of health]. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi [J Anatolia Nursing and Health Sci.]* 2003; 6(1): 1-13.
13. Yılmaz E, Karaca F, Yılmaz E. Sağlık yüksekokulu öğrencilerinin problem çözme becerilerinin bazı değişkenler açısından incelenmesi [Examining the problem solving skills and some related factors of the health college students]. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi [J Anatolia Nursing and Health Sci.]*2009; 12 (1): 38-48.
14. Dökmen Ü. Empatinin yeni bir modele dayanılarak ölçülmesi ve psikodrama ile geliştirilmesi. *Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Dergisi* 1988; 21:155-190.
15. Savaşır I, Şahin NH. Bilişsel-davranışçı terapilerde değerlendirme: sık kullanılan ölçekler. No:9. Ankara: Türk Psikologlar Derneği Yayınları; 1997.
16. Özdemir NG. Hemşirelerin empatik eğilim ve empatik beceri ile bireyselleştirilmiş bakım algıları arasındaki ilişki *İÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, İstanbul* 2015
17. Mete S, Gerçek E. PDÖ Yöntemiyle Eğitim Gören Hemşirelik Öğrencilerinin Empatik Eğilim ve Becerilerinin İncelenmesi [The examination of empathic tendency and skills on nursing students who are educated with pbl method] *C.Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*. 2005; 9(2): 11-17
18. Williams B, Brown T, McKenna L, Beovich B, Etherington J Attachment and empathy in Australian undergraduate paramedic, nursing and occupational therapy students: A cross-sectional study, *Collegian*, 2017;24(6):603-609 doi.org/10.1016/j.colegn.2016.11.004
19. Petrucci C, La Cerra C, Aloisio F, Montanari P, Lancia L Empathy in health professional students: A comparative cross-sectional *Nurse Education Today*, 2016;41(6):1-5
20. Wilson SE, Prescott J and Becket G. Empathy Levels in First and Third year Students in Health

- and Non-Health Disciplines. American Journal of Pharmaceutical Education 2012;76(2):24
21. Karaca A, Açıkgöz S, Akkuş D. Eğitim İle Empatik Beceri ve Empatik Eğilim Geliştirebiliriz? Bir Sağlık Yüksekokulu Örneği Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2013; 4(3):118-122
 22. Nunes P, Williams S, Sa B, Stevenson K. A study of empathy decline in students from five health disciplines during their first year of training. International Journal of Medical Education, 2011;2(1):12-17.
 23. Brunero S, Lamont S, Coates M. A review of empathy education in nursing. Nursing Inquiry 2010; 17(1): 65–74
 24. McKenna L, Boyle M, Brown T, Williams B, Molloy A, Lewis B, Mollo L Levels of empathy in undergraduate midwifery students: An Australian cross-sectional study Women and Birth, 2011;24(2):80-84 doi:10.1016/j.wombi.2011.02.003
 25. Tezel A, Arslan S, Topal M, Aydoğan Ö, Koç Ç, Şenlik M. Hemşirelik öğrencilerinin problem çözme becerileri ve depresyon düzeylerinin incelenmesi[The investigation of the problem solving skill and depression level of nursing students]. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi[J Anatolia Nursing and Health Sci.] 2009; 12(4): 1-10.
 26. Kim K S, Choi J H. The relationship between problem solving ability, professional self concept, and critical thinking disposition of nursing students. International Journal of Bio-Science and Bio-Technology, 2014;6(5);131-142. doi:10.14257/ijbsbt.2014.6.5.13
 27. Kanbay Y, Aslan Ö, Işık E, Kılıç N. Hemşirelik lisans öğrencilerinin problem çözme ve eleştirel düşünme becerileri[Problem Solving and Critical Thinking Skills of Undergraduate Nursing Students]. Yükseköğretim ve Bilim Dergisi 2013;3(3):244-251

Feminist Gerontoloji Bağlamında Yaşlılığın Kadınsallaşması

Feminization of Old Age in the Context of Feminist Gerontology

Taner ARTAN^a, Hatice selin IRMAK^b

ÖZ Dünya genelinde yaşlı nüfus oranı artmaktadır. Hızla artış gösteren bu nüfus içerisinde, 65 yaş ve üzerindeki bireylerin %57,5'ini, 75 yaş ve üzerindeki bireylerin %60,5'ini, 85 yaş ve üzerindeki bireylerin ise %73,1'ini kadınların oluşturduğu görülmektedir. Bu durum yaşlılığın kadınsallaşması olarak tanımlanmaktadır. Bu kapsamda kadın ve erkek cinsiyetleri arasındaki farklılıklara atfedilen sosyokültürel anlamlardan kaynaklanan avantajlar ve dezavantajlar bu bireylerin yaşlanma ve yaşlılık süreçlerine de etki etmektedir. Bu çalışmada yaşlanma, yalnızca insanların görünümünde meydana gelen fiziksel değişimler ile sınırlı olmayan "çok boyutlu ve çok yönlü" bir süreç olarak ele alınmıştır. Bu kapsamda yaşlanma süreçlerini açıklama ve anlamlandırma noktasında toplumsal cinsiyetin ve özellikle yaşlı nüfusun büyük bir kısmını oluşturan kadınların önemli bir yeri olması gerektiği görüşünü savunan feminist gerontoloji yaklaşımı bu çalışmanın temel teorik alt yapısını oluşturmaktadır. Bu çalışmanın amacı kadın ve erkek cinsiyetleri arasındaki farklılıklara atfedilen sosyokültürel anlamlardan kaynaklanan avantajların ve dezavantajların yaşlanma süreçlerine nasıl etki ettiğinin ve kadınların yaşlılık dönemlerinde karşı karşıya kaldığı sorunların ortaya konmasıdır. Yaşlı kadınların karşı karşıya kaldığı sorunlar yaşlanma sürecinin geneline ilişkin sorunları, kadınlara ilişkin sorunları ve yaşlı kadınlara ilişkin biyolojik-psikolojik-sosyal temelli sorunları kapsamaktadır. Bu sorunların çözümü noktasında, kadınların toplumsal yaşam içerisinde devamlı olarak birilerine bağımlı olmalarının önlenmesi için erkekler ile eşit şartlara sahip olmalarını sağlayacak politikaların üretilmesi büyük önem taşımaktadır.

Anahtar kelimeler: Yaşlanma, Yaşlılık, Kadın, Toplumsal Cinsiyet, Yaşlılığın Kadınsallaşması, Feminist Gerontoloji

ABSTRACT The elderly population is increasing in all over the world. Within this rapidly increasing population, it is seen that women constitute 57.5% of the individuals aged 65 and over, 60.5% of the individuals aged 75 and above and 73.1% of the individuals aged 85 and above. This situation is defined as the feminization of elderliness. In this context, the advantages and disadvantages arising from the socio-cultural meanings attributed to the differences between male and female sexes also affect the aging and aging processes of these individuals. In this study, aging is considered as a multidimensional and multifaceted process, not limited to physical changes as people experience by age. In this context, the feminist gerontology approach, which advocates the idea that gender and especially the women constituting a large part of the elderly population should have an important place in explaining and making sense of aging processes constitutes the basic theoretical ground of this study. Objective: The purpose of this study is to examine the advantages and disadvantages of socio-cultural meanings attributed to differences between male and female genders, how it affects the aging process, and the problems experienced by women in their old ages. Conclusion and Recommendations: The problems faced by elderly women involve the general problems of the aging process, women problem, and biologically-psycho-social based problems of older women. It is very important to develop policies that ensure that women have equal conditions with men in order to prevent women from being constantly dependent on one another in social life.

Keywords: Aging, Old Age, Women, Gender, Feminization of Old Age, Feminist Gerontology

Giriş

Toplumsal cinsiyetin yaşlanma süreçlerine etkisi sadece cinsiyete bağlı biyolojik özellikler arasındaki farklılıklardan kaynaklanmamaktadır.

Türk toplumunda kadının konumunun erkeğe kıyasla daha dezavantajlı olduğu yönünde görüşler mevcuttur (1, 2). Bu anlamda kadın ve erkek cinsi-

Geliş Tarihi/Received:25-12-2017- Kabul Tarihi/Accepted:27-02-2018

a Yrd. Doç. Dr. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sosyal Hizmet Bölümü, e-mail: t.artan@hotmail.com, ORCID: 0000-0002-8716-2090

b Ar. Gör. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Gerontoloji Bölümü, e-mail: selinirmak@istanbul.edu.tr, ORCID: 0000-0001-5032-1767

Sorumlu yazar /Correspondence: Arş.Gör. Hatice Selin Irmak, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Gerontoloji Bölümü, -mail: selinirmak@istanbul.edu.tr

yetleri arasındaki farklılıklara atfedilen sosyokültürel anlamlardan kaynaklanan avantajlar ve dezavantajlar yaşlanma ve yaşlılık süreçlerine de etki etmektedir. Buradan hareketle kadınların çocukluk dönemlerinden itibaren yaşlanma süreçleri boyunca pek çok alanda dezavantajlı konumda oldukları göz önünde bulundurulduğunda, yaşlı kadının asıl problemi bir anlamda "yaşlılığından" ziyade "kadın" olmasıdır (3). Yani yaşlılığın cinsiyete bağlı bir süreç olduğu varsayımından hareketle, yaşlılık kadınlar açısından yaşlanma süreci boyunca cinsiyete özgü "sorunların birikimi" olarak değerlendirilmektedir (4). Bu çalışma kapsamında da kadın ve erkek cinsiyetleri arasındaki farklılıklara atfedilen sosyokültürel anlamlardan kaynaklanan avantajların ve dezavantajların yaşlanma süreçlerine nasıl etki ettiğinin ve kadınların yaşlılık dönemlerinde karşı karşıya kaldığı sorunların ortaya konması amaçlanmaktadır.

1. TEORİK ARKA PLAN

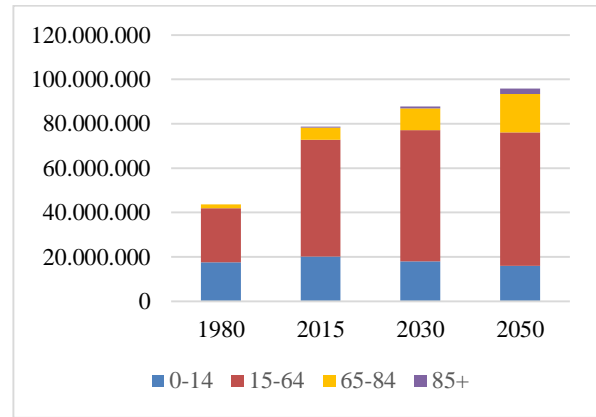
1.1. Yaşlanma ve Yaşlılık: Feminist Gerontoloji Kuramı

İnsanların yaşlanma ve yaşlılık kavramları ile ilgili çalışmaları günümüzde tartışılmaya yeni başlanmış gibi görünmesine rağmen eski çağlara kadar uzanmaktadır. Yaşlanma yalnızca insanların görünümünde meydana gelen fiziksel değişimler ile sınırlı olmayan "çok boyutlu ve çok yönlü" bir süreçtir (5,6). Bu noktada feminist kuramcılar; "yaşlılık ve yaşlanma sürecinin bireylerin içinde yaşadıkları toplumsal ilişkilerden ve iktidar ilişkilerinden bağımsız bir biçimde anlaşılamayacağını gösteren" politik ekonomi yaklaşımı (7,8), ile "yaşlanma sürecinin hem bireysel düzeyde verilen kararlardan ve davranışlardan hem de davranışı zorlayan ve yöneten yapısal ve tarihsel süreçlerden etkilendiğini savunan" yaşam seyri yaklaşımına (9, 10) toplumsal cinsiyet boyutunu da ekleyerek feminist gerontoloji yaklaşımının oluşmasını sağlamışlardır. Bu yaklaşıma göre toplumsal cinsiyet merkezli eşitsizlikleri ve baskıyı oluşturan ekonomik politik yapı, yaşam seyrini şekillendiren ise kadının ve erkeğin yaşlanma deneyimidir. Bu nedenle feminist kuramcılara göre yaşlanma süreçlerini açıklamaya ve anlamlandırmaya çalışan çalışmalarda, toplumsal cinsiyetin ve özellikle yaşlı nüfusun büyük bir kısmını oluşturan

kadınların önemli bir yeri olması gerekmektedir (11).

1. 2. Demografik Dönüşüm: Türkiye'de Yaşlı Bireylerin Profili

Bütün dünya ülkelerinde olduğu gibi ülkemizde de yaşlı nüfusun sayısı giderek artmaktadır. Demografik dönüşüm sürecinde olan Türkiye, Avrupa ülkelerine göre genç bir nüfus yapısına sahip gibi görünse de, mutlak yaşlı sayısı oldukça fazladır (12). Birleşmiş Milletler verilerine göre Türkiye'de 1980 yılında 65 yaş ve üstü nüfus tüm nüfusun %4,7'sini oluştururken, 2015 yılında bu oran %7,5'e ulaşmıştır. Nüfus projeksiyonlarına göre bu oranın 2030 yılında %12,1'e, 2050 yılında ise %20,6'ya yükseleceği tahmin edilmektedir (Şekil 1) (13).



Şekil 1. Türkiye'de Yaş Gruplarına Göre Nüfusun Dağılımı (13)

Birleşmiş Milletlere göre bir ülkedeki yaşlı nüfusun toplam nüfus içindeki oranının %8 ile %10 arasında olması o ülke nüfusunun "yaşlı", %10'un üzerinde olması ise "çok yaşlı" olduğu anlamına gelmektedir (12). Ülkemizde yaşlı sayısı, diğer yaş gruplarındaki bireylerin sayısına göre daha yüksek bir hız ile artış göstermektedir. 2014 yılında Türkiye'de toplam nüfusun artış hızı %10,6 iken yaşlı nüfusun artış hızı bunun yaklaşık 3 katı fazla olup %36,2'dir (14).

Tüm bu demografik değişim ve dönüşümler göz önünde bulundurulduğunda bu kadar hızlı artan bir nüfusun değişiminin ne yönde olacağını incelenmesi, yaşanmakta olan gelişmelerin yaratacağı sosyal sorunlara yönelik üretilecek çözümler açısından kritik bir öneme sahiptir. Bu

anlamda demografik yaşlanma olgusu toplumsal cinsiyet bağlamında ele alındığında Türkiye'de 2015 yılı itibariyle doğumda beklenen yaşam süresi erkeklerde 71 yaş iken, kadınlarda 78 yaşdır (13).

Tablo.1: Türkiye'de Yaşlıların Cinsiyete Göre Dağılımı (13)

	2015		2030	
	Kadın	Erkek	Kadın	Erkek
65+	%57,5	%42,5	%58,2	%41,8
75+	%60,5	%39,5	%63,1	%36,9
85+	%73,1	%26,9	%70,6	%29,4

Türkiye'de 65 yaş ve üzerindeki bireylerin %57,5'inin, 75 yaş ve üzerindeki bireylerin %60,5'inin, 85 yaş ve üzerindeki bireylerin ise %73,1'inin kadınlardan meydana geldiği görülmektedir (Tablo 1) (13). Bu olgu literatürde "yaşlılığın kadınsallaşması" kavramı ile ifade edilmektedir (1).

Demografik değişim ve dönüşümlerin gelecek dönemlerde kadın yaşlılar açısından yaratacağı olası riskler bireylerin cinsiyetlerinden değil, yaşamları süresince cinsiyetlerine bağlı olarak karşılaştıkları sosyal dezavantajlardan kaynaklanmaktadır. Bu nedenle bir sonraki bölümde yaşlılığın kadınsallaşması olgusu toplumsal cinsiyet bağlamında ele alınmıştır.

1. 3. Toplumsal Cinsiyet Bağlamında Yaşlılığın Kadınsallaşması

Yaşlılık döneminde toplumsal cinsiyete bağlı ortaya çıkan sorunlar, Türkiye gibi keskin farklılıklar içeren toplumsal cinsiyet rollerinin bulunduğu toplumlarda daha büyük önem arz etmektedir (15). Geleneksel toplum yapısı içerisinde "evin reisi" olarak konumlandırılan erkeklerin karar süreçlerinin tamamında tek yetkili olarak görülmesi, kadınların toplumsal hayat içerisinde bazı deneyimleri yaşamasını ve sorumluluklar üstlenmesini önlemiştir. Bütün bunlardan hareketle gençlik ve yetişkinlik dönemlerinde eğitim ve meslek hayatına çok az katılabilme şansı olan bugünün kadın yaşlılarının büyük kısmı yaşlılık dönemlerinde kendilerini istedikleri gibi ifade edememe, günlük yaşamları içerisindeki temel ihtiyaçlarını karşılamakta zorluk yaşama gibi olumsuz durumlar nedeniyle kendilerini güvensiz, huzursuz ve korku içerisinde

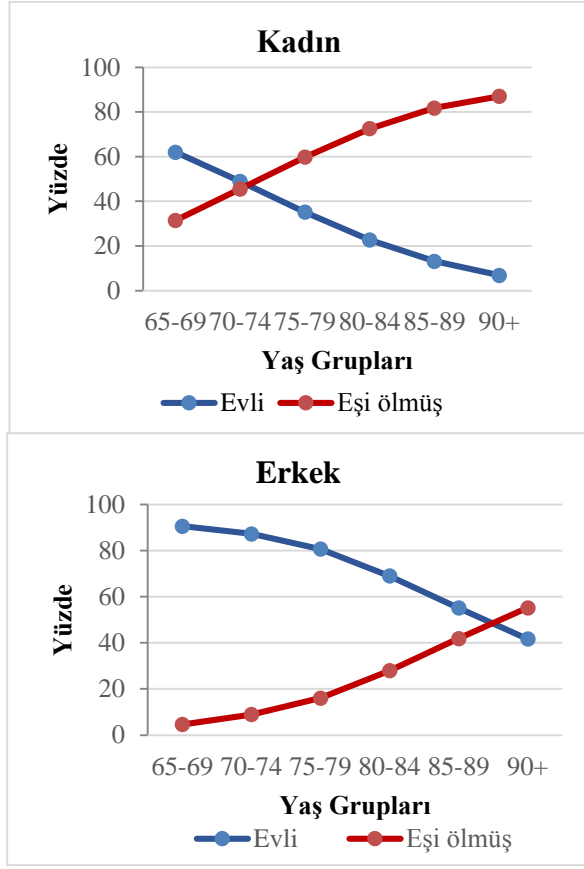
hissetmektedirler (16). Dolayısıyla yaşlı kadınlar toplum tarafından oluşturulan "yaşlılık bariyerleri" ile mücadele etmenin yanında (16), bu dönemde bir de kadın olmalarının yarattığı dezavantajlar ile karşı karşıya kalmaktadır. Bu noktada kadınların erkeklerden daha uzun yaşamasına bağlı olarak ortaya çıkan "yaşlılığın kadınsallaşması" olgusu her ne kadar biyolojik açıdan bir avantaj olarak görülse de, toplumsal açıdan yaşlılığın özellikle kadınların problemi haline geldiğinin altını bir kez daha çizmektedir. Bu nedenle yaşlı bireyler arasındaki eşitsizliklerin şekillenmesinde toplumsal cinsiyetin sahip olduğu işlevin daha iyi analiz edilmesi gereklidir.

2. YAŞLI KADINLARIN SORUNLARI

Yaşlı kadınların karşı karşıya kaldığı sorunlar yaşlanma sürecinin geneline ilişkin sorunları, kadınlara ilişkin sorunları ve yaşlı kadınlara ilişkin biyolojik-psikolojik-sosyal temelli sorunları kapsamaktadır. Bu çalışmada yaşlı kadınların sorunları medeni durumlarına bağlı problemler, yalnızlık, yoksulluk, sosyal güvenlik yoksunluğu, ihmal ve istismar, çalışma hayatında karşılaşılan sorunlar olarak le alınmıştır. Bu sorunlar arasında yer alan dulluk, yoksulluk, sosyal güvenlik yoksunluk, çalışma hayatında yaşanan sıkıntılar aslında kadınlar açısından iç içe geçmiş bir problem yumağı oluşturmaktadır (3).

2.1. Medeni Durum Değişikliği

Türkiye'de toplumsal yaşam içerisinde medeni durum bakımından bireylerin evli olması en yaygın eğilimdir (17). Ancak yaş ilerledikçe bireylerin evli kalma olasılığı azalmaktadır (Şekil 2). 65 yaş ve üstü bireylerde erkeklerin %83'ü, kadınların %43'ü evli iken; erkeklerin %13'ü, kadınların %50'si eşini kaybetmiştir (12). Kadınlar yaşlılık dönemlerini yalnız geçirmektedirler. Bu durum kadınların yaş olarak kendilerinden daha büyük bireyler ile evlenmelerinden ya da biyolojik yapıları nedeniyle ortalama yaşam sürelerinin erkeklerden yaklaşık 6-7 yaş daha fazla olmasından kaynaklanabilmektedir (15). 65-69 yaş aralığındaki evli erkeklerin oranı %91 iken; aynı yaş grubundaki evli kadınların oranı %62'ye düşmekte, ileri yaşlarda ise durum kadınlar açısından daha çarpıcı bir hal almakta ve 90 yaşın üstündeki evli bireylerin yalnızca %5'i kadınlardan oluşmaktadır (12). Yani Türkiye'de 90 yaşın üstündeki her 10 kadından 9'u eşini kaybetmiştir.



Şekil 2. Türkiye’de Yaşlıların Cinsiyete Göre Medeni Durumları (15)

Türkiye’de yapılan bir çalışmaya göre yaşlı kadınların yeniden evlenmeyi düşünmemelerinin nedenleri arasında bu durumun uygun olmadığını düşünmeleri, ailelerinin-çocuklarının istememesi, çocuklarını büyütme telaşları, çevreden çekinme gibi nedenlerin yer aldığı bulunmuştur (18). Dolayısıyla toplum içerisindeki ataerkil kabuller ve kadınların tekrar evlenmesine olumlu bakılmaması bu durum üzerinde önemli etkiye sahiptir. Kadınların yanı sıra erkekler de ise eş kaybı sonrasında birkaç kez evlenme girişiminde bulunduğu, dolayısıyla erkeklerin yalnız yaşamaya kadınlar kadar dayanamadıkları görülmektedir (1).

2.2. Yalnızlık

Yaşlıların ilerleyen yaşla birlikte eşlerini kaybetmesi yaşlandıkça yalnızlaşan bir kuşağın varlığını göstermektedir. Bu durum Hans Peter Tews (1993) tarafından ortaya konan ve yaşlılık döneminde tek başına yaşama ve yalnızlaşma durumunu ön plana çıkaran "tekilleşme" tezi ile

açıklanabilmektedir (27,37) Buna göre yaşlılıkta eş kaybının en önemli psikolojik sonuçlarından biri yalnızlıktır (19). TÜİK 2014 yılı verilerine göre toplam tek kişilik hane halklarının %45,8’i 65 yaş ve üzeri yaşlı bireylerden oluşmakta ve tek başına yaşayan yaşlı nüfusun %76,5’ini kadınlar, %23,5’ini erkekler oluşturmaktadır (20).

Bireylerin özellikle psikolojik ve duygusal açıdan en kırılgan olduğu yaşlılık döneminde yanlarında güven duydukları eşlerinin olmaması yaşama güçlerini olumsuz etkilemektedir (21). Bu nedenle eş kaybına uyum sürecinde sağlıklı bir sosyal iletişim ve arkadaşlık büyük önem taşımaktadır (22). Bu noktada bireylerin hem kendi yaş gruplarındaki hem de farklı yaş grubundaki bireyler ile bir araya gelerek birlikte zaman geçirmeleri için fırsatlar yaratılması yalnızlık hislerinin azaltılmasına yardımcı olacaktır (18). Daha da önemlisi yaşlılık dönemi öncesinde gençlik ve orta yaş döneminde aile ilişkisi dışında kurulan sosyal ilişkilerin gelişmesi ve korunması sağlanmalıdır (3).

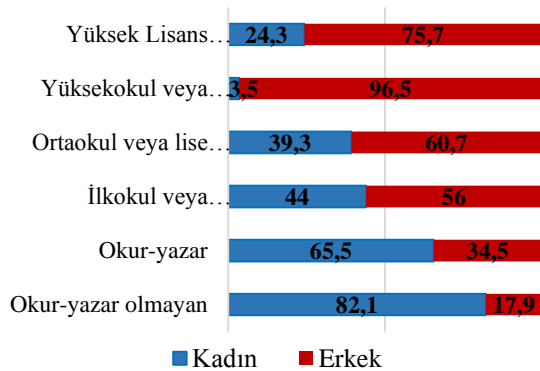
2.3. Yoksulluk

Türkiye’de yaşlılık ve yoksulluk arasında yakın bir ilişki bulunmaktadır (3). Yaşlılık döneminde yaşanan eş kayıplarının kadınlar açısından en önemli ekonomik sonuçlarından biri hane gelirinin azalmasıdır (19). 65 yaş ve üzeri yaşta bireylerden oluşan tek kişilik hanelerin yarısından fazlası aynı zamanda en düşük gelir grubunda yer almaktadır (20). Tek başına yaşayan 65 yaş ve üzeri bireylerin çoğunun kadınlardan oluştuğu ve tek kişilik hanelerde yoksulluğun en önemli sorunlardan biri olduğu düşünüldüğünde, Türkiye’de en yoksul ve gelir açısından en kırılgan kesimi yaşlı kadınların oluşturduğu görülmektedir. Dolayısıyla yalnız yaşayan yaşlı kadınlar arasında daha yüksek oranda yoksulluk görülür. Her ne kadar yalnız yaşayan yaşlı kadınlar görmezden gelinse de yaşlı kadınlarda medeni durumda meydana gelen değişim de gelirin azalması ile ilişkilidir ve bu durum literatürde yoksulluğun kadınlaşması olarak tanımlanmaktadır (23).

Kadınlar ve erkekler arasında ekonomik durum açısından meydana gelen bu farklılığı açıklama noktasında; ileri yaşta olmak ve yalnız yaşamak gibi kişisel özelliklere ya da işsizlik ve emekliliğe bağlı ortaya çıkan gelir azalması, eş kaybı ve yaşanan sağlık sorunları gibi yaşlı kadınların yoksulluğu devam ederken ortaya

çıkarak ileri yaşta gelir kaybına yani yoksulluğa neden olan ve ekonomik açıdan refah seviyesini düşüren spesifik olaylara odaklanmak gereklidir (24). Bu noktada yaşlı kadınların yoksulluk sorunları yalnızca eğitim seviyesinin yükseltilmesi ve istihdam oranının artırılması ile çözülebilecek durum değildir. Yaşlanma sürecinde yaşanan eş kaybı, emeklilik, sağlık sorunlarının artması gibi bir takım değişiklikler yaşlı kadınların yoksulluk sorunundan daha fazla zarar görmesine neden olmaktadır (25).

Tüm bunların yanında bireylerin eğitim düzeyleri de ekonomik durumları açısından belirleyici nitelik taşımaktadır (3). Bu noktada TÜİK 2013 yılı verilerine göre yaşlılarda okuryazar olmayanların oranı %23,9; ilköğretim mezunu olanların oranı %41,2; ortaokul veya dengi okul mezunu olanların oranı %4,1; lise veya dengi okul mezunu olanların oranı %4,9; yükseköğretim veya fakülte mezunu olanların oranı ise %4,2; yüksek lisans veya doktora mezunu olanların oranı ise %0,9'dur (20). Yaşlı nüfusun eğitim durumu cinsiyete göre incelendiğinde; cinsiyetler arasında önemli farklılıklar olduğu ve eğitim seviyesi ile kadınların oranı arasında ters yönde bir ilişki olduğu, eğitim seviyesi azaldıkça kadınların oranının arttığı, eğitim seviyesi arttıkça kadınların oranının azaldığı görülmektedir (Şekil 3). Buradan hareketle kadınların %34,9'u, erkeklerin %9,8'i okur-yazar değil iken; kadınların %1,9'u erkeklerin %7,1'i yükseköğretim veya fakülte mezunudur (20).



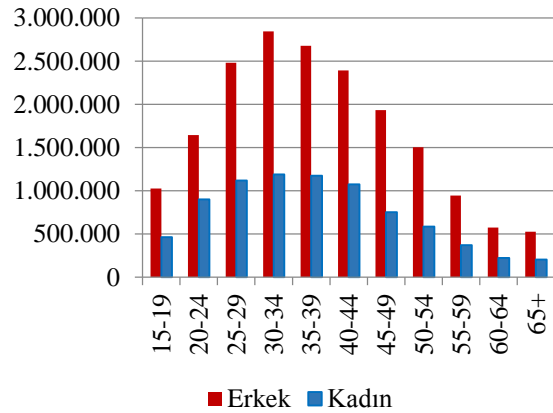
Şekil 3. Türkiye'de Yaşlıların Cinsiyetlerine Göre Eğitim Durumlarının Dağılımı (20)

2.4. Çalışma Hayatı

Yaşlılık döneminde yaşanan yoksulluk açısından son derece önemli alanlardan biri de kadının çalışma yaşamıdır (26). Çalışma alanında kadınlar

toplumsal cinsiyetleri nedeniyle yoğun şekilde ayrımcılığa ve dışlanmaya maruz kalmaktadır. Kadınlar erkekler ile karşılaştırıldığında işgücü piyasasına eşit oranda, eşit konumda ve eşit ücretle katılamamaktadırlar. Toplumsal yapı içerisinde kadınlara atfedilen özellikler onların "vasıfsız, düşük ücretli, emek yoğun, rutin, sıkıcı, dikkat gerektiren, hünere dayalı olarak toplumsal konulara ilişkin işlerde veya kadınların ev sorumluluklarının ev dışındaki bir uzantısı olarak görülen eğitim, bakım, temizlik gibi işlerde" yoğun olarak çalışmalarına neden olmaktadır. Yani çalışma hayatındaki bu ayrımcılık nedeniyle kazancı ve vasfı yüksek olan işler kadınlara uygun görülmemekte, kadınlar aynı işi yaptıklarında aynı ücreti alamamakta, yarı zamanlı, düşük statülü ve formel olmayan kayıt dışı işlerde çalışmak zorunda bırakılmakta ya da ücretsiz aile işçisi olarak görülmektedirler (26).

TÜİK 2015 yılı verilerine göre Türkiye'de işgücüne katılım oranı kadınlarda %29,9 iken, erkeklerde %70,5 ve istihdamdaki nüfusun %70'ini erkekler, %30'unu kadınlar oluşturmaktadır (12). Ayrıca Şekil 5'te Türkiye'de yaş grupları ve cinsiyetlere göre istihdam durumları yer almaktadır (Şekil 4).



Şekil 4. Yaş Grupları ve Cinsiyete Göre İstihdam Durumu (15)

Buradan hareketle işgücü piyasasına katılımın düşük olması kadınların hayatları boyunca erkeklere bağımlı olmaları ile ilişkilendirilmekte ve buna paralel şekilde işgücüne katılımın sağladığı emeklilik gibi imkânlardan da yararlanılamaması, sağlıkla ilişkili haklara da eşler

üzerinden erişilmesi bu bağımlılığın bir kat daha artmasına neden olmaktadır (2).

Yaşlı kadınlarda ekonomik açıdan incinebilirliğe neden olan en önemli noktalardan biri de toplumsal yapı içerisinde kadınlara atfedilen bakım veren rolüdür. Çünkü bakım hizmeti sunma sorumluluğu nedeniyle de kadınlar çoğunlukla çalışma yaşamı dışarısında bırakılmaktadırlar (26).

2.5. Sosyal Güvenlik

Sosyal güvenlik yoksunluğu yaşlılık döneminde görülen en önemli sorunlardan biridir (25). Yaşlılık döneminde sosyal güvenlikten yoksunluk genellikle, yaşlılık dönemi öncesi yaşam dönemlerinde kişilere sunulmayan yaşam imkânlarından kaynaklanmaktadır (27). Sosyal güvenlikten en az yararlanan kesimlerden biri yaşlı kadınlardır. Bu noktada Türkiye'de sosyal güvencesi bulunmayan her 10 yaşlıdan 6'sı kadınlardan meydana gelmektedir (15). Toplumsal cinsiyet eşitsizliği nedeniyle kadınların daha az eğitim alması, eğitimini tamamlayanların ise daha düşük statü ve maaşlar ile genellikle sosyal güvenceleri olmadan çalışmak zorunda bırakılmaları kadınların sosyal güvenlik sisteminde yer almamasının nedenleri arasında yer almaktadır (3,18). Dolayısıyla bütün bunların sebebi yalnızca yaşlılık dönemi değil, olumsuz ekonomik koşullar ile birlikte geçen yaşlanma sürecidir (27). Bu anlamda eğitim durumları göz önüne alındığında yaşlılar arasında yüksek okul veya fakülte mezunu olan bireylerin neredeyse tamamının sosyal güvenlik kapsamında olduğu görülmektedir. Bu da eğitim olanaklarından yararlanmış olmanın bir sonucudur. Bu nedenle kadınlara "mutfak ve yatak odası" arasında yüklenen sınırlı rollerde değişiklikler yapılmadığı ve yaşlanan bireylere cinsiyetlerinden bağımsız olarak fırsatlar yaratılmadığı sürece, bu durum kadının dışlanması ve yaşlılıkta onun bağımlılığı üzerine planlar kurmaktan başka bir anlam taşımamaktadır (27).

Türkiye'de sosyal güvence sağlayan Emekli Sandığı, Bağ-Kur ve Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK) "Sosyal Güvenlik Reformu" adıyla Sosyal Güvenlik Kurumu çatısı altında toplanmıştır (18). 65 yaş ve üzeri nüfusun sosyal güvenlikten yararlanma durumlarına bakıldığında, nüfusun %40'ının sosyal sigorta kollarından birinden emekli maaşı aldıkları, %22'sinin 2022 Sayılı Kanun kapsamında yaşlılık aylığından faydalandıkları, %37'sinin ise herhangi bir

emeklilik geliri olmadığı tespit edilmiştir (28). Türkiye'de çalışan kesimler tarafından ödenen primler aracılığı ile işleyen sosyal güvenlik sistemi; kadınların çalışma yaşamında yer alamaması nedeniyle erkeklere göre daha az sosyal güvenceye sahip olmalarına ya da eşlerine/babalarına bağımlı olarak "*bu çatının altına sığınmalarına*" yol açmaktadır (26). Bu noktada sosyal güvenlik kapsamı dışında kalan bireylerin özellikle eşi vefat etmiş 65 yaş ve üzeri kadınlardan oluştuğu bulunmuştur. Bu kadınların yaklaşık yarısının 2022 Sayılı Kanun kapsamında dul ve yetim aylığı da almadığı ortaya çıkmıştır (29). Dolayısıyla bu durum kadınların yoksulluğu daha fazla ve daha derinden yaşamasına sebep olmaktadır.

2.6. İhmal ve İstismar

Yaşlılık döneminde karşılaşılan en önemli sorunlardan biri de "yaşlı ihmal ve istismarı"dır. Yaşlı nüfusun artması ile birlikte istismar ve ihmal mağduru yaşlı nüfusun da artması beklenmektedir (30). Genel anlamda yaşlı istismarı "*yaşlının kendi evinde ya da kaldığı başka bir evde aile bireyleri tarafından veya bakıcısı tarafından bir kez veya tekrarlanan (kötü muamele) uygun davranış eksikliğidir*" şeklinde (31); yaşlı ihmaline ise "*yaşlının sosyal, fiziksel, duygusal gereksinimlerini karşılama da bilinçli veya bilinçsiz yetersizlik*" olarak tanımlanmaktadır (30).

Yaşlı istismarı aile içi şiddetin bir türü olarak ilk kez 1975 yılında "*hırpalanmış yaşlı kadın (granny battering)*" terimi ile literatüre girmiştir. Bu bakımdan yaşlı istismarına yönelik gerçekleştirilen çalışmalarda kadınların erkeklere oranla daha çok istismara uğradıkları, istismarcıların ise çoğunlukla erkek olduğu bulunmuştur (32, 33). İlerleyen yaş ile birlikte kadınların fiziksel kapasitelerindeki azalma, üretkenliklerindeki kayıplar, toplumsal yaşamın dışında kalma durumları onları istismara daha yatkın hale getirmektedir (34). Yaşlı kadınlara yönelik gerçekleştirilen istismarlar, "*kırık, çürük, yaralanma ve hastalanma gibi fiziksel sonuçları; depresyon, korku, çaresizlik, ürkek ve çekingen olma durumu gibi psikolojik sonuçları*" beraberinde getirmektedir (35). Bu nedenle birey, aile ve toplum üzerinde fiziksel, sosyal, psikolojik ve ekonomik boyutlarda etki eden ve çoğunlukla aile bireyleri arasında saklı kalan yaşlı istismarının açığa çıkarılması noktasında yaşlılar ile çalışan farklı

mesleki disiplinlere önemli sorumluluklar düşmektedir (30).

SONUÇ VE ÖNERİLER

Türkiye’de yaşlılara yönelik bakım ve sosyal politikalar büyük ölçüde Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı tarafından sunulmaktadır. Bakıma ihtiyaç duyan yaşlılar huzurevleri, bakım ve rehabilitasyon merkezlerinden hizmet alırken, kendi evinde yaşayan yaşlılara yönelik olarak evde bakım hizmetleri Sağlık Bakanlığı, yerel yönetimler ve Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı tarafından sunulmaya çalışılmaktadır. Her bir yaşlının kişisel ihtiyaçları farklılık gösterse de temelde yaşlıların barınma, sağlık, bakım, ekonomik ve psiko-sosyal destek gereksinimleri söz konusu olabilmektedir. Bu bakımdan Türkiye’deki hızlı yaşlanma süreci dikkate alındığında, yeni yaşlılık politikalarının üretilmesi de zorunlu hale gelmektedir. Ancak yaşlılık politikaları kapsamında yaşlılık dönemini ve yaşlanma süreçlerini sadece bir sorun olarak ele almak yerine, bu dönemi bütün yönleriyle birlikte değerlendirmek daha olumlu sonuçları beraberinde getirecektir (19).

Modernleşme süreci hem yaşam süresinde hem de insanlar tarafından yaşamın anlam ve değerinin algılanmasında değişimlere yol açmıştır. Bu noktada toplumsal cinsiyet ve yaş değişkenleri de sosyal çevre içerisinde önemli derecede etkili olmaya başlamıştır (3,36). Bu değişim süresi içerisinde geleneksel toplum yapısındaki "yaşlı kadınlar" ile modern toplum yapısındaki "yaşlı kadınlar" arasında yapısal ve işlevsel açıdan farklılıklar meydana gelmiş ve yaşlı kadınların sosyal değeri azalarak, toplumsal yapı içerisinde dezavantajlı konuma gelmişlerdir (3). Kadınların aile ve toplumsal yapı içerisinde erkekler karşısındaki eşitsiz konumlanışları onların var olan potansiyellerini verimli şekilde kullanmaları noktasında engeller oluşturmaktadır (25). Buradan hareketle kadınların toplumsal yaşam içerisinde devamlı olarak birilerine bağımlı olmalarını önleme noktasında erkekler ile eşit şartlara sahip olmalarını sağlayacak sosyal hizmet politikalarının üretilmesi gerekmektedir (29). Bu kapsamda yaşlılarla çalışacak sosyal hizmet uzmanlarının ve gerontologların kadın yaşlıların karşı karşıya kalabileceği risk unsurları konusunda daha fazla mesleki bilgiye sahibi olmaları önem taşımaktadır.

Kaynaklar

- 1.Canatan A. Yaşlılar ve Toplum. In: Bacanlı H, Terzi Şİ, eds. Yetişkinlik ve Yaşlılık Gelişimi Psikolojisi İstanbul: Açılım Kitap; 2012.
- 2.Şener Ü. Kadın Yoksulluğu. Ankara: TEPAV Değerlendirme Notu; 2009. Erişim Tarihi: 14 Ekim 2017, <http://www.tepav.org.tr>.
- 3.Tufan İ. Birinci Türkiye Yaşlılık Raporu. Antalya: GeroYay; 2007. Erişim Tarihi: 12 Kasım 2017, <http://www.itgevakif.com>.
- 4.Tufan İ. Kadın ve Yaşlılık: Türkiye Gerontoloji Atlası Araştırması. Kimlik Toplumsal Cinsiyet ve Kadın Çalışmaları Dergisi. 2015; 1(1), 10-16.
- 5.Martin M, Kliegel M. Psychologische Grundlagen der Gerontologie. Kohlhammer, Stuttgart; 2005.
- 6.Tufan İ. Türkiye’de Yaşlılığın Yapısal Değişimi. İstanbul: Koç Üniversitesi Yayınları; 2014.
- 7.Baran AG. Aile ve yaşlanma. In: Kasapoğlu A, Karkıner N, eds. Aile sosyolojisi. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayınları; 2012. s. 134-165.
- 8.Giddens A. Sosyoloji. İstanbul: Kırmızı Yayınları, 2008.
- 9.Şentürk M, Ceylan H. İstanbul’da Yaşlanmak. İstanbul: Açılım Kitap; 2015.
- 10.Willson AE. The Sociology of Aging. In: Bryant CD, Peck DL, eds. Handbook of 21st Century Sociology. California CA: Sage; 2007. p.148-155.
- 11.Hooyman N, Kawamoto K, Kiyak A. Aging Matters an Introduction to Social Gerontology. New Jersey: Pearson; 2015.
- 12.TÜİK. Nüfus İstatistikleri-2015. 2015 (Erişim Tarihi: 19 Ekim 2017) <https://biruni.tuik.gov.tr>.
- 13.United Nations. Profiles of Ageing-2013. 2013 (Erişim Tarihi: 10 Ekim 2017) <http://esa.un.org>.
- 14.TÜİK. İstatistiklerle Yaşlılar-2013. 2013 (Erişim tarihi: 1 Ekim 2017). <http://www.tuik.gov.tr>.
- 15.Efe A, Aydemir M. Yaşlı Kadın Olmak: Psiko-Sosyolojik Kuramlar Çerçevesinde Yaşlılık ve Kadın-Isparta Huzurevi Örneği. Süleyman Demirel Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi. 2015; 1(3): 193-223.
- 16.Tufan İ. Modernleşen Türkiye’de Yaşlılık ve Yaşlanmak. İstanbul: Anahtar Kitaplar Yayınları; 2003.
- 17.Dayıoğlu M, Kırdar MG. Türkiye’de Kadınların İşgücüne Katılımında Belirleyici Etkenler ve Eğilimler. Türkiye Cumhuriyeti Devlet Planlama Teşkilatı ve Dünya Bankası Refah ve Sosyal Politika Analitik Çalışma Programı-Çalışma

- Raporu-5; 2010. Erişim tarihi: 3 Ekim 2017, <http://siteresources.worldbank.org>.
- 18.Buz S, Beydili E. Ankara Örneğinde Yalnız Yaşayan Yaşlı Kadınların Gereksinimleri. Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi. 2015; 8(37): 557-570.
- 19.Arun Ö, Arun B. Türkiye'de Yaşlı Kadının En Büyük Sorunu: Dulluk. Sosyal Bilimler Dergisi. 2011; 10(4): 1515-1527.
- 20.TÜİK. İstatistiklerle Yaşlılar-2014. 2014 (Erişim tarihi: 2 Ekim 2017) <http://www.tuik.gov.tr>.
- 21.Mollenkopf H, Walker A. Quality of Life in Old Age: International and Multi-Disciplinary Perspectives. Dordrecht: Springer; 2007.
- 22.Arpacı F, Ersoy AF. Yaşlı Bakımı ve Yaşlılıkta Sağlıklı Beslenme. In: Bacanlı H, Terzi Şİ, eds. Yetişkinlik ve Yaşlılık Gelişimi ve Psikolojisi. İstanbul: Açılım Kitap; 2012.
- 23.Fodor E. A Different Type of Gender Gap: How Women and Men Experience Poverty. East European Politics and Societies. 2006; 20(1): 14–39.
- 24.Choudhury S, Leonesio MV. Life-Cycle Aspects of Poverty Among Older Women. Washington: ORES Working Paper Series; 1997 No:71. Erişim tarihi: 21 Ekim 2017, <https://www.ssa.gov>.
- 25.Buz S. Toplumsal Cinsiyet Ve Yoksulluk Odağında Yaşlılık Olgusu. 2015 (Erişim Tarihi: 1 Ekim 2017) <http://readgur.com>.
- 26.Ulutaş ÇÖ. Yoksulluğun Kadınsallaşması ve Görünmeyen Emek. Çalışma ve Toplum. 2009; 2, 25-40.
- 27.Tufan İ. Antikçağdan Günümüze Yaşlılık. İstanbul: Aykırı Araştırma; 2002. Erişim Tarihi: 2 Ekim 2017, <http://www.itgevakif.com>.
- 28.Candaş A, Buğra A, Yılmaz V, Günseli S. ve Çakar Yakut B. Türkiye'de Eşitsizlikler: Kalıcı Eşitsizliklere Genel Bir Bakış. İstanbul: Boğaziçi Üniversitesi Sosyal Politika Forumu; 2010. Erişim Tarihi: 2 Ekim 2017, <http://www.aciktoplumvakfi.org.tr>.
- 29.Özar Ş. Eşi Vefat Etmiş Kadınlar İçin Bir Nakit Sosyal Yardım Programı Geliştirilmesine Yönelik Araştırma Projesi. İstanbul: Boğaziçi Üniversitesi Sosyal Politika Forumu Final Raporu; 2011. Erişim Tarihi: 19 Ekim 2017, <http://www.spf.boun.edu.tr>.
- 30.Özmete E. Hwalek-Sengstock Yaşlı İstismarı Tarama Testi: Türkçeye Uyarlama Çalışması. Anadolu Psikiyatri Dergisi. 2016; 17(Ek.1), 45-52.
- 31.Artan T. Yaşlılarla Sosyal Hizmet. Ankara: SABEV Yayınları; 2017.
- 32.Artan T. Huzurevinde Kalmakta Olan Yaşlılarda Aile İçi İstismar. Toplum ve Sosyal Hizmet. 2013; 24,2: 109-122.
- 33.Fadıloğlu Ç, Şenuzun Aykar F. Yaşlıda İstismar ve İhmale Yaklaşım. Ege Tıp Dergisi. 2012; 51(Ek Sayı): 69-77.
- 34.Gökçe Y. Yaşlanan Dünya ve Yaşlanan İnsan. In: Ankara Tabip Odası, Türk Geriatri Derneği ve Pratisyen Hekimlik Derneği, ed. Birinci Basamak İçin Temel Geriatri. Ankara: Algı Tanıtım; 2012.
- 35.Duyan GÇ. Yaşlı İstismarı. In: Ersanlı K, Kalkan M, eds. Psikolojik Sosyal ve Bedensel Açından Yaşlılık. Ankara: Pegem Akademi Yayınları; 2008.
- 36.Reinhold G. Soziologie-Lexikon. Oldenbourg: Müncehn-Wien; 1991.
- 37.Tews HP. Soziologie des Alterns. Heidelberg: Quelle&Meyer; 1971.

Gebe Sağlık Çalışanlarının Mesleki Riskleri ve Koruyucu Yaklaşımlar

Pregnant Health Care Workers Occupational Risk and Protective Approaches

Ülfiye ÇELİKKALP^a, Faruk YORULMAZ^b

ÖZ: Çalışanın sağlığı ve güvenliği bakımından, sağlık kurumları önemli riskler taşıyan kurumlardır. Sağlık çalışanlarının sağlık ve güvenlik risklerinin diğer tüm sektörlerden daha fazla olduğu belirtilmektedir. Çok tehlikeli ve tehlikeli işyeri sınıfında yer alan sağlık kurumlarında çalışan sağlık çalışanları, çeşitli mesleki risklere maruz kalmaktadırlar. Gebelik döneminde çalışma ortamında maruz kalınan fiziksel, kimyasal, biyolojik, ergonomik ve psikososyal risklerin anne ve fetus sağlığı üzerinde olumsuz etkisi olmaktadır. Çalışma ortamındaki mesleki risk faktörlerine bağlı olarak, gebelik dışındaki zamanlarda da bazı maruziyetler üreme sistemi üzerinde etkili olabilir. Gebelik dışındaki etkilenme, çeşitli fertilitate bozukluklarına yol açabilirken, gebelik sırasındaki bir etkilenme gebeliğin; düşük, ölü doğum, erken doğum, intrauterin gelişme geriliği, düşük doğum ağırlığı ve/veya çeşitli malformasyonlara yol açabilmektedir. Bu nedenle işçi sağlığı ve iş güvenliğinde kadınlar özel bir risk grubu olarak tanımlanmakta ve kadınların çalışma hayatında “koruma” altında olması gerekmektedir. Kadın hayatında özel bir dönem olan gebelik döneminde çalışma ortamında kadının korunması, desteklenmesi ve bunun için uygun stratejilerin geliştirilmesi özellikle vurgulanması gereken bir konudur.

Anahtar Kelimeler: Gebelik, hemşirelik, mesleki risk, sağlık çalışanları, üreme sistemi

ABSTRACT: Health care institutions pose significant risks with regard to the health and safety of employees. Indeed, it has been shown that the health and safety risks faced by healthcare professionals are more than those associated with all other industries. Health care workers, working at work places categorized as very dangerous and hazardous, are exposed to various occupational risks. Exposure to these physical, chemical, biological, ergonomic and psycho-social risks during pregnancy have negative effects on maternal and fetal health. Depending on occupational risk factors at workplaces, some exposure may effect the reproductive systems of worker seven at periods of no pregnancy. Exposure at periods of no pregnancy can lead to various fertility disorders where as, during pregnancy this can cause spontan abortus, stillbirth, premature birth, intrauterine growth retardation, low birth weight and/or may cause various malformations. Women are defined as a particular risk group with regard to occupational health and safety, and are under protection within the work environment, due to the negative impact that occupational risk factors may have on fertility-related variables. Therefore, the protection and support of pregnant healthcare professionals within their working environment during pregnancy and particularly the development of appropriate strategies in this regard, must be considered

Keywords: Health care workers, nursing, occupational risk, pregnant, reproductive system.

Giriş ve Amaç

Sağlık çalışanlarının sağlık ve güvenlik riskleri diğer sektörlere göre daha fazladır. 365 gün ve 24 saat hizmet veren sağlık kurumlarında çalışan sağlık profesyonelleri, çalışma ortamı ve koşulları nedeniyle mesleklerini icra ederken çok çeşitli sağlık-güvenlik risk ve tehlikeleri ile karşı karşıya kalmaktadır (1). Literatür bilgilerine göre sağlık sektöründeki bazı mesleki risklerin üreme sistemi üzerinde etkisi olduğu belirtilmektedir (2-5). Bu dönemde biyolojik, fiziksel, kimyasal, ergonomik ve psikososyal gibi faktörler gebeler için risk faktörüdür. Özellikle gebeliğin ilk trimesterinde bu risk faktörleri ile karşılaşılırsa fetus

daha fazla etkilenmektedir ve spontan abortus, intrauterin gelişme geriliği, erken doğum, düşük doğum ağırlıklı bebek, konjenital malformasyonlar ve neonatal ölüm riski daha fazla görülmektedir (2,3,6-9). Çalışmaya bağlı olarak daha fazla gelişebilen yorgunluk, uykusuzluk, stres, hipertansiyon, mide sorunları gibi sağlık sorunları da gebelik döneminde kadının daha fazla etkilenmesine neden olmaktadır (7,10,11). Ayrıca, gebelik sırasında annede meydana gelen; solunum kapasitesinin ve kalp hızının artması, sindirim kanalı motilitesinin azalması ve pasajın yavaşlaması, vücudun yağ kütlesinin artması vb. gibi fizyolojik değişiklikler, anne ve bebeğin çevre

Geliş Tarihi/Received:30-10-2017/ Kabul Tarihi/Accepted:27-02-2018

^a Öğr. Gör. Dr. Namık Kemal Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu, Hemşirelik Bölümü, Tekirdağ, ORCID:

^b Prof. Dr. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Edirne, ORCID:

Sorumlu yazar / correspondence: Öğr. Gör. Dr. Ülfiye ÇELİKKALP, e-posta: ulfiyem@yahoo.com, Adres: Namık Kemal Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu, 59030 Süleymanpaşa / Tekirdağ

faktörlerinden daha çok etkilenmesine neden olmaktadır (12).

Kadın hayatında özel bir dönem olan gebelik döneminde çalışma ortamında kadının korunması, desteklenmesi ve bunun için uygun stratejilerin geliştirilmesi özellikle vurgulanması gereken bir konudur (2). Bu nedenle, bu çalışmada; gebe sağlık çalışanlarının mesleki risklerinin gebelik süreci ve yenidoğan bebeklerin sağlığı üzerindeki etkileri ve alınması gereken önlemlere yer verilmiştir.

Biyolojik Risk Etmenlerin Gebe ve Fetüs Üzerine Etkisi

Sağlık çalışanlarının günlük çalışmaları sırasında çalışma ortamında en çok karşılaştıkları faktörleri biyolojik etkenler olup (13) çalışma ortamlarındaki kan ve vücut salgıları ile temas olasılığı nedeniyle,

bulaşıcı hastalıklara yakalanma riskleri yüksektir (14,15). Gebelikte meydana gelen immünoşüpresyon sonucu enfeksiyona olan duyarlılık artar. Özellikle ilk trimesterinde geçirilen enfeksiyonlar, fetal organların gelişiminde teratojenik etki yaratır (3,9,16). Yan etkiler, enfeksiyonun tipi, zamanı ve gebelik yaşı ile değişebilir. Enfeksiyon ile oluşan yüksek ısı sonucu gelişen nöral tüp defektleri en sık görülen doğumsal anomalilerdir (7).

Hastalık Kontrol ve Korunma Merkezi'nin (CDC) "İşyerindeki Risklerin Kadın Üreme Sağlığı Üzerindeki Etkileri" kitabında sağlık çalışanlarının mesleki risklerinin gebelik süreci üzerindeki etkisi ve önlemler özet şekilde sunulmuştur (Tablo 1) (17).

Tablo 1. Sağlık alanındaki biyolojik risklerin gebe ve fetüs üzerine etkileri

Biyolojik ajanlar	Riskler	Önlemler
Hepatit B	Düşük doğum ağırlığı	Aşılama
HIV	Düşük doğum ağırlığı, çocukluk çağı kanseri	Genel koruyucu önlemler
Rubella	Doğum defektleri Düşük doğum ağırlığı,	Hiç bağışıklığı yoksa gebelik öncesi aşılama
Suçiçeği	Doğum defektleri Düşük doğum ağırlığı,	Hiç bağışıklığı yoksa gebelik öncesi aşılama
Herpes simplex	Gebelik ve emzirme döneminde bebeğe bulaşma	Maruziyetten kaçınmak ve Kişisel koruyucu kullanımı
Tüberküloz	Gebelik ve emzirme döneminde bebeğe bulaşma, Düşük doğum ağırlığı	Maruziyetten kaçınmak ve Kişisel koruyucuların kullanımı
Parvovirüs B19	Bebek için ciddi anemi, Düşükler	Maruziyetten kaçınmak ve Kişisel koruyucu kullanımı
Sifiliz	Gebelik ve emzirme döneminde bebeğe bulaşma	Maruziyetten kaçınmak ve Kişisel koruyucu kullanımı
Sitomegalovirüs	Düşük doğum ağırlığı Konjetinal anomaliler Gelişimsel hastalıklar	İyi hijyen uygulamaları, el yıkama

Kaynak: www.cdc.gov/niosh/docs/99-104/.../99-104.pdf

Hepatit B Virus (HBV): Gebede klinik olarak HBV gelişirse hastalık süreci gebe olmayanlara göre daha ağır seyredir. Gebenin Hepatit B antijeni seropozitifliğinde perinatal geçiş %90'lara kadar yükselebilmektedir (9). Perinatal geçişle beraber yenidoğanın kronik HBV enfeksiyonuyla doğma olasılığı artar. HBV maruziyetinde gebelerle, gebe olmayanlara göre yaklaşım arasında bir fark yoktur. Maruziyet durumunda aşı ve immunglobulin tedavisi yapılır (18). Doğumda ise yenidoğana HBV immunglobulin ve aşısı yapılır ayrıca emzirme kontrendike değildir (9,19).

İnsanda immün yetmezlik virüsü (HIV): Gebelikte HIV enfeksiyonu varlığı hem fetal geçiş riski, hem de gebeliğin hastalığın seyri üzerindeki etkisi nedeniyle daha fazla önem kazanmaktadır. HIV ile enfekte bebek doğuran annelerin %45-70'inde doğumdan 28-60 ay sonra AIDS semptomları gelişebilmektedir.²⁰ Bu nedenle AIDS'li bir kadının gebe kalmaması gerekmektedir (10,18). HIV ile enfekte annelerin, virüsü, bebeklerine doğumdan önce plasenta yoluyla, doğum sırasında servikal salgılarla doğum sonrasında

ise emzirmeye bulaştırdığı belirlenmiştir (10,18).

Rubella (kızamıkçık): Gebeliğin özellikle ilk trimesterinde geçirilen kızamıkçık enfeksiyonu; fetal ölümlere veya konjenital kalp hastalıkları, mikrosefali, katarakt, işitme sorunları, hepatosplenomegali ve prematüre doğum gibi anomalilere neden olur. Doğum sonrası bebeklerde aktif enfeksiyon görülür (10,11,18).

Varisella zoster: Varisella zoster virüsü solunum yoluyla bulaştığı için aynı ortamda bulunmak ve yakın temas bulaşma riskini artırır ve hastalık gebelerde ağır seyredir. Özellikle son trimesterde pnömoni, erken doğum ve ölüm riski çok yükselir. İnfeksiyon, annede doğumdan önceki 5 gün veya sonraki 48 saat içinde başlayacak olursa yenidoğan da ölüm oranı %30'a ulaşabilmektedir. İnfekte anneden doğan bebeklerin ortalama %4'ünde konjenital varisella sendromu görülebilir. Varisella sendromu ile doğan bebeklerde, konjenital malformasyonlar, cilt lezyonları, göz anomalileri, ekstremitte hipoplazileri, nörolojik sorunlar ve intrauterin gelişme geriliği görülebilir (9).

Tüberküloz: Gebelikte gelişen tüberkülozda; spontan abortus, erken doğum, intrauterin gelişme geriliği, perinatal ve neonatal ölüm oranı (21,22) ve anne ölümleri yüksektir (23). Etken plasenta yoluyla fetüse geçebilir ve konjenital tüberküloz olgusu ile karşılaşılabilir (21,23). Doğumda apgar skoru normaldir ancak, düşük doğum ağırlığı vardır ve ikinci haftadan sonra hareket azlığı, solukluk, hipersensibilite ve beslenme sorunları görülmeye başlar (21).

Human parvovirus B19 (5. hastalık): Hastalık daha çok çocukluk döneminde 5-15 yaşları arasında görülür ve solunum yolu ile bulaşır. Semptomları ateş, döküntüler ve eklem ağrıları olup 1-4 gün sürmektedir. En sık gözlenen klinik tablo, beşinci hastalık diye adlandırılan eritema infeksiyozum tablosudur. Enfeksiyonun gebelikte geçirilmesi durumunda fetüste anemi, hidropsfetalis veya fetal ölüme neden olabilir. Enfeksiyonu geçirdiği tespit edilen gebeler sıkı izlem altında tutulmalıdır (9).

Sifiliz: Treponema pallidum'un neden olduğu sistemik bir hastalıktır. Hastalık genellikle intrauterin dönemde bebeğe bulaşmakta, nadiren doğum sırasındaki genital temas ile de bulaştığı bildirilmektedir. Sifilizli gebelerin %46'sı abortusla sonuçlanır ve %27'si düşük doğum ağırlıklı bebek dünyaya getirir. Bebeklerin %27'sinde doğumsal sifiliz stigmatları oluşur (24).

Sitomegalovirüs (CMV): Solunum ya da cinsel temasla bulaşan yaygın rahim içi bir enfeksiyondur. Gebelikte, CMV gelişmesi plasentanın fetüse oksijen ve besin sağlama yeteneğini bozarak, bebeklerin yaklaşık % 10'unda intrauterin gelişme geriliği, hidrosefali, mikrosefali, intrakranial kalsifikasyonlar, hepatomegali, körlük ve sağırlığa, mental retardasyona, peteşilere ve hepatosplenomegaliye neden olur (10,11,18). Gelişmiş ülkelerde fetal anomalilerin önemli nedenlerinden biri olarak görülmektedir (2,3).

Toksoplazma: Bir paraziter hastalık olup, gebelerde habitüel düşüklere yol açtığı gibi, fetüsün merkezi sistemini etkileyerek; mental gerilik, hidrosefali, mikrosefali, görme bozuklukları, konjenital anomalilere yol açar (10,11).

Influenza A(H1N1): Özellikle 3. trimesterinde geçirilen influenza enfeksiyonu; astım, pnömoni, reye sendromu ve kardiyopulmoner komplikasyonlar gibi sağlık sorunlarının gelişmesine neden olur (3,13,18). Ayrıca Influenza AH5N1 ve H1N1'in plasentadan geçebildiği saptanmıştır. Bu enfeksiyonu geçiren gebelerde; spontan abortus ve erken doğum oranlarının daha yüksek olduğu, konjenital anomaliler ve çocukluk çağı lösemileri ile ilişkili olduğu bildirilmiştir. ABD'de 2009 yılındaki H1N1 pandemisinde gebe kadınlarda komplikasyon ve mortalite riskinin daha yüksek olduğu bildirilmiştir. Hastanede çalışan gebeler, aynı yaştaki diğer kadınlarla karşılaştırıldığında morbidite riskinin dört kat, mortalite riskinin de yedi kat daha fazla olduğu saptanmıştır (13).

Kimyasal Risk Etmenlerin ve Gebe ve Fetüs Üzerine Etkisi

Günümüzde çalışma hayatında kullanılan kimyasal madde sayısı, yüz binin üzerindedir. Pek çok kimyasal madde, sağlık üzerindeki etkileri yeterince değerlendirilmeden piyasaya sürülmekte olup, halen kullanılmakta olan çoğu kimyasalın, üreme üzerine toksisitesi olup olmadığı değerlendirilmemiştir.⁷ Kimyasalların sadece 400 kadarının üreme sistemi üzerinde etkisi olduğu bilinmekte öte yandan sayıları yüz bininin üzerinde olan kimyasal maddelerin 95.000'i ise bu açıdan değerlendirilmemiştir (7,12,15).

Sağlık çalışanlarının karşılaştığı kimyasal tehlike ve riskler arasında; anestezi gazları, kemoterapötik ajanlar, iyotlu bileşikler, solüsyonlar, sitostatik ilaçlar, dezenfektanlar, antiseptikler, sterilizasyon işlemleri sırasında kullanılan sıvılar,

etilen oksit, boya ve çözücüler, etil alkol ve türevleri, formaldehit, iyotlu bileşikler ve lateks ürünler yer almaktadır (3,4,12,25). Teratojenik özelliğe sahip olan bu maddelere maruziyet ile; spontan abortus, erken doğum, ve ölü doğum gerçekleşebilir (2,7,12,26).

Anestezik gazlar: Özellikle ameliyathane ve dış ofisinde çalışanlar her gün küçük miktarlarda anestezik gazlara maruz kalmaktadırlar (7). Küçük miktarlarda olsa da, sürekli maruziyet sonucunda fetal etkilenmelerin olduğu bilinmektedir (2,7,12). Gebelik öncesindeki maruziyetler de özellikle infertilite, gebelik döneminde de spontan abortus, düşük doğum ağırlıklı bebek olguları daha sık görülmektedir (4,7,12).

Sterilizasyon malzemeleri: Bu alanda en çok kullanılan; etilen oksit, formaldehit, gluteraldehit gibi maddelerdir. Kronik maruziyet sonucu; üreme sağlığına etkiler, nörotoksik etkiler ve karsinojenik etkiler gözlenebilmektedir. Etilen oksitin deney hayvanlarında üreme sistemi üzerine toksik etkiye sahip olduğu, insanlarda da kronik maruziyet durumlarında üreme sisteminin olumsuz (menstrual düzensizlikler) etkilendiği bilinmektedir (25,26) Etilen oksit maruziyetinin spontan abortus, prematüre doğum, düşük doğum ağırlığı, ve konjenital anomali riskini arttırabileceği de belirtilmektedir (20). Lawson ve ark. iki farklı çalışmada gluteraldehit, formaldehit ve etilen oksit gibi sterilizasyon maddeleri ile teması olan hemşirelerde erken doğum ve istemsiz düşük vakalarının arttığı saptanmıştır (8,27). Yine aynı çalışmada her gün sterilazasyon maddeleri ile çalışanların, haftada 1 saat çalışanlara göre erken doğum riskinin neredeyse ikiye katlandığı bulunmuştur (27).

Üreme sistemi üzerinde olumsuz etkiler gösteren formaldehitin, germinal hücrelere zarar vererek fertilite problemlerine yol açtığı, testislerin yapısını bozduğu, sperm sayısı ve serum testosteron düzeylerinde azalmaya neden olduğu bildirilmiştir (28). Ancak yaygın kullanılan bazı organik çözücülerin (kloroform, etanol, formaldehit) üreme sistemi üzerindeki etkisini ölçmek zordur. Organik çözücülere maternal maruziyet; spontan abortus ve erken doğum riskinde artış, çocuklarda nörobilişsel engellilik (dil ve davranış) durumu ile ilişkili sorunlara yol açabilir (3).

İlaçlar: Sağlık çalışanları; antineoplastik ilaçların hazırlanması, taşınması, uygulanması, depolanması ve atıkların yok edilmesi sırasında inhalasyon ya da cilde

doğrudan temas ile bu ilaçlara maruz kalabilmektedirler (29). Antineoplastik ilaçların fetotoksik (teratojenik), mutajenik, karsinojenik, organotoksik etki gibi uzun dönemde ortaya çıkabilecek etkileri olabilmektedir. Antinoplastik ilaçların üreme sistemi toksisitesi olduğuna dair kanıtlar bulunmaktadır. Bu tür ilaçlarla çalışanlarda infertilite problemleri ve menstrual sorunlar gelişebilmektedir.⁴ Antineoplastik ilaçlara mesleki maruziyet, spontan abortus için bir risk faktörüdür (8). Bu ilaçlar, hemşirelerin gebelik sonuçlarını etkilemekte, düşük doğum ağırlıklı bebek ve fetal kusurlara neden olabilmektedir (25). Ayrıca bu ilaçları uygulayan hemşirelerde malign hastalık görülme olasılığının yüksek olduğu bildirilmektedir (12). Hemşirelerde yapılan bir çalışmada onkoloji birimlerinde çalışanlarda istemsiz düşüklüklerin iki kat daha fazla ve erken doğumların anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirtilmiştir (27). Quansah ve Jaakkola'da kemoterapötik ilaçların spontan abortus üzerinde etkili olduğunu bildirmişlerdir (30).

Mesleki maruziyet ile üreme sistemi için risk olan bir diğer ilaç aerosol ilaçlardır. Bu ilaçlar da DNA ve RNA üzerinde etkiye sahip olup gelişmekte olan fetüse zarar verebilmekte bu nedenle gebeler için teratojenik olarak kabul edilmektedir (3).

Fiziksel Risk Etmenlerinin Gebe ve Fetüs Üzerine Etkisi

Sağlık kuruluşlarında, işyeri ortam faktörü olarak fiziksel faktörler önemli yer tutar. Hastanede sağlık çalışanları için fiziksel tehlikeler grubunda en yaygın olanlar; radyasyon (iyonize, ultraviyole, infra-red, elektromanyetik vb. radyasyon, radyoaktif madde ve ışınım), gürültü, aydınlanma, elektrik düzeneği, kaygan zemin, sıcak/soğuk, havalandırma, vibrasyon ve tozun olduğu belirlenmiştir (12).

Gürültü: Fetüs, uterus içindeyken çevredeki sesleri algılamaktadır. Hatta bazı testlerde fetal tepkiyi değerlendirmek amacıyla ses dalgalarının kullanıldığı bilinmekle birlikte (5), fetüsün çevresel seslerden etkilendiğine dair tartışmalar sürmektedir (31). Ancak 80 dBA ve daha yüksek sese maruziyet, fetüste işitme problemi gelişmesine neden olabilir. Ancak yüksek sesin, sadece işitme problemi dışında, fetal riskler yönünden de önemli olduğu belirtilmektedir. Amerikan Pediatri Akademisi, gebelik döneminde mesleki gürültüye maruz kalma ve erken doğum arasında anlamlı bir ilişki olduğu bildirmiştir (6). Yüksek sesin fetüs üzerindeki etkisi; intrauterin gelişme geriliği ve prematüre doğum, maternal etki genellikle spontan abortustur (4,31). Bir çalışmada

erken doğuma bağlı olarak, yeni doğanların düşük doğum ağırlıklı olduğu ve diğer bebeklere oranla ortalama 500 gr daha az ağırlığa sahip olduğu saptanmıştır (7). Gürültü, çalışanlar için bir stres faktörü olarak algılanmakta ve özellikle kadın çalışanlarda adet düzensizliklerine, gebelik döneminde hipertansiyon ve buna bağlı sağlık sorunlarına neden olabilmektedir (4).

Radyasyon: Radyasyonun hamilelik döneminde zararlı etkilerine yönelik pek çok çalışma ve kanıtlar vardır (2,3,12). Özellikle iyonizan radyasyon fetüste; teratojenik etki, fetotoksik etki, karsinogenezis, germ hücre mutasyonu ve genetik etkilere neden olabilir. Radyasyonun teratojenik etkileri doz bağımlıdır (27). Yapılan çalışmalarda gebelik döneminde, yeteri kadar radyasyon maruziyeti söz konusu ise düşük ve ölü doğum riski artar, fetüsta konjenital hastalık riski gelişebilir, malformasyon, büyüme geriliği, nöro-davranışsal bozukluk ve çocukluk çağı kanser gelişimini arttırır (2,3,7,12,32,33). Ayrıca radyasyonun, lösemi riskinde %32 oranında artışa neden olduğu ve çocukluk çağı lösemisini de arttırdığı bildirilmiştir (33).

Gebelikte radyasyonun etkisi, fetüsün gelişim evresine de bağlıdır (32,34). Evreye bağlı olarak ölü doğum, intrauterin gelişme geriliği, bebekte nörolojik sorunlar (mikrosefali, zeka geriliği, felç) ve doğumsal defektler görülür (4,36). Gebeliğin ilk iki haftası içinde önemli riskler, “ya hep - ya hiç” kuralına göre olup; ya herhangi bir etki oluşturmaz ya da gebelik ürününün kaybına neden olur (27-29). İlk trimesterinde, yüksek doz radyasyon maruziyeti büyük olasılıkla gebelik kaybı ile sonuçlanır. Çünkü bu aşamada, fetal büyüme çok hızlıdır (7,34,36). Gebeliğin 3. ve 4. haftalarındaki etkilenmeler en çok öldürücüdür. 4.- 8. haftaya kadar olan etkilenmelerde malformasyon ve gelişme geriliği, mikrosefali, katarakt, büyüme geriliği ve bilişsel bozukluk ile ilişkili sorunlar, 8.-15. haftalar arası dönemdeki etkilenmelerde büyüme geriliği ve 16. haftadan sonraki etkilenmeler entelektüel bozulmaya yönelik risklerin gelişmesine neden olmaktadır (3,6,33).

Ayrıca hastanelerde taşınabilir x-ray makineleri ve makinelerin bakım odalarında da radyasyon maruziyeti olmaktadır. Özellikle yoğun bakım, acil servis ve çocuk sağlığı ve hastalıkları bölümlerinde çalışan hemşirelerin, iyonizan radyasyonla karşılaşma potansiyellerinin yüksek olduğu ve riskler açısından gözlenmesi gerektiği belirtilmiştir. Bazı araştırmacılar sağlık çalışanları için, yanlışlıkla ya da öngörülemeyen risklerin varlığı söz konusu olabileceği için özellikle gebelerin hem kendilerini

hem de bebeklerini korumaları için çağrıda bulunmuşlardır (3).

Ergonomik Risklerin Gebe ve Fetüs Üzerine Etkileri

Hemşireler; bakım fonksiyonları gereği, hastaları kaldırmak, döndürmek, sıkışık mekânlarda vücut posturlerini zorlayarak bakım vermek, uzun süre ayakta kalmak ve bunları her gün defalarca tekrarlamak zorundadırlar (36). Bu hareket ve fonksiyonlar; işe bağlı olarak zorlayıcı bir şekilde yapıldığında, sık tekrarlandığında, daha da önemlisi, hareketler arasında dinlenmeye izin vermeyecek ölçüde, hızlı ve seri biçimde tekrarlandığında, kas gerginliği oluşarak, kas iskelet sistemi sorunlarına yol açabilmektedir (36).

Gebelerde kas iskelet sistemi rahatsızlıkları yaygındır. Çünkü gebelik döneminde meydana gelen anatomik ve fizyolojik değişiklikler sonucu, vücudun ağırlık merkezi değişir ve son trimesterinde hareket zorlukları meydana gelir. Fetüs geliştikçe gebe kadınların, ayakta duruş şekli değişir ve zamanla karın kasları ve bel omurları üzerine artan yük artışı ile lomber lordoz oluşmaktadır (37,38). Gebe kadınlar özellikle sırt ve bel ağrısı sorunu yaşamakta ve bu ağrılar kadının çalışma yeteneğini oldukça sınırlamaktadır (38). Bu tür ağrıların oluşmasına; çeşitli biyolojik, sosyal, biyomekanik ve mesleki faktörler, postür değişiklikleri katkıda bulunur (39). Diğer bir neden ise gebelik döneminde artan progesteron hormonu, doğuma hazırlık için bağ dokularını gevşetmekte, bu durum aynı zamanda, kaldırma, çekme veya itme gibi ağır ve tekrarlanan çalışma performansı sırasında, kas iskelet sisteminde yaralanma riskini de arttırabilmektedir (3).

Çalışanın sağlığı ve performansı üzerinde iş yükü, vardiyalı çalışma, gece çalışma, dinlenme süreleri, aydınlatma, sıcaklık, gürültü, karışıklık/karmaşa, hastaya erişim, uygun alet kullanımında yetersizlik, insan makine etkileşimi, kişilerarası ilişkiler gibi faktörler etkilidir (38). Literatüre göre düşük doğum ağırlığı, spontan abortus ve preterm doğum için en önemli mesleki faktörler; günde 7 saatten fazla ayakta çalışma, haftada 40 saatten fazla çalışma, ağır iş yükü, ağır kaldırma, gece çalışmasıdır (2-4,8,25,27). Gece çalışması genellikle 32-36 haftalık prematüre doğum olayına neden olmaktadır (28). Lawson ve ark'ı ebe ve hemşirelerde mesleki risk faktörleri ile erken doğum (27) ve istemsiz düşükleri (10) ayrı ayrı incelemişler ve haftada 41 saat ve üzeri çalışan hemşirelerde istemsiz düşüklerin, haftada 21-40 saat arasında çalışanların haftada 20 saatten daha az çalışanlara göre erken doğum riskinin arttığını

bulmuşlardır (10,27). Jansen ve ark' nın çalışmasında da haftada 40 saatten fazla çalışanların, 1-24 saat arasında çalışanlara göre bebeklerin doğum kilolarının daha az olduğu saptanmıştır (40). Tablo 2'de kimyasal, fiziksel ve ergonomik risklerin gebeler ve fetus üzerine etkileri sunulmuştur (Tablo 2). (17).

Psikososyal Risklerin Gebe ve Fetus Üzerine Etkisi Stres: Stres genellikle endokrin sistemde etkili olmakla birlikte, kadınlarda sıklıkla menstrual düzensizliklere neden olur. İş stresinin üreme özelliklerini olumsuz etkilediği ve özellikle ovulasyon sorunlarına neden olduğu bildirilmiştir. Hemşirelerin stresli çalışma koşullarının kadın üreme sağlığı üzerindeki etkileri incelenmiş ve stresin doğurganlık özelliklerini etkilediği ve spontan abortus ve preeklamsi oluşumu ile ilişkili olduğu bildirilmiştir (4).

İş stresi gebelik dönemi için de bir risk faktörüdür ve karar verme kısıtlılığı olan bir ortamda çalışan kadınlarda durumluk ve sürekli kaygı düzeyleri de daha yüksek olup, gebelik hipertansiyonu gelişme riski de bulunmaktadır (2). Yüksek iş stresi, vücutta katekolaminlerin artmasına neden olur ve gebeliğe bağlı hipertansiyonu tetikler, özellikle nulliplarlarda eklampsi ve preeklampsi gelişmesini neden olur (4). **Şiddet:** Kwok ve arkadaşları (2006) çalışmasında kadın ve erkek hemşirelerde şiddet oranlarının %75-88 arasında değiştiğini diğer sağlık personellerine göre daha fazla şiddete maruz kaldığı belirtilmiştir (41). Gebelik gibi fiziksel ve ruhsal sağlık risklerinin gelişmesi için hassas olan dönemde şiddete maruz kalmak hem anne hem de bebek sağlığını olumsuz etkilemektedir.

Tablo 2. Sağlık alanındaki risklerin gebe ve fetus üzerine etkileri

Tehlike	Riskler	Önlemler
Kimyasal ajanlar		
Anestezik gazlar	Spontan abortus	Solunum sistemi koruyucuları
Antineoplastik ilaçlar	Spontan abortus, infertilite, intrauterin gelişme geriliği	Gebelik sırasında maruziyet minimize edilmeli
Etilen oksit	Düşükler	Maruziyet azaltılmalı, solunum yolu korunmalıdır
Fiziksel ajanlar		
Gürültü	Düşük doğum ağırlığı Düşükler Doğum defektleri Erken doğum Gelişimsel hastalıklar	Gürültüden kaçınılmalı Gürültü seviyesi en aza indirilmeli
İyonizan radyasyon	İnfertilite Düşükler Doğum defektleri Düşük doğum ağırlığı Gelişimsel hastalıklar Çocukluk çağı kanserleri	Gebelik ve emzirme döneminde tamamen kaçınılmalı
Noniyonizan elektromanyetik radyasyon	Radyo frekanslarına fazla maruziyet vücut ısısını yükselterek zarar verebilir	Sınır limit değerler aşılmamalıdır
Aşırı soğuk ve sıcaklar	Düşükler Erken doğum Dehidrasyonun artmasıyla emzirme bozulabilir	Ortamdan kaçınılmalıdır.
Şok, titreşim veya hareket	Düşükler Erken doğum Düşük doğum ağırlıklı bebek	Bütün vücut titreşiminden kaçınılmalı Karın bölgesindeki şok ve sarsıntılar olmamalı
Ergonomik faktörler		
Ağır kaldırma	Düşük doğum ağırlığı Erken doğum Spontan abortus	Ağır objelerin kaldırılmasından kaçınılmalı
Uygunsuz duruş	Erken doğum Spontan abortus	Sandalye ve iş desklerinin uygun olması
Uzun süre ayakta ve oturarak çalışma	Gebeliğin sonlarında düşük Prematüre doğum	Günde 3 saatten az oturma Uzun olmayan yürüyüşler yararlıdır.

Kaynak: www.cdc.gov/niosh/docs/99-104/.../99-104.pdf.

Şiddete maruz kalan gebe çalışmada, gelişen strese bağlı olarak spontan abortus, kanama, fetüsün gelişmesinde fizyolojik etkiler (42) pre-eklampsi, eklampsi, hipertansiyon ve depresyon gibi sağlık sorunları yaşanabilmektedir (43). Bu sonuçlara ilaveten gebelik dönemindeki fiziksel şiddetin ölü doğum ve neonatal ölüme neden olabileceği de belirtilmiştir (44).

Gebe Sağlık Çalışanlarına Yönelik Koruyucu Yaklaşımlar

Gebe bir sağlık çalışanının, çalışma ortamındaki teratojenik ve fetotoksik risklerden ve tehlikeli durumlardan kaçınması genellikle zordur. Bu yüzden hastanelerde gebe sağlık çalışanı hassas grup olarak değerlendirilmeli ve gebe bir çalışan gebelik kaybı yaşadığında mesleki risk etmenleri mutlaka düşünülmalıdır (3,45).

Çalışanların reproduktif sistemle ilgili etkilenmelerini önleme de öncelikle evrensel ilkelere uymalıdır (13). Gebe çalışanlar, aşıları değilse Hepatit B ve grip aşuları, gebelik sırasında güvenli biçimde uygulanabilir; inaktif grip aşısı gebeler ve emziren anneler için güvenlidir. Ancak kızamık, kabakulak, kızamıkçık, suçiçeği gibi aşular, gebelik sırasında kontrendikedir (3). CDC gebelere inaktif influenza aşısının yapılmasını önermektedir (9). Uygun kişisel koruyucu malzemeler tüm personele gerekli durumlarda kullanılmak üzere temini sağlanmalıdır. Kullanılan malzemeler, potansiyel enfeksiyon ajanlarının, deriye, ağza, göze, kıyafetlere temasını kesecek biçimde seçilmelidir.

Bunlara ek olarak gebelik süresince hem gebenin hem de fetüsün mesleki risklerden korunması için de özel koruyucu uygulamalar yapılmalıdır.2 Gebe ve fetüs sağlığı için, uygun işe yerleştirme sağlanmalı ve gebelik döneminde servis değişiklikleri sağlanarak maruziyet minimuma indirilmelidir. Özellikle teratojenik risk faktörlerini kapsayan bölümlerde (radyasyon, anestezi gazları, ağır fiziksel çalışma, gece nöbeti, yoğun bakım ve çocuk servislerinde) gebelerin çalıştırılmasından kaçınılmalıdır. Gebe bir onkoloji hemşiresi, alternatif bir görev isteyebilir bu durumda servis değişikliği sağlanabilir. Gebe bir sağlık çalışanının da bir sağlık sorunu geliştiğinde çalışma saati ve süresinde değişiklikler yapılmalıdır. Örneğin gebe çalışanın kanama gibi sağlık sorunları uzun süre ayakta çalışma ile artıyorsa, gebe çalışan gece nöbetlerinde çalıştırılmaz. Ayrıca gebe bir sağlık çalışanında bir enfeksiyon hastalığı gelişirse, acil uzman danışmanlığı sağlanmalı, laboratuvar ve sağlık yönetim aşamasında inceleme sağlanmalıdır (11). Bu konuda yasal

düzenlemeler, gelişmiş ülkelerde olduğu gibi ülkemizde de mevcuttur. Örneğin ABD’de gebelerin gece vardiyası yapmadığı ve son trimesterde çalışmalarının istenilmediği belirtilmektedir (3).

Çalışan sağlığına yönelik bu tür uygulamalar, hastanelerde kurulan/kurulması gereken “Hastane Sağlık ve Güvenlik Birimi” tarafından sağlanmalıdır. Birincil korunma sürecinde risk yaklaşımının sağlık çalışanları tarafından algılanması da oldukça önemlidir. Tehlike ve risklerin önlenmesinde gebe çalışanlar, çalışma ortamı ve koşullardan kaynaklanan mesleki maruziyetlerin gebelik ve fetüsün sağlığını etkilediğinin farkında olmalıdır. Gebe çalışanların çalışma ortamındaki mesleki tehlikelerinin incelenmesi, aynı zamanda, sağlık çalışanlarının iş sağlığı ve güvenliğinin sağlanmasına da yardımcı olacaktır.

KAYNAKLAR

1. Beyzadeoğlu H, Cengiz İ. Sağlık çalışanlarının riskleri ve sağlık takipleri [Health professionals risks and follow-up of]. Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi,2013;28:28-33. <http://www.sdplatform.com/Dergi/736/Saglik-calisanlarinin-riskleri-ve-saglik-takipleri.aspx>
2. Salihu HM, Myers J, August EM. Pregnancy in the workplace. Occupational Medicine 2012; 62:88–97.
3. Alex MR. Occupational hazards for pregnant nurses finding a balance between service and safety. AJN 2011; 111(1):28-38.
4. Figa-Talamanca I. Occupational risk factors and reproductive health of women. Occupational Medicine, 2006; 56:521-53.
5. Mengeot MA, Vogel L. Üremek ve üretmek (çeviri: MT Soyer). Çiceklioğlu M, Pala K, Zencir M, Soyer MT (Editörler). 2008. p. 12-23.
6. Dyke VP. A literature review of air medical work hazards and pregnancy. Air Medical Journal, 2010; 29: 40-48.
7. Hoskins IA. Environmental and occupational hazards to pregnancy. Prim Care Update OB/GYNS, 2003;10 (5); 253-258.
8. Lawson CC, Rocheleau CM, Whelan EA, Hibert EN, Grajewski B, Spiegelman D, et al. Occupational exposures among nurses and risk of spontaneous abortion. American Journal of Obstetrics and Gynecology, 2012; 327: 1-8.
9. Yenil K, Ozan DY. Gebe hemşireler için riskler ve güvenlik önlemleri [Risks and safety measures pregnant nurses]. Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi [Journal of Education and Research in Nursing] 2013;10 (2): 3-7

- 10.Çoşkun MA. Kadın sağlığı ve hastalıkları hemşireliği el kitabı. İstanbul: Koç Üniversitesi yayınları- SANERC Kitapları, 2012. p.16-26.
- 11.Taşkın L. Kadın sağlığı ve hastalıkları hemşireliği.10. Baskı. Ankara: Sistem Ofset Matbaacılık, 2011: p.28-42.
12. Bilir N, Yıldız AN. İş sağlığı ve güvenliği. 2. Baskı. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Yayınları. 2013. P. 383-398.
13. Chin TL, MacGowan AP, Jacobson SK, Donati M. Viral infections in pregnancy: advice for health care workers. *Journal of Hospital Infection*, 2014; 87: 11-24.
14. Martins A, Coelho AC, Vieira M, Matos M, Pinto ML. Age and years in practice as factors associated with needlestick and sharps injuries among health care workers in a Portuguese hospital. *Accident Analysis and Prevention*, 2012; 47:11– 15.
15. Till C, Koren G,Rovet JF. Work place standards for exposure to toxicants during pregnancy. *Canadian Journal of Public Health*, 2008; 99(6): 472-476.
16. Morales-suárez-varela M, Kaerlev L, Zhu JL, Llopis-González A, Gimeno-Clemente N, Nohr E. et al. Risk of infection and adverse outcomes among pregnant working women in selected occupational groups: a study in the danish national birth cohort. *Environmental Health*, 2010; 9 (70): 1-11.
17. National Institute for Occupational Safety and Health. The effects of work place hazards on female reproductive health. Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention, 1999. <http://www.cdc.gov/niosh/docs/99-104/pdfs/99-104.pdf>. (Erişim Tarihi: 12.01.2013).
18. Berstein H. Maternal ve Perinatal Enfeksiyon-Viral (çeviri Mendilcioğlu İ.). Şener T, Tanır M (Editörler). *Obstetri normal ve sorunlu gebelikler*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi, 2009. p. 1203-1127.
19. Özerol Hİ. Gebe kadınlarda viral Enfeksiyonlar [Viral infections in pregnant women]. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, [Journal of İnönü Univ Medical Faculty] 2008;1(4):291-298.
20. Aslantekin F, Şenol S. Gebelikte AIDS danışmanlığı ve vertikal HIV bulaşının önlenmesinde ebeinin Rolü [Midwife role Prevention of transmitted vertical HIV and consultancy of AIDS at pregnancy] *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 2007;2(4):1-11.
21. Adhikari M. Tuberculosis and tuberculosis. HIV co-infection in pregnancy *Seminars in Fetal & Neonatal Medicine* 2009; 14(4): 234-240.
22. Figueroa-Damián R, Arredondo-García JL./ Neonatal outcome of children born to women with tuberculosis. *Archives of Medical Research*, 2001; 32(1):66–69.
23. Whitty JE, Domrowski MP. [Respiratory diseases during pregnancy] (çeviri O. Ünal). Şener T, Tanır M (Editörler). [Obstetrics, normal and problem pregnancies] İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi; 2009. p. 939-948.
24. Can E, Bülbül A, Cömert S, Bolat F, Okan F, Nuhoglu A. Cilt bulguları ile tanı konulan doğumsal sifiliz olgusu [Congenital syphilis presenting with skin lesions: A Case Report]. *Çocuk Enf Derg [J Pediatr Inf]* 2009; 3(1): 31-4
25. Assadi SN. Is being a health-care worker a risk factor for women's reproductive system? *Int J prevmed*, 2013; 4(7): 852–857.
26. Duong A, Steinmaus C, McHale CM, Vaughan CP, Zhang L. Reproductive and develop mental toxicity of formaldehyde: asystematic review. *Mutation Research*, 2011; 728: 118-138.
27. Lawson CC, Rocheleau CM, Whelan EA, Hibert EN, Grajewski B, Spiegelman D, et al. Occupational factors and risk of preterm birth in nurses. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 2009; 5: 1-8.
28. Ünsaldı E, Çiftçi MK. Formaldehitin kullanım alanları, risk grubu, zararlı etkileri ve koruyucu önlemler. [Formaldehyde and it susingare as, risk group, harmful effects and protective precautions against]. *YYÜ Veteriner Fakültesi Dergisi [Van Veterinary Journal]* 2010; 21 (1): 71-75.
29. Olgun S, Khorshid L, Eşer İ. Hemşirelerde delici kesici alet yaralanması sıklığının ve etkileyen faktörlerin incelenmesi [The Examination of frequency of needle-stick and sharps injury and the effecting factor in nurses]. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi [Journal of Ege University Nursing Faculty]*, 2014; 30 (2): 48-34.
30. Quansah R, Jaakkola JJ. Occupational exposures and adverse pregnancy outcomes among nurses: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Women's Health*, 2010; 19 (10): 1851-1862.
31. Rocha EB, Azevedo MF, Ximenes Filho JA. Study of the hearing in children born from pregnant women exposed to occupational noise: Assessment by distortion product otoacousticemissions. *Brazilian Journal of Otorhinolaringol*, 2007; 73(3): 359-69.
32. Adalı F, Adalı E. Gebelikte tanısal görüntüleme yöntemlerinin fetüse etkisi. [The effect on fetal of diagnostic imaging in pregnancy]. *Van Tıp Dergisi [Van Medical Journal]* 2008; 15(2): 69-64.
33. Bakkal BH, Sayın M. Radyoterapi ve hamilelik: birlikte ya da tek başına? [Radio therapy and pregnancy: together or alone?] İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi [Journal of İnönü University Medical Faculty] 2012;19(2): 120-7.

34. Groen RS, Bae JY, Lim KJ. Ionizing radiation exposure during pregnancy. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 2012; 206(6): 456-462.
35. Bural GG, Laymon CM, Mountz JM. Nuclear imaging of a pregnant patient: should we perform nuclear medicine procedures during pregnancy? *Molecular imaging and radionuclide therapy*, 2012; 21(1): 1-5.
36. DüNDAR PE, Özmen D, İlgün M, Çakmakçı A, Alkış Ş. Bir üniversite hastanesinde hemşirelerde bel ağrısı sıklığı ve ilişkili değişkenler [Low back pain and related factors in nurses in a university hospital]. *Türkiye Halk Sağlığı Dergisi [Turkish Journal of Public Health]* 2010; 8(2): 104-95.
37. Nagai M, Isida M, Saitoha J, Hiratab Y, Natori H, Wada M. characteristics of the control of standing posture during pregnancy. *Neuroscience Letters*, 2009; 462: 130-134.
38. Cheng PL, Pantel M, Smith TJ, Dumas GA, Leger AB, Plamondon A et al. Backpain of working pregnant women: Identification of associated occupational factors. *Applied Ergonomics*, 2009; 40: 419-423.
39. Babayiğit MA, Kurt M. Hastane ergonomisi [Hospital ergonomics]. *İstanbul Tıp Dergisi [İstanbul Med J]*, 2013; 14: 153-9.
40. Jansen PW, Tiemeier H, Verhulst FC, Burdorf A, Jaddoe VW, Hofman A, et al. Employment status and the risk of pregnancy complications: the generation study. *Occup Environ Med*, 2010; 67: 387-394.
41. Kwok RPW, Law YK, Li KE, Cheung MH, Fung VKP, Kwok KTT, Tong JMK, et al. Prevalence of work place violence against nurses in Hong Kong. *Hong Kong Medical Journal*, 2006; 12(1): 9-6.
42. Farrok-Eslamlou H, Oshnouei S, Haghghi N. Intimate partner violence during pregnancy in Urmia, Iran in 2012. *Journal Of Forensic and Legal Medicine*, 2014; 24: 28-32.
43. Logiudice JA, Prenatal screening for intimate partner violence: a qualitative meta- synthesis. *Applied Nursing Research*, 2015; 28 (1):2-9.
44. Alice-Han A, Donna E. Stewart A. Maternal and fetal outcomes of intimate partner violence associated with pregnancy in the Latin American and Caribbean Region. *International Journal Of Gynecology and Obstetrics*, 2014; 124: 6–11.
45. Katz V. Work and work related stress in pregnancy. *Clinical Obstetrics and Gynecology*, 2012; 55 (3): 765–773.

Hemşirelik Mesleğinin Gelişen Roller

Developing Roles Of The Nursing Profession

Ebru AYDEMİR GEDÜK^a

ÖZ Günümüzde bilimsel-teknolojik değişim ve gelişmelerle başta bakım olmak üzere hemşirelik birçok boyutta etkilenmektedir. Toplumsal ve çevresel yapılarla beraber sağlık politikaları da sürekli değiştiği için meslek işlev ve rolleri de değişmektedir. Çeşitli tanı ve tedavi yöntemlerinin uygulanması, hemşirelik bakımının da çok çeşitli ve karmaşık olmasına neden olmaktadır. Bilimsel temellere dayalı yeni bakım yöntemlerinin geliştirilmesiyle birlikte uygulamaya konulması, mesleğin rol ve işlevlerinin genişlemesine katkı sağlamaktadır. Hemşirelik mesleğinin yetki ve sorumluluklarının artmasıyla birlikte bağımsız rol ve işlevlerinin de arttığı bilimsel kaynaklarla desteklenmektedir. Bu roller mesleğin gelişimine ve profesyonelleşmesine önemli katkı sağlamaktadır. Bu derlemede; sağlık hizmetlerinde yaşanan değişimlerden etkilenen hemşirelik mesleğinin gelişen rolleri ve meslek için öneminin ortaya konulması amaçlanmaktadır.

Anahtar kelimeler: sağlık hizmeti, hemşirelik, roller

ABSTRACT Today nursing profession has affected by many sizes especially at nursing care with scientific-technological changes and developments. Occupational functions and roles also varies because of the social and environmental structures and health policies constantly change. A variety of diagnostic and treatment methods in the implementation, nursing care has become diverse and complex. The development of new methods of care based on scientific basis and the implementation of them, led to widening of the profession's role and functions. The independent role and functions of the nursing profession also increased with increasing authority and responsibility are supported by scientific sources. These roles make a significant contribution to the development and professionalization of the nursing. In this complation, the global trends which are affecting nursing profession and roles that are affected by changes in health care services will be examined. It is aimed to put forward the evolving roles of the reforming nursing profession and the importance of profession.

Keywords: health care, nursing, roles

Giriş

Hemşirelik mesleğinde yaşanan değişimler ve gelişmeler günümüzde tartışılan bir konudur. Hemşirelik insan gereksinimlerinden doğan ve bireylere, ailelere ve topluma verilen bütüncül bir hizmettir. Toplumsal sorunlar nedeniyle sağlık bakım gereksinimleri ve sağlık politikaları sürekli değiştiği için hemşireliğin işlev ve rolleri de değişmektedir. İşlev ve rollerin değişmesine karşın hemşirelik hizmetleri birey ve toplumun temel gereksinimlerine yanıt verme ilkesini sürekli olarak korumaktadır (1,2)

Bilim ve teknolojinin yarattığı değişim ve gelişmelerle hemşirelik mesleği de başta hasta bakımı olmak üzere birçok boyutta etkilenmiştir. Hastalara çok farklı tanı ve tedavi yöntemlerinin uygulanması onlara verilecek hemşirelik bakımının da çok çeşitli ve karmaşık olmasına neden olmuştur. Böylece çağdaş hemşirelik, bilimsel temellere

dayalı bilgileri kullanarak yeni bakım yöntemleri geliştirme ve uygulamaya geçirme sorumluluğunu üstlenmenin yanı sıra rol ve işlevlerini de genişletmiştir. Bu nedenle hemşirelikte rol ve görevlerinin ayrıntılı bir şekilde tanımlanması, standartların ve performans ölçütlerin belirlenmesi önemlidir (3-5).

Uluslararası Hemşirelik Konseyi (International Council of Nursing- ICN) hemşireliği; "Bireyin, ailenin ve toplumun sağlığını koruyan ve geliştiren, hastalık halinde iyileşme ve rehabilite etme sürecine katılan meslek grubudur. Hemşire ayrıca sağlık ekibinin tedavi edici ve eğitsel planlarını geliştirir ve uygulamaya katılır" şeklinde tanımlamaktadır (6). Amerikan Hemşireler Birliği (ANA) hemşireliği; yardım sunan bir meslek olup insanların sağlık ve esenliğine katkıda bulunan bir meslek olarak tanımlamaktadır (7). Diğer taraftan,

Geliş Tarihi/Received: 27-112017/Kabul Tarihi/Accepted:28-03-2018

^a Dr.Ebru Aydemir Gedük, Kdz. Ereğli Devlet Hastanesi, aydebru@gmail.com, ORCID: [0000-0002-2598-7476](https://orcid.org/0000-0002-2598-7476)

Türk Hemşireler Derneği (THD) ise hemşireliği; “bireyin, ailenin ve toplumun sağlığını ve esenliğini koruma, geliştirme ve hastalık halinde iyileştirme amacına yönelik, hemşirelik hizmetlerinin planlanması, örgütlenmesi, uygulanması, değerlendirilmesinden ve bu hizmetleri yerine getirecek bireylerin eğitiminden sorumlu bilim ve sanattan oluşan bir sağlık disiplini” şeklinde tanımlamaktadır (8).

Hemşire toplumsal ve bireysel sağlık düzeyinin yükseltilmesinde, hastalıkların önlenmesinde, hastanın bakım ve rehabilitasyon süreçlerinde hemşirelik bakımını planlama, uygulama ve değerlendirme yetkisinde olan sağlık ekibi üyesidir (6). Hemşireliğin temel sorumluluğu; mevcut ve olası sorunlara karşı bireyin ailenin ve toplumun fizyolojik ve ruhsal gereksinimlerinin bütüncül ve insancıl bir yaklaşımla tanımlanması ve karşılanmasıdır (9). Dolayısıyla hemşirelik mesleğinin rol ve işlevleri her yönden dikkate alınması gereken önemli bir konudur.

Hemşirelik tarihine bakıldığında, mesleğin süregelen bir değişim süreci içerisine girdiği görülmektedir. Bu değişimler ile hekimlere tabi olan bir meslekten, özerk bir mesleğe; sadece hastanelerde uygulanan bir meslekten, çeşitli ortamlarda uygulanan bir mesleğe; sınırlı görevleri olan bir meslekten, önemli toplumsal sorumlulukları olan bir mesleğe; bununla beraber hastalığa odaklanmış bir meslekten, sağlığa odaklanmış bir mesleğe dönüşmüştür (2). Hemşirelik mesleğindeki değişim hasta-hemşire ilişkisi açısından da önemli gelişmeler göstermiştir. Bu bağlamda hemşirelik, paternalist yaklaşımı benimseyen bir meslek yerine hastası ile işbirliği yapan ve hastasının kararlarına saygı duyan, hastanın sadece fiziksel bakımına yönelik bir meslekten hastayı bir bütün olarak ele alan, iş merkezli çalışan bir meslekten hasta/sağlıklı birey merkezli çalışan bir meslek haline gelmiştir (2,10,11).

Hemşirelik Kanunu'na (Resmi Gazete: 02.05.2007/26510) göre “Hemşireler; tabip tarafından acil haller dışında yazılı olarak verilen tedavileri uygulamak, her ortamda bireyin, ailenin ve toplumun hemşirelik girişimleri ile karşılanabilecek sağlıkla ilgili ihtiyaçlarını belirlemek ve hemşirelik tanılama süreci kapsamında belirlenen ihtiyaçlar çerçevesinde hemşirelik bakımını planlamak, uygulamak, denetlemek ve değerlendirmekle görevli ve yetkili sağlık personelidir. Ayrıca

aile hekimliği uygulamasına ilişkin kanun hükümleri ile bu kanuna dayanılarak yürürlüğe konulan mevzuattaki görevleri de yaparlar” şeklinde belirtilmektedir (8).

Hemşirelik rollerine tarihi açıdan bakıldığında, geçmişten günümüze kadar bireye/hastaya yardım etme amacının ve görevinin süregeldiği görülmektedir. Yakın zamana kadar hemşirenin tek rolü hasta bakımı olarak algılanmıştır. Oysaki hasta bakımı, hemşirenin uygulayıcı rolü kapsamında bakım işlevlerinin sadece bir bölümüdür. Geçmişte hemşireler geleneksel rolü çerçevesinde, bilgi ve davranışları için hekimin yardım ve rehberliğine gereksinim duyarak hasta bireyin hastalığına yönelik bakım vermiştir (12,13). Fakat yaşanan bilimsel ve toplumsal hareketlerden hemşirelik rolleri de etkilenmiştir. Hemşirelik rolleri geçmişte hastayı iyileştirmeye yönelik roller iken günümüzde hastalıktan koruyacak ve sağlığı geliştirecek danışmanlık, eğitim ve rehberlik gibi sosyal rollere doğru yönelmektedir (14,15).

Bu derlemede sağlık hizmetlerinde yaşanan değişimlerden etkilenen hemşirelik mesleği ve rolleri incelenmektedir. Yenileşen hemşirelik mesleğinin gelişen rolleri ve meslek için öneminin ortaya konulması amaçlanmaktadır.

Sağlık Hizmetlerinde Değişim

Nüfus artışı, yaşam süresinin uzaması, kronik hastalıklar, göçler, küreselleşme, teknoloji, bilişim, tanı ve tedavi yöntemlerindeki gelişmeler gibi pek çok etken sağlık hizmetlerinde değişim ve yeniliği de beraberinde getirmiştir. Temel sağlık hizmetlerine yönelimin artmasıyla hasta yatış sürelerinde ve tedavi/bakım maliyetlerinde azalma sağlanmıştır. Bireylere kaliteli ve güvenli bakım sağlanarak hasta bakım ağırlığı artmıştır (15,16).

Değişen ve yenileşen sağlık hizmetleriyle bakıma kanıt oluşturmak, hasta güvenliğini sağlamak, uygulamaları kanıta temellendirmek ve bunların sonucunda bakımın klinik sonuçlarına odaklanmak gibi unsurlara daha fazla önem verilmektedir. Sağlık hizmetlerindeki dinamizmi yakalamak için sağlık çalışanlarının kendilerini sürekli yenilemeleri bir zorunluluk haline gelmiştir (16).

Sağlık hizmetlerinde beş temel yeterlilik alanı hasta merkezli bakım, kanıta dayalı uygulama, multidisipliner ekip anlayışı ile çalışma, kalite geliştirmeye odaklanma ve bilgi teknoloji-

lerini kullanma şeklinde tanımlanmaktadır. Bu kapsamda hemşirelerin yeterlilik alanları ise profesyonellik, hasta merkezli bakım, liderlik, iletişim, kanıta dayalı uygulamalar, sistem temelli uygulamalar, güvenlik, bilişim, kalitenin geliştirilmesi, ekip çalışması ve işbirliği şeklinde belirlenmektedir. Hasta merkezli bakım ile hastanın isteklerine, tercihlerine, değerlerine ve ihtiyaçlarına saygı duyulmakta ve hasta bütünsel olarak değerlendirilerek, hem hastalık hem de hastalık deneyimi keşfedilmektedir. Böylelikle hasta ve sağlık çalışanı ilişkisi geliştirilmektedir. Hemşirelik hizmetlerinin kanıta dayalı olmasıyla; hemşirelikte doğru, önemli, uygulanabilir kanıtlar temelinde kaliteli bakım verilmesi, bakım kalitesinin ve sonuçlarının iyileştirilmesi, bakımın standardize edilmesi, uygulama hatalarının en aza indirgenmesi ve hemşire memnuniyetinin artırılması sağlanmaktadır (17).

Sağlık Bakanlığı'nın 08.03.2010 tarihli Resmi Gazete'de yayımlanan Hemşirelik Yönetmeliği'nde; "Hemşirelik Hizmetleri bireyin, ailesinin ve toplumun sağlık ihtiyaçlarını belirler ve bakımı hemşirelik tanılama süreci kapsamında kanıta dayalı olarak planlar, uygular ve değerlendirir" maddesinde iki temel değişimden söz etmiştir. Bu değişimler süreç ve kanıta dayalı bakımdır (18).

Sağlık hizmetlerindeki değişimlerden şüphesiz hemşirelik mesleği de etkilenmiştir. ANA standartlarına göre (2004) temel hemşirelik rolleri;

- Uygulama (ilk değerlendirme, tanılama, amaç-hedef belirleme, planlama, uygulama, çıktıları değerlendirme),
- Profesyonel performans (performans değerlendirme, kalite geliştirme, eğitim, araştırma, iş birliği, kaynakları kullanma, etik, liderlik) olarak tanımlanırken uzman hemşirelik rolleri ise:
- Vaka yönetimi, konsültasyon, sağlığı iyileştirme ve geliştirme, eğitim, reçete etme, yönlendirme, kendi performansını değerlendirme, interdisipliner çalışma şeklinde tanımlanmaktadır (4).

Hemşirelik mesleğinin yetki ve sorumluluklarının artmasıyla birlikte bağımsız rol ve işlevlerinin de arttığı bilimsel kaynaklarla desteklenmektedir. Modern hemşirelik rolleri olan bakım verici, eğitici, araştırmacı, yönetici, karar verici, savunucu, kariyer geliştirici, özerk ve sorumluluk

sahibi olma rolüne ek olarak; iletişim ve koordinatörlük, rehabilite edici, rahatlatıcı, tedavi edici, danışman rolü de eklenmiştir. Bu roller mesleğin gelişimine ve profesyonelleşmesine önemli katkı sağlamaktadır (12,19-21).

Modern Hemşirelik Rollerini

Bakım verici rolü; hemşireliğin temel rolü olarak kabul edilmektedir. Hasta bütüncül olarak değerlendirilerek, hastaya özgü bakım planı oluşturulmakta, uygulanmakta ve değerlendirilmektedir. Etkili ve nitelikli hemşirelik bakımıyla hasta, hastalık öncesi gerçekleştirebildiği faaliyetleri yerine getirebilmekte, taburculuk süresi kısalmaktadır. Böylelikle iş gücü kaybı azalmakta, ikincil hastalıklar ve komplikasyonlar önlenmektedir.

Eğitici rolü; hemşirelik bakımı sırasında hastanın sağlığına ve ihtiyacına yönelik bilgi eksiklikleri saptanarak giderilmelidir. Bireyin ve toplumun sağlığını korumak, geliştirmek ve hastalık halinde iyileştirmeye yönelik doğru sağlık davranışları kazandırmak hemşireliğin temel eğitici rolüdür.

Araştırmacı rolü; hemşirelerin bu rolü kapsamında alana ilişkin bilimsel bilgi düzeylerini arttırmaya yönelik araştırmalar yapması, hemşirelik mesleğinin ilerlemesini ve gelişmesini sağlayacaktır. Hemşireliğin araştırmacı rolüyle bakım uygulamalarının daha etkili ve verimli sunulması sağlanmaktadır.

Yönetici rolü; hemşireliğin yönetici rolü diğer rolleriyle bütünleşmiştir. Buna örnek olarak hasta bakımının, iletişim ve ekip çalışmasının, eğitim etkinliklerinin ve birimin yönetimi gösterilebilir. Hemşire yönetici rolüyle uygulama ortamındaki kaynakları yönetme, insan kaynaklarının etkili kullanılmasını sağlama, çeşitli faaliyetleri organize etme gibi etkinlikleri yerine getirmektedir.

Karar verici rolü; diğer tüm hemşirelik rollerinin bir alt unsurudur ve o rolde ne ölçüde bağımsız olduğunu göstermektedir. Mesleğin profesyonel bağımsızlığını sağlayan en önemli roldür. Karar verici rolüyle hemşire, hasta bireyin kendi adına karar almasını, aldığı kararı uygulamasını ve kararın sonuçlarından sorumlu olmasını desteklemektedir.

Savunucu rolü; hemşire bu rolüyle bakım sırasında hasta haklarını ihlal eden faktörleri azaltmakta, hastanın kendisini ifade etmesine yardımcı olmaktadır. Hastanın tüm tanı ve tedavi ile ilgili süreçlerde bilgilendirilmesi, tıbbi sürecin gereksiz işlemlerden arındırılması, hastanın çıkarına yönelik çalışılması, hasta hakları konusunda daha duyarlı ve denetimli olunması gibi faaliyetler hemşirenin savunucu rolleri arasındadır.

İletişim ve koordinatörlük rolü; hemşire mesleği gereği hasta ve hasta yakınları, meslektaşları, diğer sağlık üyeleri ve toplumdaki diğer gruplar ile sürekli iletişim halindedir. Dolayısıyla hasta ve hasta yakınlarını anlayabilmesi, bakım ve tedavi sürecinde hastanın gereksinimlerini karşılayabilmesi için iletişim becerilerinin kullanılması kritik bir önem taşımaktadır. Diğer sağlık ekipleriyle birlikte koordinasyon sağlayarak hastanın en iyi bakımı almasını sağlamaktadır.

Rehabilitasyon edici rolü; hemşirenin bu rolü eğitici ve danışmanlık rolüyle bütünleşmektedir. Hastanın travma ya da hastalık nedeniyle değişen sağlık durumuna ve yeni yaşam koşullarına uyum sağlamasına, yaşam kalitesinin yükselmesine katkıda bulunmaktadır.

Rahatlatıcı rolü; hemşirenin bakım ve tedavi sırasında, hasta gereksinimlerini en doğru şekilde saptayarak uygun bakım hizmetini vermesi rahatlatıcı rolü olarak tanımlanmaktadır.

Tedavi edici rolü; tıp tarihinde tanı ve tedavi süreçlerinde hemşire, ilaç tedavileri ve cerrahi uygulamalar konusunda hekim talimatına göre bu rolünü gerçekleştirmekteydi. Ancak solunum egzersizleri, sıcak soğuk uygulamalar, masajlar, postural drenaj gibi pek çok tedavi işlemleri hemşirelerin kendi kararları doğrultusunda gerçekleştirmektedir. Ayrıca hemşirelerin kendi uzmanlık ve yetkinlik alanları içinde reçete yazabilmelerinin yolu çeşitli yasal düzenlemelerle ABD, Yeni Zelanda, Avustralya ve İrlanda gibi ülkelerde açılmıştır. Böylelikle tedavi edici rolü daha da genişleme eğilimindedir.

Kariyer geliştirici rolü; hemşirelik mesleğinin profesyonelleşmesini sağlayan, mesleğe statü, yetki ve güç kazandıran bağımsız bir hemşi-

relik rolüdür. Çalışma olanaklarının ve sahaların genişlemesi, meslek eğitiminin üniversite ve lisans üstü eğitim derecelerine yükselmesi mesleğin profesyonelliğini gösteren diğer faktörlerdir.

Özerk ve sorumluluk sahibi olma rolü; özerklik, bir mesleğin belirlenmiş yetki ve sorumlulukları çerçevesinde mesleki uygulamalarla ilgili kararları kendi görüş ve değerlendirmeleri sonucu alması demektir. Hemşirelik mesleğinde özerklik konusunda ülkemizde halen sorunlar yaşanmaktadır. Eğitim eşitsizliği, standart bir eğitim olmayışı, kurumsal işleyişlerdeki yetersizlikler, etkisiz ve verimsiz kadrolama, yasal düzenlemelerdeki çakışmalar hemşirelerin bu rolünü sağlamadaki yetersizliklerinin nedenleri arasında yer almaktadır.

Danışman rolü; hemşirenin bu rolü eğitici ve iletişim-koordinatörlük rolüyle bütünleşmektedir. Hemşire, hasta ve ailesine hastalıkla ilgili farkındalık yaratarak hastalığın seyrini öğretme, hastalığın yarattığı sorunlar ile baş edebilmeyi sağlayacak kaynaklar konusunda bilgilendirme, kaynakların kullanımı için teşvik etme, hastalara kanıta dayalı bilimsel bilgiye ulaşma konularında danışmanlık vermektedir.

Bunların yanı sıra hemşirelerin hasta psikolojisini anlaması, istenilen hasta bakım sürecini sağlaması için bazı mesleki yeteneklere sahip olması gerekmektedir. Profesyonel bir hemşirede olması gereken özellikler; etkili ve başarılı iletişim, duygusal kararlılık, empati, esneklik, fedakarlık, detaylara dikkat etme, mükemmelliyet, problem çözme becerileri, onurlu davranış, dürüstlük ve bireylere saygı şeklinde sıralanabilir (21-25). Bu sayılan özelliklere sahip olan hemşireler mesleğin rollerini ancak yerine getirebilirler.

21. Yüzyıl Yönetici Hemşire Rollerini

21. yüzyılda yönetici hemşirelerin rolleri iyi bilinen liderlik özelliklerine dayanmaktadır. Günümüzün yönetici hemşirelerini daha etkili kılan ayırt edici becerilerin neler olduğunu bilmek mesleğin gelişimi açısından büyük önem taşımaktadır. Yönetici hemşirelerin mesleki yeterliliğini ve çok yönlü becerilerini tanımlayan "5 odak" bulunmaktadır. Bu 5 odak nokta her biri diğerini etkileyecek biçimde birbiriyle örtüşmektedir (26).

“5 Odak”

- İnovasyon (Yenilik)
- Meslekler arası bağlılık ve saygı
- Enformatik (Bilgi yönetimi)
- İç görü
- Bütünlük

İnovasyon: Değişimin değişmez olduğu 21. Yüzyılda, yönetici hemşireler değişen sağlık bakım hizmetlerini etkili yönetebilmek için son derece donanımlı olmalıdır. Yönetici hemşire değeri temel alan, veri odaklı ve yenilikçi yaklaşımlar sergileyerek iyileştirme sağlamalıdır. Yönetici hemşire bakım hizmetlerinde kalite ve verimliliği artırıcı davranışları modellemeli, yeniliği, risk almayı ve kanıta dayalı mesleki uygulamayı destekleyen bir çalışma ortamı yaratmak için çaba göstermelidir (27).

Meslekler arası bağlılık ve saygı: Sağlık alanında dönüşümsel etkiyi elde etmek için meslekler arası işbirliği yoluyla bir bütünlük içinde performansa ihtiyaç duyulmaktadır. Sağlık ekibinin tüm üyeleri etkinlik ve etkililiği destekleyici şekilde çalışmalıdır (26).

Enformatik (Bilgi yönetimi): Günümüzde çeşitli ortamlarda sunulan bakım hizmetlerini koordine etmek ve hastalar için erişilebilir olmasını sağlamak için klinik bilgi sistemlerine büyük ihtiyaç duyulmaktadır. Veriler iyi entegre edilmiş bir sağlık bilgi teknolojisi tarafından toplanmalıdır. Yönetici hemşireler de stratejik yaklaşımlarını belirlemek için teknoloji ve bilişim gereksinimlerinden yararlanmalıdır (26).

İçgörü: İçgörüsü yüksek olan bir liderin sağlık hizmetleri sunumunun karmaşık yapısını etkileyen dinamikleri iyi anlaması gerekmektedir. Bu dinamikleri oluşturan kilit unsurlardan bazıları iş gücü, çalışma ortamı, kurumsal risk yönetimi, hasta tercihi, kanıta dayalı uygulama (Klinik ve yönetsel), değer temelli satın almadır. Liderlik tüm unsurlar üzerinde kapsamlı, yeterli ve dengeli bir yaklaşımı gerektirir. Bugünün liderleri kendine güvenen bir benlik algısına ve çevreyi etkileme gücüne ilişkin net kişisel görüşlere sahip olmalıdır (26).

Bütünlük: Yönetici liderler otantik, güvenilir, dürüst ve şeffaf olduğunda güven ve saygı kazanılmaktadır. 21. yüzyıl yöneticileri yüksek ahlaki ilkelere göre hareket etmeli, her daim çevresine karşı açık ve cevaplayıcı olmalıdır (26).

Yöneticiler 5 odakta bahsedildiği gibi hem kendileri hem de yönettikleri hemşirelerin değişen

rollerinin uygulamaya aktarılmasında kilit noktada yer almaktadır. Bu açıdan yönetici hemşireler kendilerini sürekli yenilemeli, geliştirmeli ve değişime uyum sağlamalıdır.

Sonuç

Hemşirelik mesleğinin gelişen rolleri küresel eğilimler, sağlık hizmetlerindeki değişim ve yenilikler, tıp alanındaki gelişmeler ile daha net görülmektedir. Eğitim seviyesinin artması, artan hemşirelik araştırmaları, meslek ve çalışma standartlarının gelişmesi ile mesleğin profesyonellik düzeyi yükselmektedir. Hemşirelik mesleğindeki bilgi, beceri ve donanımsal anlamda yaşanan gelişim, gelişmiş meslek grupları olarak da tasvir edilen özerk, yetkin ve profesyonel meslek grupları arasında yer almasına olanak tanımaktadır. Artan teknolojik gelişmeler ve küreselleşmenin etkileriyle temel hemşirelik rolleri günümüzde bakım hizmetlerinde artık yeterli olamamaktadır. Hemşireliğin kendine özgü bilgi birikimine dayalı bir hemşirelik felsefesiyle sağlanan bütüncül hasta bakımı hizmetleri önemli hale gelmektedir. Yönetici hemşireler de sürekli yenilenen ve değişen sağlık bakım hizmetlerini etkin ve verimli yönetmek için değişime uyum sağlamalı ve kendilerini sürekli geliştirmelidir. Sonuç olarak, modern hemşirelik bilim ve sanatının araştırma ve bilgi temeline dayalı olarak uygulanması gerekmektedir. Sağlık bakım hizmetleri sunumunda modern hemşirelik rollerine eğilmek, mesleğin hizmet üretiminde daha verimli ve toplumsal açıdan daha işlevsel bir konuma yerleşmesini sağlayacaktır.

Kaynakça

1. Erdemir F. Hemşirenin rol ve işlevleri ve hemşirelik eğitiminin felsefesi. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 1998; 2(1): 59-62.
2. Perry AG. Fundamentals of nursing. The client and health care environment: Nursing today. 7th Ed. St. Louis: Elsevier Mosby Company; 2009.
3. Potter PA, Perry AG. Fundamentals of nursing. 6th Ed. St Louis: Elsevier Mosby Company; 2005.
4. Amerikan Nurses Association (ANA). Nursing: scope and standards of practice. 1st Ed. USA: Nursesbooks.org The Publishing Program of ANA; 2004: 21-31.

5. Akça Ay F. Kuram nedir? Hemşirelik ile ilgili kuramlar ve hemşire kuramcıları. In: Temel hemşirelik, kavramlar, ilkeler, uygulamalar. Ed: Fatma Akça Ay 2 Basım. İstanbul: İstanbul Medikal Yayıncılık; 2008. p. 5-19.
6. T.C. Milli Eğitim Bakanlığı. Hemşirelik meslek esasları tekniğine giriş, 2012. Erişim tarihi:10.06.2016. http://megep.meb.gov.tr/mte_program_modul/moduller_pdf/Meslek%20Esasları%20Tekniğine%20Giriş.pdf
7. Bonsall K, Cheater FM. What is the impact of advanced primary care nursing roles on patients, nurses and their colleagues? A literature review. *International Journal of Nursing Studies* 2008; 45: 1090-102.
8. Türk Hemşireler Derneği. Hemşirelik kanunu, Erişim tarihi: 10.06.2016, <http://www.turkhemsirelerderneği.org.tr/hemsirelik-kanunu.aspx>
9. Potter PA, Perry AG. Fundamentals of nursing: Concepts, process and practice. 3rd. Ed. St. Louis: Elsevier Mosby Company; 1993. p. 3-41.
10. Karadağ S, Taşçı S. Hemşirelik bakımı ve bakımı etkileyen faktörler. *Sağlık Bilimleri Dergisi* 2005; 14: 13-21.
11. Griffin A. Holism in nursing: its meaning and value. *Br J Nurs* 1993; 2(6): 310-12.
12. Taylan S, Alan S, Kadioğlu S. Hemşirelik rolleri ve özerklik. *HEMAR-G* 2012; 3: 66-74.
13. Hood LJ, Leddy SK. Conceptual bases of professional nursing. 5th Ed. Canada: Wolters Klower Company; 2003.
14. Özpulat F. Sağlığın korunması ve geliştirilmesinde hemşirenin çağdaş bir rolü: Eğitici kimliği. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi, Sempozyum Özel Sayısı* 2010: 293-98.
15. Rubenfeld MG, Scheffer BK. Overview of thinking, doing and the nursing process. Critical thinking in nursing. An interactive approach. 2nd Ed. USA: Lippincott Williams&Wilkins; 1999: Chapter 1.
16. Jasper M. New nursing roles- implications for nursing management. *Journal of Nursing Management* 2005; 13: 93-96.
17. Mason DJ, Isaacs SL, Colby DC. The nursing profession: development, challenges, and opportunities. San Francisco: Jossey- Bass; 2011. s. 272- 343.
18. Türk Hemşireler Derneği. Hemşirelik kanunu, 2010. Erişim adresi: 06.11.2016, <http://www.turkhemsirelerderneği.org.tr/men u/yasa-ve-yonetmelik/hemsirelik-yonetmeliği-2010-2011.aspx>
19. Jenkins JE. Nursing roles in the health care delivery system. *Professional nursing: Concepts&Challenges*. 4th Ed. USA: Elsevier Saunders; 2005: Chapter 14.
20. Kızılgüt S, Ergöl Ş. Sağlık Yüksekokulu öğrencilerinin hemşireliği algılayışı ve hemşirelik rollerine ve hemşireliğin geleceğine bakışı, *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi* 2011; 14(2): 10-15.
21. Cengiz A. Örnek hemşirenin özellikleri. Erişim adresi: 10.05.2016 Available from: http://www.acibademhemsirelik.com/e-dergi/yeni_tasarim/files/örnek%20hemşirenin%20özellikleri.pdf
22. Masters K. Role development in professional nursing practice. 2nd Ed. USA: Jones and Bartlett Publishers; 2009: Chapter 1.
23. Doran DI, Sidani S, Keatings M, Doidge D. An empirical test of the nursing role effectiveness model. *Journal of Advanced Nursing* 2002; 38(1): 29-39.
24. Daly WM, Carnwell R. Nursing roles and levels of practice: a framework for differentiating between elementary, specialist and advancing nursing practice. *Journal of Clinical Nursing* 2003; 12:158-67.
25. Baykal Tatar Ü, Türkmen Ercan E. Hemşirelik hizmetleri yönetimi. 1. Basım. İstanbul: Akademi Basın; 2014. p. 439.
26. Rick, C. Competence in executive nursing leadership for the 21st century: The 5 eyes. *Nurse Leader* 2014; 12(2): 64-66.
27. Weberg D, Braaten J, Gelinas L. Enhancing innovation skills: VHA nursing leaders use creative approaches to inspire future thinking. *Nurse Leader* 2013; 11(2): 32-35.

Kanserli Hastalarda Tat Alma Değişikliğine Yaklaşım Approach to Taste Alteration in Patients with Cancer

Elif BİLSİN^a, Hatice BAL YILMAZ^b

ÖZ Tat alma değişikliği kanserli hastalarda görülen en yaygın ve önemli sorunlardan bir tanesidir. Hastalar tat alma değişimini ağızda metalik, acı ya da kötü bir tat, hassasiyet, tatlıya karşı duyarsızlık ve acıya intolerans olarak tanımlamıştır. Kanserli hastalarda tat alma değişikliğinin nedeni tam olarak bilinmemektedir. Kanser tedavisi fizyolojik ve psikolojik nedenlerle tat almayı etkilemektedir. Kanserli hastalarda tat alma değişikliği sonucunda iştah kaybı, bazı yiyeceklerden hoşlanmama, yiyecek tercihinde değişme, yetersiz beslenme, yetersiz enerji alımı, kilo kaybı, malnutrisyon, kötü prognoz, yaşam kalitesinde azalma, stres, depresyon, ağız kuruluğu, hastanede kalma süresinin uzaması, koku almada bozukluk, immün sistemde bozulma ve tedaviye uyumda bozulma gelişmektedir. Tat alma değişikliğini değerlendirmek ve tedavi etmek zordur. Tat alma değişikliğini tanımlamak, sınıflandırmak ve bu sorunları yönetmek için kanıt dayalı destekleyici stratejilerde yetersizlik olduğu ve profilaktik tedavilerin başarılı olmadığı belirlenmiştir. Bu nedenle kanserli hastaların bakım ve tedavisinde tat alma değişikliği yönetimi bir sorun olmaya devam etmektedir.

Anahtar kelimeler: Kanser, tat alma değişikliği, hemşirelik

ABSTRACT Taste alteration is one of the most common and important problems in patients with cancer. Some patients were defined taste alteration as metallic, bitter or bad taste in the mouth, sensitivity, insensitivity to sweet taste and bitter taste intolerance. The etiologies of taste alteration are not fully known in patients with cancer. Cancer treatment is influenced taste alteration by physiological and psychological causes. In patients with cancer, loss of appetite, dislike of some foods, change in food preferences, inadequate feeding, inadequate energy intake, weight loss, malnutrition, poor prognosis, reduced quality of life, stress, depression, dryness of the mouth, prolonged hospital stay, impaired smell, deterioration of the immune system and reduction compliance to treatment regimen develops as a result of taste alteration. Taste alteration are difficult to measure and treat. It has been determined that there is a lack of supportive strategies based on evidence taste alteration to describe, classify and manage these problems. It has been determined that prophylactic treatments are not successful. For this reason, the management of taste alteration remains a problem in care and treatment of patients with cancer.

Keywords: Cancer, taste alteration, nurse

Giriş

Tat alma değişikliği kanserli hastalarda görülen en yaygın ve önemli sorunlardan bir tanesidir (1–4). Hastalar tat alma değişimini ağızda metalik, acı (1,3,5–7) ya da kötü bir tat (8), hassasiyet, tatlıya karşı duyarsızlık ve acıya intolerans olarak tanımlamıştır (1-3).

Kimyasal-duyusal sistemin karmaşıklığı nedeniyle tat alma bozukluklarının gerçek sıklığını değerlendirmek güçtür (9). Tat alma değişikliklerinin prevalansı tümör tipine ve kemoterapi protokollerine göre değişmektedir (5,10). Yapılan çalışmalarda yetişkin onkoloji hastalarında %20-80 oranında (2,4,6,10–20), çocuk onkolojide ise

%16.5-84 oranında tat alma değişikliği (21–24) olduğu bildirilmiştir. Kadınlarda (19,25) ve daha genç hastalarda (19) tat alma değişikliğinin daha fazla olduğu bildirilmiştir.

Yapılan çalışmalarda kanser hastalarında (tatlı, tuzlu, ekşi ve acı) dört temel tatta değişiklik bildirilmiştir. Kemoterapiye bağlı tatlı, tuzlu, acı ve ekşi tadın yoğunluğunda bireysel farklılıklar olduğu bildirilmiştir. Örneğin bazı hastalar şekerli tadı daha yoğun hissederken bazıları ise daha az hissetmektedir (8,11,18,25–27). Ancak en yaygın olarak acı ve tatlı tadı tanımda bozulma olduğu bildirilmiştir (18).

Geliş Tarihi/Received 29-11-2017/ Kabul Tarihi/Accepted:17-01-2018

^a Gaziantep Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Gaziantep, e-e-mail: elifbilsin-86@hotmail.com,

^b Ege Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, İzmir, e-mail: haticebalyilmaz@gmail.com

Sorumlu yazar /Correspondence: Elif BİLSİN e-mail: elifbilsin-86@hotmail.com,

*Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi

Tat alma değişikliği olan hastaların çoğunda koku alma değişikliği de bulunmaktadır. Tat ve koku alma değişikliği arasında önemli bir ilişki bulunmaktadır. Kanserli hastalar arasında ise genel olarak kokuya karşı duyarlılığın arttığı, koku ve tat alma değişikliğinin geliştiği bildirilmiştir (8,13,-14,19,25,27-33). Bu derleme kanser hastalarında görülen tat alma değişikliği ve bu hastalara uygulanan hemşirelik yaklaşımlarına dikkat çekmek amacıyla hazırlanmıştır.

Tat Alma Bozukluğunun Tipleri

Disguzi: Tat alma yeteneğinde bozulma (1,34)

Hiperguzi: Tat alma yeteneğinde artma (1,34)

Hipoguzi: Tat alma yeteneğinde azalma (1,34)

Aguzi: Tat alma fonksiyonunun tamamen kaybı (1,34)

Fantoguzi: Genellikle eksternal bir uyarıcı olmadan ağızda acı ya da metalik gibi anormal tat varlığı (34)

Paraguzi: Tatları olduğundan farklı algılama (1,34)

Kakoguzi: Yiyecek ve içeceklerden kaynaklanmayan hoş olmayan tat (1,34)

Tat Alma Değişikliğinin Nedeni

Kanserli hastalarda tat alma değişikliğinin nedeni tam olarak bilinmemektedir (10,35). Kanser tedavisi fizyolojik ve psikolojik nedenlerle tat almayı etkilemektedir (26,30,32,35,36). Ancak bu konuda yapılmış yeterli çalışma bulunmamaktadır (10,35). Teorilerin çoğu tümör etkisine odaklanmasına rağmen, kanserli hücre bölünmesi, vitamin eksikliği ve sitokin üzerinde de durulmaktadır (35).

Tat alma değişikliği kemoterapötik ajanların kranial sinirlere (VII, IX ve X), tat tomurcuklarına ve mukozaya hasar vermesi sonucunda görülmektedir (2). Tat reseptörlerinin bölünme mekanizması kemoterapi veya radyoterapinin etkilerine duyarlıdır (30). Kemoterapi ilaçları bu reseptörlerin hızlı çoğalmasını inhibe ederek tat eşliğini azaltabilir (3,35).

Tat alma değişiklikleri kemoterapi uygulaması sırasında meydana gelebilir (19,23,37,38) ve birkaç saat, gün (3,9), hafta ya da ay devam edebilir (3,23,25).

Tat Alma Değişikliğinin Etkileri

Tat alma değişikliği tümör hücreleri tarafından salgılanan amino asit benzeri maddelerin etkisi sonucu ortaya çıkmaktadır (3). Bu değişiklikler

hastanın beslenmesinin bozulmasına ve kötü prognoza neden olmaktadır (3,30).

Tat alma değişikliği geliştiğinde hastaların yiyecek tercihi değişir ve bazı yiyeceklere karşı tikslenme gelişmektedir. Kemoterapiye bağlı yiyecek tercihinde bireysel farklılıklar olduğu bildirilmiştir (30,32,38,39). Kanser hücreleri aktif olarak bölünür ve amino asit benzeri madde salgılar. Salgılanan amino asit benzeri madde acı tat hissini artırır ve amino asit içeren yiyeceklere karşı tiksilmeye neden olur (35). Bu nedenle hastaların özellikle kırmızı et ve tahıl gibi protein içeriği yüksek besinlerden ve çay, kahve, turuncgiller ve çikolatadan hoşlanmadıkları bildirilmiştir (3,26). Ayrıca kırmızı et, çay ve çikolatadan hoşlanmamanın nedeni acıya karşı duyarlılığın artması ile ilişkili olduğu bildirilmiştir (3). Skolin ve ark.'nın kanserli çocuklar ile yaptıkları çalışmada çocukların krep, makarna, pirinç, patates dilimleri ve patlamış mısır gibi tuzlu atıştırmalıkları tercih ettikleri, kırmızı et, soslu sandviç, tavuk, tatlı ve çikolatayı sevmedikleri belirlenmiştir (39).

Tat alma değişikliği sonucunda; iştah kaybı (28,30,40,41), bazı yiyeceklerden tikslenme/hoşlanmama (3,30,40,41), yiyecek tercihinde değişme (26,28,42,43), yetersiz beslenme (3,30,-40,41), yetersiz enerji alımı (28,30,40,41), kilo kaybı, malnutrisyon (18,26,28,44), kötü prognoz (1,20,29,39), yaşam kalitesinde azalma (36,39,41,-42), baş etme mekanizmasında bozulma (28,33,-34,43), stres ve depresyon (3), ağız kuruluğu (28,33,34,43), hastanede kalma süresinin uzaması (9,26,28,43), koku almada bozukluk, immün sistemde bozulma (9,26,28) ve tedavi rejimine uyumda azalma (9,18,20,26,28) gelişmektedir.

Tat Alma Değişikliğini Değerlendirmede Kullanılan Yöntemler

Tat alma değişikliğini ölçmek için objektif ve subjektif yöntemler bulunmaktadır.

Objektif Yöntemler

• **Kimyasal Tat Algılama ve Tanıma Eşik Testi:** Beş temel tadı temsil eden farklı konsantrasyonlarda prototip kimyasal solüsyonlar (tatlı için sukroz, tuz için sodyum klorür, ekşi için sitrik asit, acı için kafein ya da kinin ve umami için monosodyum glutamat) kullanılır. Düşük algılama eşiği daha duyarlı bir bireyi ifade eder (45).

- **Üst Eşik Tat Değerlendirme Testi:** Tat yoğunluğunu arttırıcı solüsyonlar kullanılır. Tat yoğunluğu görsel analog skalası (Vizuel Analog Skala-VAS) ya da kategorili ölçekler ile değerlendirilir (45).
- **Propiltiourasil (PROP) Testi:** Sıvı solüsyon (bazen filtre kağıdı) ile 6-N-propiltiourasil konsantrasyonları kullanılır. Uyarının yoğunluğu hayal edilebilen ya da günlük yaşamda şimdiye kadar deneyimlenen en güçlü tada göre ölçek ile derecelendirilir. PROP tat alma yeteneği, tat tomurcuk yoğunluğu ve tat reseptör gen TAS2R38'in genetik ifadesi ile ilgili kalıtsal bir özelliktir (45).
- **Fungiform Papillaların Yoğunluğunu Değerlendirme Testi:** Fungiform papilla yapısını belirlemek için renkli gıda boyası uygulaması sonrası dilin fotoğrafını çekmek veya kayıt altına almak için video mikroskop ya da dijital kamera kullanılır. Papillayı saymak için dil görüntüleri genişletilir (45).
- **Elektrogustomeri:** Duyu algılanıncaya kadar dile elektrik uyarısı verilir (45).
- **Görüntüleme:** PET, Fonksiyonel MRI.1 **Subjektif Yöntemler**
Subjektif yöntemlerde tat alma değişikliği, yaşam kalitesi değerlendirme ölçeği, semptom çalışmaları ya da bireysel görüşmelere dayalı kalitatif çalışmalarla değerlendirilir. Literatürde tat alma değişikliğini değerlendirmede kullanılan çeşitli araçlar bulunmaktadır (8).
- **Hasta Esaslı Subjektif Global Değerlendirme (Patient-Generated Subjective Global Assessment-PG-SGA):** Onkolojiye özgü beslenme değerlendirme aracının bir parçasıdır. Tadı tanımlamada kontrol listesi olarak kullanılır (45).
- **Advers Olaylar İçin Ortak Terminoloji Kriterleri (Common Terminology Criteria for Adverse Events-CT-CAE):** Kanser bakımında tedaviyle ilgili semptomları ve yan etkileri sınıflandırmak için açıklayıcı terminoloji olarak kullanılır. Hasta tarafından bildirilen tat alma değişikliği için derecelendirme ölçeği olarak kullanılır. Grade 1 = Diyet değişikliği olmadan tat alma değişikliği; Grade 2 = Diyet değişikliği ile birlikte tat alma değişikliği (1,45).
- **Avrupa Kanser Araştırma ve Tedavi Organizasyonu Yaşam Kalitesi Ölçeği (Quality of Life Questionnaire-Core 30 of the European Organisation for Research and Treatment of**

Cancer-EORTC QLQ-C30): Kanser hastalarının yaşam kalitesini değerlendirmede kullanılan bu ölçekte tat alma değişikliğini değerlendirmek için 2 soru bulunur. “Yiyecek ve içeceklerin tadı normalden farklı mı?” ve “Tat alma duygusu ile ilgili sorunların var mı?” gibi sorular kullanır (10,45).

- **Kemoterapiye Bağlı Tat Değişikliği Ölçeği (Chemotherapy-Induced Taste Alteration Scale-CITAS):** Kemoterapiye bağlı tat alma değişikliğini değerlendiren ölçeğin orijinal formu Kano ve Kanda (2013) tarafından geliştirilmiş ve Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği Sözeri ve Kutluturkan (2015) tarafından yapılmıştır (46). 18 maddeli 4 alt boyutlu, 5'li likert tipi bir ölçektir (45).

- **Subjektif Total Tat Keskinliği Ölçeği (Scale of Subjective Total Taste Acuity-STTA):** Tat keskinliğini 0-4 arasında derecelendirmeyi sağlayan 5 ifade bulunmaktadır. 0'dan 4'e doğru gittikçe tat alma keskinliği azalmaktadır (1).

- **Tat ve Koku Anketi (Taste and Smell Survey-TSS):** Başlangıçta HIV ile enfekte hastalarda kullanılmak üzere geliştirilmiştir. Daha sonra Kanadalı araştırmacılar tarafından kanserli hastalarda tat ve koku alma değişikliğini ve yiyecek seçimini değerlendirmek için kullanılmıştır. 16 sorudan oluşmaktadır (44). 0-16 puan arasında değerlendirilmektedir (32,44). 0-4 = hafif, 5-9 = orta ve 10-16 = ciddi tat ve koku alma değişikliğini göstermektedir (32).

- **Memorial Semptom Değerlendirme Ölçeği (Memorial Symptom Assessment Scale-MSAS):** 7-12 yaş ve 13-18 yaş arasındaki çocuklar için iki versiyonu bulunmaktadır. Otuzsemptomdan oluşmaktadır. Hastalar semptomların prevalansını, frekansını, şiddetini ve semptomların yarattığı sıkıntıyı “evet” ya da “hayır” şeklinde değerlendirmektedir (22).

- **Kanserli Çocuklarda Kemoterapi İle İlişkili Tat Alma Değişikliği Ölçeği:** Ölçek kemoterapi alan 8-18 yaş arasındaki kanserli çocuklarda tat alma değişikliğini değerlendirmek amacıyla geliştirilmiştir. Ölçek toplam 9 maddeden oluşmaktadır. Her bir madde 0-4 puan arasında likert olarak derecelendirilmektedir. Her bir maddenin aldığı puanların toplanmasıyla ölçek toplam puanı elde edilmektedir. Ölçekten elde edilecek minimum puan “0”, maksimum puan “36”dir. Ölçek puanının artması çocuğun tat alma

değişikliği şiddetinin artmasını ifade etmektedir (47).

Tat Alma Değişikliğinin Yönetimi

Onkoloji hastalarında tat alma değişikliğini değerlendirmek ve tedavi etmek zordur. Tat alma bozukluğunu tanımlamak, sınıflandırmak ve bu sorunları yönetmek için kanıta dayalı destekleyici stratejilerde yetersizlik olduğu tespit edilmiştir (12). Profilaktik tedaviler başarılı olmamıştır. Kanser bakımında tat ve koku alma değişikliği yönetimi bir sorun olmaya devam etmektedir (8). Yapılan çalışmalarda hastaların %23-39'unun tat alma değişikliğini gidermek için spesifik yönetim stratejileri kullandığı bildirilmiştir (12,23).

Kanser tanısı ya da tedavisi nedeniyle oluşan tat ve koku alma bozukluklarının yönetiminde;

- Diyet danışmanlığı vermek (1,42)
- Hoş olmayan gıdalardan kaçınmak (1)
- Tükürük artıcı yöntemler uygulamak (1)
- Oral mukoz membranın bütünlüğünü sağlamak (1,42)
- Çinko sülfat desteği vermek (1,42)
- Amifostin tedavisi uygulamak (42,48)
- Sakız ya da şekerleme kullanmak (1) gibi girişimler uygulanmaktadır.

Beslenme danışmanlığı disguzinin semptomlarını azaltmada yararlı olabilir (7).

• **Çinko Sülfat Desteği:** Çinko eksikliği tat ve koku alma duyarlılığını değiştirmektedir. Çinkonun tat fonksiyonunun fizyolojisinde görevi bulunmaktadır. Ancak spesifik rolü bilinmemektedir (48,49). Çinkonun tat tomurcuklarının membranında bol miktarda bulunan alkalın fosfatazın kofaktörü olduğu bilinmektedir (49). Çinkonun işlevlerinden bir diğeri de gustinin sentezinde yer almaktır. Gustin tat tomurcuklarında bütünlüğü sağlayan ve mikrovillusların gözeneklerini düzenleyen tükürük proteindir (42,49). Çinko disguzinin tedavisinde denenmiştir, ancak sonuçları belirsizdir.(50) Bazı çalışmalarda tat alma bozukluğunda çinko desteğinin etkili olduğu (50,51), bazı çalışmalarda ise çinkonun tat alma değişikliğine etkisi olmadığı bildirilmiştir (28,52).

• **Amifostin:** Amifostin, bir tiol bileşiğidir. Doku ve organları kemoterapi veya radyoterapi ile uyarılan oksidatif hasarlara karşı korur. Ancak kusma, hipotansiyon, kızarma, metalik tat ve ağız kuruluğu gibi yan etkileri görülebilir (42,48).

Çinko gibi amifostininde disguziyi önlemede sınırlı yararları bulunmaktadır (7).

• **Synsepalum Dulcificum:** Mucize meyve olarak bilinen "Synsepalum dulcificum" kemoterapi nedeniyle gelişen tat alma değişikliğini tedavi etmek için kullanılmaktadır. Mucize meyve Batı Afrika'da bulunur. Miraculin, mucize meyvede doğal olarak oluşan bir proteindir. Asidik ortamda tatlı uyarıların transdüksiyonu için sıra dışı bir yeteneği bulunmaktadır. Belirli yiyeceklerin lezzetini artırır, hoş olmayan tatları maskeler, yiyeceklerin tat profillerini kısa sürede önemli derecede değiştirir (36). Wilken ve Satiroff çalışmasında kemoterapi alan yetişkin kanser hastaları ile mucize meyvenin etkisini değerlendirdikleri çalışmalarında hastaların tümünde tat almanın olumlu yönde değiştiği bildirilmiştir (36).

Bu yöntemlerin dışında megestrol asetat, glutamin ve bethanechol tat alma değişikliğini gidermek için kullanılmaktadır. Megestrol asetat tat ve koku alma değişikliği ve kilo kaybı olan kanser hastalarında günlük olarak verilir. Oral glutamin taksan bazı kemoterapi ilaçlarının ilk dönemlerinde hastalarda tat ve koku alma değişikliğini önlemek için oral olarak verilir. Glutamin dokular ve RNA, DNA sentezi ve bazı nörotransmitterlerin arasındaki azot transferi için hayati önem taşımaktadır. Bethanechol tükürük üretimini uyarmaktadır (48). Thorne ve ark.'nın yaptıkları sistematik derlemede tat ve koku alma değişikliğinin tedavisinde megestrol asetat ve synsepalum dulcificumun umut verici olduğu ancak henüz tat ve koku alma değişikliğini önlenmek veya yönetmek için etkili bir yaklaşım olmadığı bildirilmiştir (48). Strasser ve ark.'nın kemoterapi alan hastalarda yaptıkları çalışmalarında glutaminin tat alma değişikliğini gidermede ya da azaltmada etkili olmadığı bildirilmiştir (53).

Yapılan çalışmalarda ise hastaların tat alma değişikliği ve etkileri ile başa çıkmak için ağız bakımı (5,6,27,33), sakız çiğneme, kokulardan kaçınma (27), tolere edilebilen yiyecekleri yemek ve tat ve koku alma değişikliğini kabul etmek (27,33) gibi çeşitli davranış değişikliklerini benimzedikleri belirlenmiştir. Ancak bu yöntemlerin tam olarak etkili olup olmadığına dair kanıtlar yetersizdir. Bu nedenle tat ve koku alma bozukluklarının yönetiminde yeni stratejilere gereksinim bulunmaktadır (7,42).

Tat Alma Değişikliğinin Yönetiminde Hemşirenin Rolü

Tat alma değişikliği, kanser tedavisinin hayatı tehdit eden bir etkisi olmadığı için sağlık çalışanlarının dikkatinden kaçabilir (35). Ancak tat alma değişikliği yaşamı tehdit eden birçok probleme neden olabilmektedir (8,10,17,18,26-28,36,41,44). Hemşirenin bakım, tedavi, eğitim, koordinasyon, danışmanlık, savunuculuk ve liderlik gibi birçok önemli rolleri bulunmaktadır. Kanser hastaları için kemoterapi sırasında yaşama kalitesinin sağlanması önemlidir (2). Bu nedenle hemşire kanser hastalarının beslenme durumunu ve yaşam kalitesini değerlendirilmede önemli bir rol oynamaktadır (39). Kemoterapi alan hastalar için hemşirelik bakımının amacı tedavi ile ilişkili semptomları ve problemleri önlemek ya da azaltmaktır (27). Hemşireler hastaların tat değişikliklerine uyum sağlamalarında önemli bir rol oynamaktadır (5). Hemşire eğitim yoluyla tedavinin yan etkileri ile başa çıkmada hastaya destek olur, hastaların tat alma değişikliğini, şiddetini ve tipini değerlendirmeye ve tat alma değişikliğine yönelik girişimleri uygulamaya yardım eder (54).

Sonuç ve Öneriler

Beslenme, sağlığın sürdürülmesi ve hastalığın tedavisinde önemli bir klinik etkiye sahiptir (3). Tat duygusu bir kişinin yiyecek tercihini etkileyen önemli bir unsurdur. Kemoterapiye bağlı tat alma değişikliği hem çocuk hem de yetişkin kanser hastalarında tedavi sırasında besin alımını sürdürmeyi zorlaştırır, hastanın yaşam kalitesini ve prognozunu olumsuz etkiler (30). Tat alma değişikliğinin değerlendirilmesine yönelik çeşitli yöntem ve ölçekler bulunmasına rağmen, bu konu ile ilgili sınırlı sayıda çalışma bulunmaktadır (1). Bu nedenle tat alma değişikliğinin sıklığını ve süresini değerlendiren çalışmalara gereksinim duyulmaktadır. Kanserli hastalarda tat alma değişikliğini değerlendiren çalışmalar yapılması ve bu konuda önlemler alınması, hastanın beslenme durumunun iyileştirilmesi ve yaşam kalitesinin artırılması açısından son derece önemlidir.

Çıkar Çatışması

Yazarlar arasında çıkar çatışması bulunmamaktadır.

Kaynaklar

1. Epstein JB, Barasch A. Taste disorders in cancer

patients: Pathogenesis, and approach to assessment and management. *Oral Oncol* [Internet]. Elsevier Ltd; 2010;46(2):77–81. Available from:

<http://dx.doi.org/10.1016/j.oraloncology.2009.11.008>

2. Imai H, Soeda H, Komine K, Otsuka K, Shibata H. Preliminary estimation of the prevalence of chemotherapy-induced dysgeusia in Japanese patients with cancer. *BMC Palliat Care* [Internet]. BMC Palliative Care; 2013;12(1):38. Available from: http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3816153&tool=pmcentrez&render_type=abstract
3. Ravasco P. Aspects of taste and compliance in patients with cancer. *Eur J Oncol Nurs*. 2005;9(SUPPL. 2):84–91.
4. Zabernigg A, Gamper E-M, Giesinger JM, Rumpold G, Kemmler G, Gattringer K, et al. Taste alterations in cancer patients receiving chemotherapy: a neglected side effect? *Oncologist*. 2010;15(8):913–20.
5. Rehwaldt M, Wickham R, Purl S, Tariman J, Blendowski C, Shott S. Self-care strategies to cope with taste changes after chemotherapy. *Oncol Nurs Forum*. 2009;36(2):E47–E56.
6. Speck RM, Demichele A, Farrar JT, Hennessy S, Mao JJ, Stineman MG, et al. Taste alteration in breast cancer patients treated with taxane chemotherapy: Experience, effect, and coping strategies. *Support Care Cancer*. 2013;21(2):549–55.
7. Hovan AJ, Williams PM, Stevenson-Moore P, Wahlin YB, Ohrn KEO, Elting LS, et al. A systematic review of dysgeusia induced by cancer therapies. *Support Care Cancer*. 2010;18(8):1081–7.
8. Wismer W V. Assessing alterations in taste and their impact on cancer care. *Curr Opin Support Palliat Care* [Internet]. 2008;2(4):282–7. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19060564>
9. Comeau TB, Epstein JB, Migas C. Taste and smell dysfunction in patients receiving chemotherapy: a review of current knowledge. *Support Care Cancer*. 2001;9:575–80.
10. Gamper EM, Giesinger JM, Oberguggenberger A, Kemmler G, Wintner LM, Gattringer K, et al. Taste alterations in

- breast and gynaecological cancer patients receiving chemotherapy: Prevalence, course of severity, and quality of life correlates. *Acta Oncol (Madr)*. 2012;51(4):490–6.
11. Mahmoud FA, Aktas A, Walsh D, Hullihen B. A Pilot study of taste changes among hospice inpatients with advanced cancer. *Am J Hosp Palliat Med* [Internet]. 2011;28(7):487–92. Available from: <http://ajh.sagepub.com/cgi/doi/10.1177/1049909111402187>
 12. Boltong A, Keast R, Aranda S. Talking about taste: how do oncology clinicians discuss and document taste problems? *Cancer Forum*. 2011;35(2).
 13. Brisbois TD, De Kock IH, Watanabe SM, Baracos VE, Wismer WV. Characterization of chemosensory alterations in advanced cancer reveals specific chemosensory phenotypes impacting dietary intake and quality of life. *J Pain Symptom Manage* [Internet]. Elsevier Inc; 2011;41(4):673–83. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2010.06.022>
 14. Hutton JL, Baracos VE, Wismer W V. Chemosensory dysfunction is a primary factor in the evolution of declining nutritional status and quality of life in patients with advanced cancer. *J Pain Symptom Manage*. 2007;33(2):156–65.
 15. Alt-Epping B, Nejad RK, Jung K, Groß U, Nauck F. Symptoms of the oral cavity and their association with local microbiological and clinical findings—a prospective survey in palliative care. *Support Care Cancer*. 2012;20(3):531–7.
 16. Jensen SB, Mouridsen HT, Bergmann OJ, Reibel J, Brünner N, Nauntofte B. Oral mucosal lesions, microbial changes, and taste disturbances induced by adjuvant chemotherapy in breast cancer patients. *Oral Surgery, Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endodontology*. 2008;106(2):217–26.
 17. Berteretche M V, Dalix AM, D’Ornano AMC, Bellisle F, Khayat D, Faurion A. Decreased taste sensitivity in cancer patients under chemotherapy. *Support care cancer*. 2004;12(8):571–6.
 18. Sánchez-Lara K, Sosa-Sánchez R, Green-Renner D, Rodríguez C, Laviano A, Motola-Kuba D, et al. Influence of taste disorders on dietary behaviors in cancer patients under chemotherapy. *Nutr J* [Internet]. 2010;9(1):1–6. Available from: <http://www.scopus.com/inward/record.url?eid=2-s2.0-77951599176&partnerID=tZOtx3y1>
 19. Bernhardson B-M, Tishelman C, Rutqvist LE. Self-reported taste and smell changes during cancer chemotherapy. *Support Care Cancer* [Internet]. 2008 Mar 21;16(3):275–83. Available from: <http://link.springer.com/10.1007/s00520-007-0319-7>
 20. Nishijima S, Yanase T, Tsuneki I, Tamura M, Kurabayashi T. Examination of the taste disorder associated with gynecological cancer chemotherapy. *Gynecol Oncol* [Internet]. Elsevier Inc.; 2013;131(3):674–8. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ygyno.2013.09.015>
 21. Collins JJ, Byrnes ME, Dunkel IJ, Lapin J, Nadel T, Thaler HT, et al. The measurement of symptoms in children with cancer. *J Pain Symptom Manage*. 2000;19(5):363–77.
 22. Huijter A-S, Knar S, Tamim H. Quality of life and symptom prevalence as reported by children with cancer in Lebanon. *Eur J Oncol Nurs* [Internet]. Elsevier Ltd; 2013;17(6):704–10. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ejon.2013.09.004>
 23. Karaman N, Sarı N, İlhan İE. Pediatrik onkoloji hastalarında kemoterapiye bağlı tat ve koku değişiklikleri. *Turkish J Oncol* [Internet]. 2013;28(3):101–4. Available from: http://onkder.org/pdf/pdf_TOD_862.pdf
 24. Yeh CH, Wang CH, Chiang YC, Lin L, Chien LC. Assessment of symptoms reported by 10- to 18-year-old cancer patients in Taiwan. *J Pain Symptom Manage* [Internet]. Elsevier Inc; 2009;38(5):738–46. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2009.04.023>
 25. Epstein J, Phillips N, Parry J, Epstein M, Nevill T, Stevenson-Moore P. Quality of life, taste, olfactory and oral function following high-dose chemotherapy and allogeneic hematopoietic cell transplantation. *Bone Marrow Transplant*. 2002;30:785–92.
 26. Boltong A, Keast R. The influence of chemotherapy on taste perception and food hedonics: A systematic review. *Cancer Treat Rev* [Internet]. Elsevier Ltd; 2012;38(2):152–

63. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ctrv.2011.04.008>
27. Bernhardson BM, Tishelman C, Rutqvist LE. Taste and smell changes in patients receiving cancer chemotherapy: distress, impact on daily life, and self-care strategies. *Cancer Nurs* [Internet]. 2009;32(1):45–54. Available from: <http://shibboleth.ovid.com/secure/?T=JS&CSC=Y&NEWS=N&PAGE=fulltext&D=emed9&AN=2009372289%5Cnhttp://sfx.kcl.ac.uk/king?s?sid=OVID:embase&id=pmid:&id=doi:10.1097/01.NCC.0000343368.06247.74&genre=article&atitle=Taste+and+smell+changes+in+patients+receiving+canc>
 28. Lyckholm L, Hedding S, Parker G, Coyne P, Ramakrishnan V, Smith T, et al. A randomized, placebo controlled trial of oral zinc for chemotherapy-related taste and smell disorders. *J Pain Palliat Care Pharmacother* [Internet]. 2012;26(2):111–4. Available from: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cin20&AN=2011600753&site=ehost-live>
 29. Belqaid K, Tishelman C, McGreevy J, Månsson-Brahme E, Orrevall Y, Wismer W, et al. A longitudinal study of changing characteristics of self-reported taste and smell alterations in patients treated for lung cancer. *Eur J Oncol Nurs* [Internet]. 2016 Apr [cited 2016 Apr 11];21:232–41. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1462388915300405>
 30. Cohen J, Laing DG, Wilkes FJ, Chan A, Gabriel M, Cohn RJ. Taste and smell dysfunction in childhood cancer survivors. *Appetite* [Internet]. Elsevier Ltd; 2014;75:135–40. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.appet.2014.01.001>
 31. Zabernigg A, Gamper E-M, Giesinger JM, Rumpold G, Kemmler G, Gattringer K, et al. Taste alterations in cancer patients receiving chemotherapy: A neglected side effect? *Oncologist*. 2010;15(8):913–20.
 32. McGreevy J, Orrevall Y, Belqaid K, Wismer W, Tishelman C, Bernhardson BM. Characteristics of taste and smell alterations reported by patients after starting treatment for lung cancer. *Support Care Cancer*. 2014;26:35–44.
 33. Bernhardson BM, Tishelman C, Rutqvist LE. Chemosensory changes experienced by patients undergoing cancer chemotherapy: A qualitative interview study. *J Pain Symptom Manage*. 2007;34(4):403–12.
 34. Kano T, Kanda K. Development and validation of a chemotherapy-induced taste alteration scale. *Oncol Nurs Forum* [Internet]. 2013;40(2):E79–85. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23448748>
 35. Sherry VW. Taste alterations among patients with cancer. *Clin J Oncol Nurs*. 2009;6(2):73–7.
 36. Wilken MK, Satiroff BA. Pilot study of “miracle fruit” to improve food palatability for patients receiving chemotherapy. *Clin J Oncol Nurs*. 2012;16(5):173.
 37. Mann NM. Management of smell. *Cleve Clin J Med*. 2002;69(4):329–36.
 38. Johnson FM. Alterations in taste sensation: a case presentation of a patient with end-stage pancreatic cancer. *Cancer Nurs* [Internet]. 2001;24(2):149–55. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11318263>
 39. Skolin I, Wahlin YB, Broman DA, Koivisto Hursti UK, Vikström Larsson M, Hernell O. Altered food intake and taste perception in children with cancer after start of chemotherapy: Perspectives of children, parents and nurses. *Support Care Cancer*. 2006;14(4):369–78.
 40. McCulloch R, Hemsley J, Kelly P. Symptom management during chemotherapy. *Paediatr Child Heal (United Kingdom)* [Internet]. Elsevier Ltd; 2013;24(4):166–71. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.paed.2013.10.007>
 41. Steinbach S, Hummel T, Böhner C, Berkold S, Hundt W, Kriner M, et al. Qualitative and quantitative assessment of taste and smell changes in patients undergoing chemotherapy for breast cancer or gynecologic malignancies. *J Clin Oncol*. 2009;27(11):1899–905.
 42. Hong JH, Omur-Ozbek P, Stanek BT, Dietrich AM, Duncan SE, Lee YW, et al. Taste and odor abnormalities in cancer patients. *J Support Oncol*. 2009;7(2):58–65.
 43. de Vries YC, Helmich E, Karsten MDA, Boesveldt S, Winkels RM, van Laarhoven HWM. The impact of chemosensory and food-

- related changes in patients with advanced oesophagogastric cancer treated with capecitabine and oxaliplatin: a qualitative study. *Support Care Cancer* [Internet]. *Supportive Care in Cancer*; 2016;1–8. Available from: <http://dx.doi.org/10.1007/s00520-016-3128-z>
44. Belqaid K, Orrevall Y, McGreevy J, Månsson-Brahme E, Wismer W, Tishelman C, et al. Self-reported taste and smell alterations in patients under investigation for lung cancer. *Acta Oncol* [Internet]. 2014;53(10):1405–12. Available from: http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=4220986&tool=pmcentrez&render_type=abstract
 45. Boltong A, Campbell K. “Taste” changes: A problem for patients and their dietitians. *Nutr Diet*. 2013;70(4):262–9.
 46. Sozeri E, Kutluturkan S. Taste Alteration in Patients Receiving Chemotherapy. *J Breast Heal* [Internet]. 2015;11(2):81–7. Available from: <http://www.thejournalofbreasthealth.com/eng/makale/451/40/Full-Text>
 47. Bilsin E. Kanserli Çocuklarda Kemoterapi İle İlişkili Tat Alma Değişikliği Ölçeğinin Geliştirilmesi. Ege Üniversitesi; 2017.
 48. Thorne T, Olson K, Wismer W. A state-of-the-art review of the management and treatment of taste and smell alterations in adult oncology patients. *Support Care Cancer*. 2015;23(9):2843–51.
 49. Halyard MY. Taste and smell alterations in cancer patients--real problems with few solutions. *J Support Oncol*. 2009;7(2):68–9.
 50. Heckmann SM, Hujuel P, Habiger S, Friess W, Wichmann M, Heckmann JG, et al. Zinc gluconate in the treatment of dysgeusia - a randomized clinical trial. *J Dent Res*. 2005;84(1):35–8.
 51. Nagraj SK, Naresh S, Srinivas K, George PR, Shrestha A, Levenson D, et al. Interventions for the management of taste disturbances (Review). *Cochrane Database Syst Rev*. 2014;(11).
 52. Halyard MY, Jatoi A, Sloan JA, Bearden JD, Vora SA, Atherton PJ, et al. Does zinc sulfate prevent therapy-induced taste alterations in head and neck cancer patients? Results of phase III double-blind, placebo-controlled trial from the north Central Cancer Treatment Group (N01C4). *Int J Radiat Oncol Biol Phys*. 2007;67(5):1318–22.
 53. Strasser F, Demmer R, Böhme C, Hsu Schmitz S, Thuerlimann B, Cerny T, et al. Prevention of docetaxel-or paclitaxel-associated taste alterations in cancer patients with oral glutamine: a randomized, placebo-controlled, double-blind study. *Oncologist* [Internet]. 2008;13:337–46. Available from: <http://theoncologist.alphamedpress.org/%5Cnhhttp://www-scopus-com.libezproxy.open.ac.uk/record/display.uri?eid=2-s2.0-43549104915&origin=inward&txGid=0>
 54. McLaughlin L, Mahon SM. Understanding taste dysfunction in patients with cancer. [Review]. *Clin J Oncol Nurs*. 2012;16(2):171–8.

Yaşlılarda Düşmeye Yol Açan Faktörler ve Koruyucu Rehabilitasyon Yaklaşımları

Factors which Lead to Falls in Elderly and Preventive Rehabilitation Approaches

Nejla UZUN^a, Yasemin ŞAHBAZ^b, Ela TARAKCI^c

ÖZET Dünya Sağlık Örgütü geliştirmekte olan ülkelerde yaşlı nüfusun artış göstereceğini bildirmektedir. Türkiye’de de Dünya’nın her yerinde olduğu gibi yaşlı nüfusta artış olması beklenmektedir. Yaşlanma ile beraber sık sık fonksiyonel durumda gerileme ve fiziksel inaktivite nedeniyle denge kayıpları ve sonrasında düşmeler görülmektedir. Bu derlemedeki amacımız, yaşlılarda denge sorunlarını incelemek, düşme ile ilgili risk faktörlerini belirlemek ve bunlara karşı geliştirilebilecek koruyucu rehabilitasyon yaklaşımlarını tartışmaktır. Denge bozukluklarına yol açan problemlerin oluşmasını önlemek, denge reaksiyonlarını geliştirmek, düşmelere yol açabilecek etkenlerin erken dönemde tedavi edilmelerini sağlamak ve kalıcı problemlerin etkilerini en aza indirmek koruyucu rehabilitasyonun amaçlarını oluşturmaktadır. Bu amaçları gerçekleştirmek için her yaşlının kendine özgü sağlık durumu dikkate alınarak primer, sekonder ve tersiyer koruma olmak üzere üç farklı koruyucu rehabilitasyon yaklaşımı belirlenmiştir. Rehabilitasyonda primer koruma herhangi bir hastalık oluşmadan önce alınabilecek önlemleri ifade eder. Sekonder koruma erken tanı, uygun tedavi ve komplikasyonların sınırlandırılmasından oluşur. Tersiyer koruma, ortaya çıkmış hastalığa bağlı olarak oluşabilecek sakatlık ve geri dönüşü olmayan bozuklukların en aza indirgenmesi, hastanın bu durumuna alışması sağlanarak yaşam kalitesinin artırılması için alınması gereken önlemlerdir. Bu derlemede yaşlılarda düşmeye yol açan faktörler ve koruyucu rehabilitasyon yaklaşımları bu prensipler çerçevesinde ayrıntılı olarak ele alınmıştır.

Anahtar Kelimeler: Yaşlı, Postural Denge, Düşmeler

ABSTRACT World Health Organization has announced that the population of the elderly would increase in the developing countries. As it happens everywhere in the world, an increase is also expected in Turkey among the population of the elderly. Alongside with aging, frequently a decline in functional state and loss of balance and fallings due to physical inactivity has been observed. Our purpose in this edition is to analyze the problems of balance among the elderly, determine the risk factors in regards to falling, and discuss the preventive rehabilitation approaches to be developed against them. Preventing the problems leading to equilibrium disorders and improving the balances, ensuring that the factors that may lead to falls are treated in the early stages, and the effects of permanent problems are the most important goals of preventive rehabilitation. To realize those purposes, three different protective rehabilitation approaches have been determined such as the primary, secondary and tertiary protection by taking every elderly’s distinctive health situation into account. Primary protection in rehabilitation refers to the precautions that may be taken before formation of any sickness. Secondary protection is composed of early diagnosis, proper treatment and limitation of complications. Tertiary protection is the least costly disability and irreversible disorders that can occur due to emerging disease and encourages the patient to take precautions to adapt to this situation and increase the quality of life. Factors which lead to falls in elderly and preventive rehabilitation approaches in this review are covered detail in the framework of these principles.

Key words: Elderly, Postural Balance, Falls

Giriş

Yaşlanma, kronolojik, biyolojik, psikolojik ve sosyal niteliği olan, intrauterin dönemde ortaya çıkıp, ölümle sonlanan farklılaşma sürecidir (1). Fizyolojik olarak bakıldığında ise, fiziksel ve ruhsal sağlığın bozulması, organizmanın iç ve dış etmenler arasındaki dengeyi sağlama yeteneğinin azalması, kişinin psikolojik yönden gerilemesi olarak tanımlanabilir (2).

Fiziki uygunluk, yaşlı kişilerde sağlıklı yaşam ve bağımsızlık için çok önemlidir. Yaşlanma süreci ile birlikte genellikle fiziksel aktivite ve fonksiyonellikte gerileme gözlenmektedir. Buna ek olarak sedanter yaşam süren yaşlıların kuvvet, endurans ve esneklikte azalma ile fonksiyonelliklerinin etkilendiği görülebilmekte ve kişiler olağan aktiviteleri yapabilmek için daha çok çaba harcamaktadırlar.

Geliş Tarihi/Received: 13-10-2017 / Kabul Tarihi/Accepted: 24-01-2018

a. Uzm. Fzt., İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul

b. Uzm. Fzt., Üniversitesi, Beykent Üniversitesi Tıbbi Hizmetler ve Teknikler Bölümü, Fizyoterapi Programı

c. Doç.Dr., İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, İstanbul

Sorumlu yazar /Correspondence: Uzm. Fzt. Nejla Uzun, İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul e-posta: fizyoterapist_nejla@hotmail.com

İşlevsel bozuklukların neden olduğu fiziki yetersizlik ve sonrasında oluşan düşmelerin önlenmesi için, fiziki uygunluktaki değişikliklerin erken dönemde tanımlanması ve uygun egzersiz programlarının geliştirilmesi önemlidir (3).

Yaşın artmasıyla görülme sıklığı da artan düşmeler yaşlı kişilerde önemli oranda mortalite ve morbiditeye sebep olan bir sağlık problemidir. Kişisel ve çevresel faktörlerin etkileşimiyle oluşan düşmeler kişilerde birçok fiziksel ve ruhsal sonuçları ortaya çıkarmaktadır. Birçok yaşlı, düşme olayı yaşamadan bu durumun önemini bilmemekte ve oluşmaması için önlem almamaktadır. Ancak düşmeye bağlı bir olumsuzluk yaşadıktan sonra düşmeden korunma ile ilgili önlemler almaktadır (4). Bu derlemedeki amacımız, yaşlılarda denge sorunlarını incelemek, düşmeye yol açan faktörleri belirlemek ve bunlara karşı geliştirilebilecek koruyucu rehabilitasyon yaklaşımlarını tartışmaktır.

Yaşlılığa Genel Bakış

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) yaşlılığı üç dönemde sınıflandırmıştır. Birinci dönemi 45-59 yaş arası orta yaşlılar, ikinci dönemi 60-74 arasındaki yaşlılar ve üçüncü dönemi 75 yaş ve üzeri ileri derecede yaşlılar oluşturmaktadır. DSÖ, gelişmekte olan ülkelerde yaşlı nüfusunun daha fazla artış göstereceğini, 65 yaş ve üstü insan sayısının 2010 yılında 524 milyon olduğunu ve 2050 yılında ise 1,5 milyara ulaşacağını bildirmektedir (5). Türkiye’de de yaşlı nüfusta artış beklenmektedir. Türkiye İstatistik Kurumunun (TÜİK) 2013 yılı verilerine göre Türkiye yaşlı nüfus oranı %7,7 olarak gösterilmektedir (6). TÜİK 2015 verilerine göre ise yaşlı nüfusunun (65 ve üzeri yaş) 6.495.239 kişi olduğu belirtilmektedir (7). Ayrıca 2030, 2040 ve 2050 yıllarında Türkiye’de 65 yaş üzeri nüfusun toplam nüfusun sırasıyla %10,8’ini, %13,6’sını ve %17,3’ünü oluşturması beklenmektedir (8). Yaşlanmayla birlikte kardiyovasküler sistemde, pulmoner sistemde, gastrointestinal sistemde, sinir sisteminde ve kas iskelet sisteminde fizyolojik değişimler meydana gelir (9). Bu değişimlerin sonucunda yaşlılarda denge olumsuz yönde etkilenir.

Kardiyovasküler sistem değişiklikleri:

Yaşla birlikte myokardın atrofiye uğramasına bağlı olarak kalbin her bir kasılmasında pompalanan kan miktarı, kalp hızı, kardiyak doluluk hacmi ve tüm organlara giden kan akımı

azalır. Bunun yanı sıra arterlerin esnekliğinin azalması; periferik dirençte, sistolik ve diyastolik kan basıncında artışa neden olur. Yaşla birlikte büyük elastik arterlerin, kompliyanstaki azalma sonucu damarlar dilate hale gelir (9).

Pulmoner sistem değişiklikleri:

Rezidüel hacimde artış, kanın oksijenlenmesinde azalma, ventilasyon perfüzyon eşitliğinde azalma, akciğer elastisitesinde azalma, göğüs kafesi kompliyansında azalma görülür. Buna ek olarak vital kapasite ve maksimum inspiratuar kapasite yaşlanma ile %35-65 oranında azalır. Değerlerdeki bu azalma yaşla birlikte yeterli gaz değişimi yapılamamasına ve aktiviteler sırasında çabuk yorulmaya neden olur (10).

Gastrointestinal sistem değişiklikleri:

Yaşlanmanın gastrointestinal sistemdeki genel etkisi hareket, salgı ve emilim kapasitesinde azalmadır. Özofageal motilite azalır, yutkunma zorlukları başlar. Midede ise gastrik motilitede ve sekresyonlarda azalma ve gastrik boşalma zamanında artma söz konusudur. Ayrıca hepatik kütle ve lokal kan akımında azalmalar meydana gelir (1).

Kas iskelet sistemi değişiklikleri:

Yaşla birlikte kemiklerin yoğunluğunun azalmasına bağlı olarak kemikler daha zayıf ve kırılabilir hale gelirken, vücut postürü de bozulmakta olup boy kısalması, diş kayıpları, kemiklerde kırılmalar, bacaklarda eğrilikler ve kamburlaşma gelişebilir. Kas dokusu kayıplarına bağlı olarak gelişen atrofiler, kas gücünde ve koordinasyonunda azalmalara neden olup günlük yaşam aktivitelerini yapmayı zorlaştırır ve dururken, yürürken denge sorunlarına yol açar (10).

Sinir sistemi değişiklikleri:

Yaşla birlikte sinir iletim hızında ve beyindeki nöron sayısında hızla azalma görülür. Buna bağlı olarak reaksiyon ve hareket zamanında düşüş, reflekslerde azalma meydana gelir. Sinir sistemi değişiklikleri sonucu serebrovasküler olay, alzheimer, demans, parkinson hastalığı, deliryum, depresyon gibi bilişsel, motorik ve duyuşsal problemler görülür (9).

Denge

Destek tabanı üzerinde vücudun kontrolünün sağlanarak düşmenin önlenmesi yeteneğidir. Dik duruş postürünün sağlanması ve aktiviteler sırasında dengenin devam ettirilebilmesi için,

oldukça karmaşık nöromusküler mekanizmalar gereklidir. Bu mekanizmalar çeşitli duyuşal kaynaklardan (proprioseptif, görsel, vestibüler) vücudun yönelimi ve hareketleri ile ilgili bilgi elde eden ve bu bilgiyi ağırlık merkezini destek merkezi üzerinde tutma konusunda uygun motor cevap üretmek için kullanan sinir kas etkileşiminden oluşmaktadır. Duyusal veriler, merkezi sinir sisteminde birleştirilerek, retiküler formasyon, ekstrapiramidal sistem, serebellum ve korteksten çıkan uyarılar ile modüle edilir.¹¹ Yaşlanmaya bağılı olarak nöral sistemin birçok duyuşal elemanı entegre etmedeki yetersizliği yaşlılardaki düşme risk faktörlerinden biri olabilir (12).

Yaş Bağılı Değişikliklerin Yol Açtığı Denge Problemleri

Yaşlanmayla beraber postüral kontrolde; ayak bileğinden gelen proprioseptif veride azalma, görsel netlikte azalma, postüral salınımda artma, vestibüler sistem reseptörlerinde azalma, derinlik algısında kayıp, kuvvette azalma, MSS'nin ileti hızında azalma, kemik mineral yoğunluğunda azalma, artmış reaksiyon zamanı, yana gövde salınımlarında artma ve eklem hareket açıklığında azalma gibi değişiklikler görülür.

Yaşlıların salınım miktarı ve normal salınım aralığı gençlere göre daha büyüktür. Yaşlılarda kalça rotasyonunun ve diz fleksiyonunun azalmasına bağılı olarak salınım fazında ekstremitenin daha az kaldırılması sonucunda takılma ile düşme eğilimi artar. Yaşlılar yürürken takıldıklarında veya kaydıklarında gençlere göre daha zor toparlanırlar ve genellikle düşmeler meydana gelir. Bazı yaşlılarda MSS tarafından dik duruşu ve yürüyüşü kontrol eden nöromusküler kuvvetlerin başarıyla koordine edilememesi direkt düşme sebebidir (13). Altmış beş yaş üzeri kişilerin %30' u, dengelerini korumalarını zorlaştıracak ilerleyici denge ve postür bozukluğuna sahip oldukları için düşmektedirler (12).

Sağlıklı kişilerde denge kaybı olduğunda sırasıyla vücut salınımı, adım atma ve ani ekstremite hareketi oluşurken, bunlardaki başarısızlık koruyucu ekstansiyon refleksi ortaya çıkarır. Ancak bu mekanizmaların yaşlı kişilerde zayıfladığı gözlenir (14).

Postüral kontrol vizüel sistem, vestibüler sistem, propriosepsiyon ve spinal gerilme refleksleriyle gerekli bilgiler sağlanması ve bu bilgilerin merkezi sinir sisteminde entegrasyonu yoluyla ortaya çıkar. Yaşlanmayla birlikte duyuşal ve motor sinir sistemi etkilenecek

postüral salınımının artmasına neden olur. Buna bağılı olarak da yaşlılarda düşme riski artmaktadır (13).

Düşme

Kompleks bir yapıya sahip olan düşmeler, birçok faktörden etkilenmekte olup yaşlılarda en çok görülen morbidite ve mortalite sebeplerindedir (15). Altmış beş yaş üzeri popülasyonun yaklaşık üçte biri her yıl düşmekte ve düşmelerin yarısını ise tekrarlayan düşmeler oluşturmaktadır (14). Yetmiş yaş üzerindeki yaşlılarda bir yıl içindeki düşme oranı %32-42 iken, 80 yaş üzerindeki yaşlılarda ise bu oran %50'dir (16). Düşmenin risk faktörleri intrinsik ve ekstrinsik olacak şekilde ikiye ayrılabilir. İntersik faktörler yaşlı kişinin kendisine bağılı olan veya kendisinden kaynaklanan faktörlerdir. Ekstrinsik faktörler yaşlı kişinin kendisine bağılı olmayan çevre şartlarının oluşturduğu faktörlerdir (17).

İntersik faktörler: Yaş, cinsiyet, postüral kontrolde kayıp, yardımcı cihaz kullanımı, anormal yürüyüş paterni, reaksiyon zamanının azalması, kas güçsüzlüğü, artrit, serebrovasküler hastalık, periferik nöropati, parkinson hastalığı, demans, görme problemleri, göz kararması (senkop, hipoglisemi, postural hipotansiyon, kardiyak aritmi, epilepsi, alkol, ilaçlar, vertebroziller yetmezlik), menier hastalığı, dört veya daha fazla sayıda ilaç kullanımı intrinsik faktörler içinde yer almaktadır (17-20).

Ekstrinsik faktörler: Yeterli aydınlatmanın olmaması, korkuluksuz merdivenlerin olması, banyo küvetinin etrafında ve tuvalette tutunma barlarının bulunmaması, banyo küvetinin zemininin ve yer halılarının kaygan olması, tuvalette oturma yerinin uygun yükseklikte olmaması, yaya kaldırılmalarının düzgün zeminli olmaması, kar, buz, protez, baston ya da yürüteç kullanmak düşmeye sebep olan ekstrinsik faktörler içinde yer almaktadır.

Yaşlı kişilerde genellikle yürüme, pozisyon değiştirme, sandalye veya merdivene çıkma aktiviteleri ile spor yapma esnasında düşmelerin geliştiği bildirilmektedir (21). Ülkemizde yaşlı kişilerin %10'unun sağlık bakım kurumlarında, %30'unun toplumsal alanlarda ve %60'ının ev ortamında düştüğü belirtilmektedir. Merdivenden inmenin çıkmaktan daha zor ve tehlikeli olduğu ve düşmelerin %10'unun merdivende meydana geldiği belirtilmektedir (17). Yaşlıların en çok banyo ve tuvalette düştüğüne yer verilmektedir (22).

Düşme Korkusu

Düşme korkusu, düşme ile ilgili artmış endişe veya kişinin günlük yaşam aktiviteleri sırasında düşmenin önlenmesinde düşük öz etkinlik olarak tanımlanmaktadır (23). Düşme sonunda yaralanmış yaşlıların üçte birinde düşme korkusu gelişmektedir. Yaş, cinsiyet, denge ve yürüme bozuklukları, zayıf fiziksel ve kognitif fonksiyonların yaralanmayla sonuçlanan düşmelere bağlı oluşan düşme korkusu ile ilişkili olduğu bulunmuştur (24). Düşme korkusu ile beraber yaşlı kişilerin fiziksel fonksiyonlarında kısıtlanma, mobilitelerinde ve yaşam kalitesinde azalma gözlemlenmektedir (25). Düşme korkusuyla ilişkili faktörlerin bilinmesi düşme korkusunun azaltılması ve yaşam kalitesinin artırılması için önemlidir (25). Park JH ve ark.'nın 60 yaş ve üzeri 883 katılımcı ile yaptıkları çalışmada düşme deneyiminin, düşme korkusu ve fiziksel performans ile önemli bir ilişki içinde olduğu bulunmuştur (26). Türkiye'de 65 yaşındaki bireylerin düşme hikayeleri incelendiğinde meydana gelen düşmelerin %60'ının ev ortamında, %30'unun sosyal alanlarda, %10'unun sağlık bakım kurumlarında meydana geldiği görülmüştür (25). Yaşlılarda görülen düşme oranlarına basitçe yüksek demek yeterli değildir. Çünkü düşme oranının artmasıyla birlikte, kanser, osteoporoz gibi hastalıklarda artma, koruyucu reflekslerde yavaşlama gibi fizyolojik değişikliklerin meydana gelmesi düşmeyi daha da tehlikeli bir hale getirmektedir (27).

Koruyucu Rehabilitasyon Yaklaşımları

Denge ve düşme problemi olan yaşlıların koruyucu rehabilitasyonunda amaç denge bozukluklarına yol açan problemlerin oluşmasını önlemek ve dengelerini daha iyi hale getirmek, düşmelere yol açabilecek intrinsik ve ekstrinsik etkenleri erken dönemde tedavi edilmelerini sağlamak, kronik hale dönüşmüş bir problem varsa gerekli önlemler alarak kalıcı problemlerin etkilerinin en aza indirmektir. Bu amaçları gerçekleştirmek için her yaşlının kendine özgü sağlık durumu dikkate alınarak üç farklı koruyucu rehabilitasyon yaklaşımı uygulanabilir.

Primer Koruma

Rehabilitasyonda primer koruma herhangi bir hastalık oluşmadan önce alınabilecek önlemleri ifade eder. Yaşlanmayla birlikte görülen fizyolojik değişikliklerin de etkisiyle zamanla ortaya çıkacak problemler ve bunlara bağlı oluşabilecek komplikasyonlar da primer koruma

yöntemleriyle önlenebilir ya da azaltılabilir. Bu kapsamda primer koruma çocukluktan itibaren fiziksel aktivite, egzersiz, yeterli ve dengeli beslenme alışkanlıklarının kazandırılması; sigara, alkol gibi bağımlılık yapan zararlı alışkanlıklardan uzak durulmasını içermektedir.

İskelet büyümesi sırasında doruk kemik kütlelerine ulaşmak çok önemlidir. Vitamin D kalsiyum emiliminde, kemik sağlığı üzerinde, kas performansında ve düşme riskinin azalmasında majör rol oynar. Yeterli Ca, D vitamini ve protein içeren dengeli bir diyetin yanı sıra çocukluk ve adolesan dönemden itibaren kemiklere stres oluşturan düzenli fiziksel aktivite ve egzersiz de gereklidir (28). Düzenli fiziksel aktivite birçok sistem ve organ fonksiyonu üzerinde yararlı olmaktadır. Kemikler, kaslar, ligamentler ve tendonların kuvveti artar. Kardiyovasküler risk faktörlerini azaltır. Osteoporozu azaltır. Hareket sistemini güçlendirerek hareket özgürlüğünü, günlük işlerini yapabilme kapasitesini artırır. Düzenli fiziksel aktivite yapmamış yaşlı kişilerde dahi düzenli egzersiz programı ile yaşam kalitesi ve yaşam süresinin artırdığı gösterilmiştir (29). Bu yüzden çok erken yaşta fiziksel aktivitenin özendirilmesi ve bu konuda kişilerin bilgilendirilmesi gerekmektedir.

Sekonder Koruma

Rehabilitasyonda sekonder koruma erken tanı, uygun tedavi ve komplikasyonların sınırlandırılmasıyla oluşur. Sekonder önlemler, dengeyi bozacak ve düşmelere neden olacak faktörlerin ortadan kaldırılmasını, dengenin geliştirilmesi böylece düşmelerin ve düşmeye bağlı oluşabilecek problemlerin önlenmesini içerir.

Düzenli egzersiz programı östrojen artışı, insülin ve androjen gibi intrinsik endokrin faktörleri serbestleştirerek kemik ve kasın güçlenmesini sağlayarak kemik kitlesindeki kaybı yavaşlatır, kemik kütlelerini artırır ve kırığı önler. Ayrıca dengeyi sağlayarak düşmeleri önler, kardiyovasküler hastalık riskini azaltır, bazal metabolik hızı artırır/korur, enduransı artırır, ruhsal sağlığı korur (30). Karikanta ve ark. yaşlı yetişkinlerde düşme ve kırıkların önlenmesi için etkili fizik tedavi yaklaşımının denge ve kuvvetlendirme eğitimi kombinasyonunun olduğunu göstermiştir (31). Çok faktörlü koruyucu programların yüksek riskli popülasyonlarda etkili olabilmesi için, bireysel uyarlanmış önlemleri ve egzersiz bileşenini içermesi gerekir. Dengeyi geliştirerek düşmelerin önlenmesine yönelik uygun egzersiz.

Tablo 1. Yaşlılarda kullanılacak egzersiz çeşitleri ve reçetesi (33-35).

EGZERSİZ TİPİ	FREKANS	YOĞUNLUK	SÜRE	İLERLEME
Aerobik	Haftada 3 gün	MKH %50	20-30 dk	İki haftada bir %5 artırarak kademeli ilerleme ve %70 düzeyini aşmamalıdır
Kuvvetlendirme	Haftada 3 gün Her set 8-12 tekrar	1 MT'in %40-60	45-60 dk	1 MT'in %60-80'e çıkartılabilir
Germe	Haftada 2 ile 3 kez	Statik 15-60 sn	Minimum 10 dk her kas grubuna 4 ve üzeri tekrar	Tolerasyona göre tekrar sayısı ve süre kademeli olarak artırılmalıdır
Tai Chi Chuan	Haftada 7 kez	MKH %55	10 dk ısınma 40 dk TCC egzersizleri 10 dk soğuma Toplam 1 saat	Tolerasyona göre süre kademeli olarak artırılmalıdır
Klinik Pilates	Haftada 3 kez	MKH %40-60	20-30 dk	Tolerasyona göre tekrar sayısı ve süre kademeli olarak artırılmalıdır
Otago	Haftada 3 kez	%50-60	1 saat	Önce süre ve frekans artırılmalı, sonrasında hastanın durumuna göre istenen düzeye ulaşıldığında egzersiz şiddeti artırılmalıdır

MKH: maksimum kalp atım hızı; Dk: dakika; Sn: saniye; 1 MT: bir maksimum tekrar; TCC: Tai Chi Chuan

programı, aerobik egzersizleri, postür egzersizlerini, kuvvetlendirme ve fleksibilite egzersizlerini, denge ve yürüme eğitimlerini içermelidir. Dengenin geliştirilmesinde dinamik ve statik denge egzersizleri önemlidir (32). Uygun egzersiz programı iyi bir değerlendirme sonrasında kişiye özel olarak hazırlanmalıdır (Tablo 1). Yaşlılar için literatürde önerilen egzersizlerden 12 hafta boyunca düşük yoğunlukta uygulanan Thai Yoga'nın yaşlı erişkinlerde fiziksel işlevlerinde, sağlık ve iyilik hallerinde önemli iyileşmeler sağladığı gösterilmiştir (36). Granacher ve ark.'nın yaptıkları sistematik derlemede yaşlı erişkinlerde core stabilizasyon kuvvet eğitimi ve Pilates egzersiz eğitiminin güç, denge, fonksiyonel performans ölçümleri ve düşme yönünde olumlu bir etkiye sahip olduğu gösterilmiştir. Temel güç antrenmanının ve pilates egzersiz eğitiminin, yaşlılar için geleneksel denge ve direnç eğitim programlarına ek olarak kullanılabilirliği belirtilmiştir (37). Düşmelerin önlenmesi için öncelikle düşmeye neden olabilecek risk faktörleri belirlenmelidir. Yaşlılar bu riskler konusunda bilgilendirilmeli, yaşlı ve ailesi eğiti-

lerek çevredeki risk faktörleri önlenmeye çalışılmalıdır. Düşmeye neden olan dış etkenleri değerlendirilip uygun düzenlemelerin yapılması ile düşmede risk faktörü olan çevresel etmenler en aza indirgenerek yaşlının düşme riskini azaltılır ve yaşam kalitesini artırılır (Tablo 2) (38).

Tersiyer koruma

Rehabilitasyonda tersiyer koruma hastalık oluşuktan sonra meydana gelebilecek problemleri en aza indirmek ve hastayı bu durumuna alıştırarak yaşam kalitesinin arttırmak için alınması gereken önlemleri tanımlar. Denge problemleri sonrasında oluşan düşmelere bağlı kırık, yumuşak doku hasarı, beyin travması vb. durumlara yönelik ve sonrasında oluşabilecek düşme korkusuna karşı yapılan tedavileri ve alınacak önlemleri içerir. Ancak birincil ve ikincil koruma yöntemlerinin mümkün olduğunca erken dönemde uygulanması ve bu aşamaya gelmeden önlenmesi büyük önem taşımaktadır.

Tablo 2. Yaşlılarda düşme riskini azaltıcı ekstrinsik ve intrinsik faktörler (38-39).

Ekstrinsik Faktörler	Merdivenler	Basamakların aralıkları ve yükseklikleri eşit olmalı ve çıkıntılar ve uygunsuz basamak uygulamaları takılıp düşmeye neden olabileceği için olmamalıdır. Basamaklarda kaymayı engellemek için kaydırmaz malzemeler kullanılmalı, halı ve kilimler tercih edilmemelidir. Elektrik düğmeleri merdivenlerin başında ve sonunda uzanabilecek yükseklikte olmalıdır. Uzun merdivenlerde tutamak ve dinlenebilmek için alanlar olmalıdır.
	Antre	Mobilyalar, duvar boyunca ve köşelere yerleştirilmelidir. Askılar kolayca ulaşılarak eşyaların asılmasına olanak sağlamalıdır.
	Oturma Odası	Sandalye ve kanepeler rahatça oturup kalkılabilecek yükseklik ve derinlikte olmalıdır. Kolay yanmayan, kaygan olmayan kumaşlardan yapılmış canlı renklerdeki mobilya döşemeleri tercih edilmelidir. Kenarları kalkık, kıvrık ve göz yorucu şekilde karışık desenli halılar seçilmemeli, elektrik kabloları ve sehpa lar yürüme yi zorlaştıracak şekilde yerleştirilmemelidir.
	Yatak Odası	Yatak odası banyo ve tuvalete yakın planda olmalı, etrafta koltuk değneği, baston ya da tekerlekli sandalye ile dolaşımı engelleyecek eşyalar olmamalıdır. Yatak odasının aydınlanması iyi olmalı, yatak başı lamba kullanılmalıdır.
	Mutfak	Mutfak dolabı rafları kişinin kolayca uzanabileceği yükseklikte olmalıdır. Masa ayakları içeriye çıkıntılı olmalıdır. Çarpmaları önlemek için masa kenarları keskin olmamalıdır. Arıza anında tehlike oluşturmaması için otomatik gaz kesim sistemi olmalıdır.
	Banyo/Tuvalet	Banyo zemini kaymayı önleyici ve parlamayan malzemeden yapılmalıdır. Döşemeler ıslak bırakılmamalıdır. Duvarlara hareketleri kolaylaştırmak için yatay eksen de iyi sabitlenmiş tutunma barları konulmalıdır. Kaymayan terlikler kullanılmalıdır. Havalandırma sistemi rahatça ulaşılacak yükseklikte olmalıdır.
Intrinsik faktörler	Ayak sorunları ve ayakkabı seçimi	Ayak sorunları nedeniyle gelişen immobilité, yaşlıların sosyal yaşantılarını ve yaşam kalitelerini büyük oranda sınırlandırmaktadır. Bunu önlemek için kullanılan ayakkabıların uygunluğuna dikkat edilmelidir. Duyu kaybı, deformite, cilt hassaslaşması, nasır ve tırnak sorunlarında giyilecek ayakkabının bu durumlara uygun seçilmesi için gerekirse bir yardım alınması gerekmektedir. Yüksek topuklu ayakkabılardan kaçınılmalı, rahat, geniş, ince ve sert tabanlı, ayak bileğini saracak kadar yüksek boyunlu ayakkabılar seçilmelidir.
	Kullanılan İlaçlar	Benzodiazepinler ve diğer sedatif ilaçlar, antihipertansif, antidepresan gibi düşmeye neden olabilecek ilaçların kullanımında ve dörtten fazla ilaç kullanımında mümkün olan azaltmalar yapılmalıdır.
	Yardımcı cihazlar	Yardımcı cihaz kullanılarak eklemlere binen yük azaltılır, destek yüzeyi genişlediği için stabilite artar.
	Kıyafet seçimi	Takılıp düşmelere sebep olacak uzun, bol, kıyafetlerin, seçilmemesine dikkat edilmelidir.

Sonuç

Yaşlılarda düşme, yaygın olarak karşılaşılan bir problemdir ve genellikle intrinsik, ekstrinsik ve duruma bağlı faktörlerin kompleks etkileşimi sonucu meydana gelir. Düşme sonrasında kırık, bakım ihtiyacında artma, düşme korkusu, aktivite ve bağımsızlıkta azalma ve hatta ölüm görülebilmektedir. Yaşlılarda düşmelere neden olabilecek fizyolojik değişimlerin etkilerini en

aza indirebilmek için primer koruma, komplikasyonların sınırlandırılması için sekonder koruma ve kalıcı bozuklukları en aza indirmek ve yaşam kalitesini artırmak için tersiyer koruma yöntemlerinin mümkün olan en erken dönemde uygulanması bu yüzden büyük önem taşımaktadır. Bu makale, daha önce herhangi bir yaygın organında yayımlanmamıştır.

Kaynaklar

1. Beğer T, Yavuzer H. Yaşlılık ve yaşlılık epidemiyolojisi [Aging and aging epidemiology]. Klinik Gelişim [Clinical Development] 2012; 25(3):1-3.
2. Erbaş F, Akın A. Yaşlılık, sağlık ve kadın [Old age, health and woman]. Sağlık ve Toplum [Health and Society] 2008;18(3-4):1-10.
3. Chang M, Huang Y, Jung H. The effectiveness of the exercise education programme on fall prevention of the community dwelling elderly. Hong Kong Journal of Occupational Therapy 2011;21(2):56-63.
4. Terzi R, Terzi H. Geriatrik hastalarda tekrarlayan düşmeler ile ilişkili faktörler [Factors Associated with Recurrent Falls in Geriatric Patients]. FTR Bil Der [J PMR Sci] 2013;16(1):96-101.
5. Gökulu G, Uluocak Ş, Aslan C, Bilir O. Çanakkale merkezindeki 65 yaş ve üzeri yaşlıların yaşam kalitesini etkileyen faktörler [The factors affecting the quality of life among 65 years or older individuals living in the city center of çanakkale]. Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi [The Journal of International Social Research] 2014;7(34):666-677.
6. Günsoy G, Tekeli S. Nüfusun yaşlanması ve ekonomik büyüme ilişkisi: Türkiye üzerine bir analiz [Population aging and economic growth relation: An analysis on Turkey]. Amme İdaresi Dergisi [Journal of Amme İdaresi] 2015;48(1):35-87.
7. Pınar ŞE, Demirel G. Huzurevinde yaşayan orta yaş ve yaşlı bireylerde günlük yaşam aktiviteleri, öz-bakım gücü ve yaşam doyumunun incelenmesi [Daily Life Activities, Self-Care Ability and Life Satisfaction in Middle-aged and Elderly People Living in Nursing Homes]. Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi [Elderly Issues Research Journal] 2016;9(1):39-52.
8. Akın A. [Social Gender and Ageism]. Aslan D, Ertem M, editörler. Yaşlı Sağlığı Sorunlar ve Çözümler. 1. Baskı. Ankara: 2012.p.17-25.
9. Yıldırım B, Özkahraman Ş, Ersoy S. Yaşlılıkta görülen fizyolojik değişiklikler ve hemşirelik bakımı [Physiological Changes in Elderly and Nursing Care]. Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi [Journal of Duzce University Institute of Health Sciences] 2012;2(2):19-23.
10. Cronin H, Kenny RA. Biology and physiology of aging. In: Walsh TD, Caraceni AT, Fainsinger R, Foley K ve ark. Palliative medicine. Geriatrics, Chapter 203. First Edition, Philadelphia, Saunders. 2009: 1123-9.
11. Balaban Ö, Nacır B, Erdem HR, Karagöz A. Denge fonksiyonunun değerlendirilmesi [The evaluation of balance function]. Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Bilimleri Dergisi [Journal of Physical Medicine and Rehabilitation Sciences] 2009;12(3):133-139.
12. Ceceli E, Kocaoğlu S, Güven D, Okumuş M, Gökoğlu F, ve Yorgancıoğlu R. Geriatrik hastalarda denge, yaş ve fonksiyonel durum ilişkisi [Relation of Balance, Age and Functional Status in Geriatric Patients]. Türk Geriatri Dergisi [Turkish Journal of Geriatrics] 2007;10(4):169-172.
13. Onat ŞŞ, Özişler Z, Köklü K. Osteoporotik yaşlılarda denge bozukluğu [Balance disorders in the osteoporotic elderly]. Türk Osteoporoz Dergisi [Turkish Journal of Osteoporosis] 2013;19(3):87-9.
14. Pasquetti P, Apicella L, Mangone G. Pathogenesis and treatment of falls in elderly. Clin Cases Miner Bone Metab. 2014;11(3):222-5.
15. Al-Aama T. Falls in the elderly: spectrum and prevention. Can Fam Physician 2011;57(7):771-6.
16. Monica R.Perracini, Luiza F.Teixeira, Juliane L. A. Ramos, Raquel S. Pires, Myrian S. Najas. Fall-related factors among less and more active older outpatients. Rev Bras Fisioter 2011:1-7.
17. Atay E, Akdeniz M. Yaşlılarda düşme, düşme korkusu ve bedensel etkinlik [Falls in Elderly, Fear of Falling and Physical Activity]. GeroFam [Gerofam Medicine Journal] 2011; 2(1): 11-28.
18. Bruce J et al. The design and development of a complex multifactorial falls assessment intervention for falls prevention: The Prevention of Falls Injury Trial (PreFIT). BMC Geriatr 2017;17(1):116.
19. Deandrea S, Lucenteforte E, Bravi F, Foschi R, La Vecchia C, Negri E. Risk factors for falls in community-dwelling older people: a

- systematic review and meta-analysis. *Epidemiology* 2010;21(5):658-68.
20. Lord SR, Smith ST, Menant JC. Vision and falls in older people: risk factors and intervention strategies. *Clin Geriatr Med*. 2010;26(4):569-81.
 21. Çınarlı T, Koç Z. 65 yaş ve üzeri yaşlılarda düşme risk ve korkusunun günlük yaşam aktiviteleri ve yaşam kalitesi üzerine etkisi [Effect Of Risk And Fear Of Falling On Quality Of Life And Daily Living Activities In Elderly Over 65]. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*[Gümüşhane University Journal of Health Sciences] 2015;4(4):660-679.
 22. Smith AA, Silva AO, Rodrigues RA, Moreira MA, Nogueira JA, Tura LF. Assessment of risk of falls in elderly living at home. *Rev Lat Am Enfermagem* 2017;25(1):27-54.
 23. Oh-Park M, Xue X, Holtzer R, Verghese J. Transient versus persistent fear of falling in community-dwelling older adults: incidence and risk factors. *J Am Geriatr Soc*. 2011;59(7):1225-31.
 24. Scheffer AC, Schuurmans MJ, Van Dijk N, Van der Hooft T. Fear of falling: measurement strategy, prevalence, risk factors and consequences among older persons. *Age Aging* 2008; 37(1):19-24.
 25. Greenberg SA. Analysis of Measurementtools of fear of falling for high-risk, community dwelling older adults. *Clin Nurs Res* 2012;21:113-30.
 26. Park JH, Cho H, Shin JH, Kim T, Park SB, Choi BY, et al. Relationship among fear of falling, physical performance, and physical characteristics of the rural elderly. *Am J Phys Med Rehabil* 2014;93(5):379-86.
 27. Austin N, Devine A, Dick I, Prince R, Bruce D. Fear of falling in older women: a longitudinal study of incidence, persistence, and predictors. *J Am Geriatr Soc* 2007;55:1598-1603.
 28. Dohrn IM, Hagströmer M, Hellenius ML, Stahle A. Gait Speed, Quality of Life, and Sedentary Time are Associated with Steps per Day in Community-Dwelling Older Adults with Osteoporosis. *J Aging Phys Act*. 2016;24(1):22-31.
 29. Soyuer F, Soyuer A. Yaşlılık ve fiziksel aktivite [Older adults and physical activity]. *İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi [J Turgut Ozal Med Cent]* 2008;15(3):219-224.
 30. Eskiuyurt N. Osteoporoz rehabilitasyonunda fiziksel aktivite ve beslenme [Physical Activity and Nutrition in Osteoporosis Rehabilitation]. *Türkiye Klinikleri Jinekoloji Obstetrik Özel Dergisi [Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst- Special Topics]* 2009;2(3):95-100.
 31. Karinkanta S, Piirtola M, Sievanen H, Uusi-Rasi K, Kannus P. Physical therapy approaches to reduce fall and fracture risk among older adults. *Nat Rev Endocrinol* 2010; 6(7):396-407.
 32. Chang YC, Wang JD, Chen HC, Hu SC. Aerobic-synergized exercises may improve fall-related physical fitness in older adults. *J Sports Med Phys Fitness* 2017; 57(5):660-669.
 33. Sherrington C, Tiedemann A, Fairhall N, Close JC, Lord SR. Exercise to prevent falls in older adults: an updated meta-analysis and best practice recommendations. *N S W Public Health Bull*. 2011;22(3-4):78-83.
 34. Bouaziz W, Vogel T, Schmitt E, Kaltenbach G, Geny B, Lang PO. Health benefits of aerobic training programs in adults aged 70 and over: a systematic review. *Arch Gerontol Geriatr*. 2017;69(1):110-127.
 35. Lee PG, Jackson EA, Richardson CR. Exercise Prescriptions in Older Adults. *Am Fam Physician* 2017; 95(7):425-432.
 36. Noradechanunt C, Worsley A, Groeller H. Thai Yoga improves physical function and well-being in older adults: A randomised controlled trial. *J Sci Med Sport* 2017;20(5):494-501.
 37. Granacher U, Gollhofer A, Hortobágyi T, Kressig RW, Muehlbauer T. The importance of trunk muscle strength for balance, functional performance, and fall prevention in seniors: a systematic review. *Sports Med* 2013;43(7):627-41.
 38. Boylu AA. [The Relationship Between Housing And Quality Of Life In Older Ages]. *Toplum ve Sosyal Hizmet* 2013;24(1):145-156.
 39. Almeida ST, Soldera CL, Carli GA, Gomes I, Resende T de L. Analysis of extrinsic and intrinsic factors that predispose elderly individuals to fall. *Rev Assoc Med Bras* 2012; 58(4):427-433.

Engellere Rağmen Cinsellik: Zihinsel Yetersizliğe Sahip Olan Bireylerde Cinsellik

Sexuality Despite Obstacles: Sexual Behavior of Individuals with Mental Disability

Nur Elçin BOYACIOĞLU^a, Zeynep Dilşah KARAÇAM,^b Neslihan KESER ÖZCAN^c

ÖZ Bu derlemede öncelikle zihinsel yetersizliğe sahip olan bireylerin tanımı, tanımlamada kullanılan kavramlar, sınıflandırılması, dünyada ve ülkemizdeki mevcut durum, bu alanda yapılan çalışmalardan bahsedilerek cinsellik konusunda bilgiler verilecek, ardından da bu kişilerin cinsel yaşamlarında karşılaştıkları zorluklar, bunların nedenleri ve sağlık profesyonellerinin üzerine düşen görevler mevcut çalışmalar ışığında gözden geçirilecektir. Bu derleme ile konu ile ilgili eğitim ve müdahale programlarında konunun öneminin kavranmasına katkı sağlamak amaçlanmıştır.

Anahtar Kelimeler: cinsel davranış, sağlık profesyoneli, zihinsel engel, zihinsel yetersizlik

ABSTRACT This review will first try to explain the definition of mental disability in individuals, the concepts used in this definition, how these individuals are classified, the current situation in the world and in Turkey as well as the studies done in this area. Furthermore the difficulties they encounter in their sexual lives, the reasons for these difficulties and the duties of the health professionals will be reviewed in the light of the literature. This review also aims to contribute to the educational and interventional programs in terms of understanding the importance of this subject.

Key words: Health professionals, mental deficiency, mental disability, sexual behavior

Giriş

Cinsellik; iki karşı cins arasında ilgi, yakınlık, sevgi, istek, zevk ve üreme sağlayan düşünsel, duygusal, davranışsal ve sosyal bir etkileşimdir (1). Cinsellik yaş, cinsiyet veya gelişim düzeyi gözetmeksizin önemli bir insan hakkıdır ve cinsellik sadece cinsel ilişkiden oluşmamaktadır. Zihinsel Yetersizlik (ZY)'e sahip olan bireylerin cinsellik yaşamaları en temel haklarından biridir. Genel olarak ZY'ye sahip olan bireylerin cinselliğine ön yargı ile yaklaşmakta ve ZY'ye sahip olan bireylerin cinsel ilişki yaşamadığı düşünülmektedir. Oysaki ZY'ye sahip olan bireylerin de cinsel gereksinimleri vardır ve cinsellik ZY'ye sahip olan bireyler için de önemlidir (2). Bu derlemenin amacı zihinsel yetersizliği olan bireylerin cinsellikleri hakkında bilgi verilerek, sağlık profesyonelleri üzerine düşen görevleri belirlemektir.

Zihinsel Yetersizlik Tanımı ve Sınıflandırılması

Zihinsel Yetersizlik doğum öncesi, doğum sırası veya doğum sonrasında çeşitli sebeplerden dolayı genel zihinsel işlevlerde önemli ölçüde gerilik, tutukluluk olarak açıklanabilir. Bu gelişim geriliğinden dolayı adaptasyon, uyum, kendilik değerlerinde problem yaşanmaktadır (3). Bu bireylerde konuşma, hafıza, akıl yürütme, karar verme, odaklanma, kendi değer ve özelliklerinin farkında olma gibi kognitif fonksiyonlarda gözle görülür bozuklukları tespit etmek mümkün olduğu gibi özellikle hafıza ve dikkati

toplamadaki sorunlar göze çarpmaktadır. Bu sorunlar bireyin hem özel hem sosyal yaşamını oldukça güçleştirmektedir (3,4). Sağlık Bakanlığı tarafından zihinsel yetersizlik gruplarını belirlemek adına bir sınıflama yapılmıştır: Bu sınıflamada sınır mental kapasite (Intelligence Quotient (IQ) 70-80), hafif (IQ=50- 69), orta (IQ=35-49), ağır (IQ=20-34) ve çok ağır (IQ<20) (5) şeklinde gruplanmıştır. Amerikan Psikiyatri Birliği tarafından yayınlanan, Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı'nın (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition-DSM-V) Tanı Ölçütleri Başvuru El Kitabı'nda zeka yetersizlik grupları testlerden elde edilen zeka puanına göre değil, uyumsal niteliğe göre değerlendirilmektedir (6). Sınır mental kapasite ve hafif olarak değerlendirilen bireyler, eğitilebilir grupta; orta düzeyde değerlendirilenler öğretilebilir grupta yer alır. Ağır ve çok ağır olarak değerlendirilenler ise ileri düzey engeli ifade eder. Sağlık profesyonelleri ZY'ye sahip bireylere eğitim verirken, bireyin engel derecesinin ne olduğunu göz önünde bulundurmalıdırlar. Eğitilebilir veya öğretilebilir olma durumuna göre, verecekleri eğitimi yapılandırmalıdırlar (7).

Yetersizliğe Sahip Bireyi Tanımlarken Kullanılan Kavramlar

Alan yazın incelendiğinde, ZY'ye sahip olan bireyleri tanımlamak için pek çok terim kullanıldığı belirlen-

Geliş Tarihi/Received:13-02-2017/ Kabul Tarihi/Accepted:27-11-2017

^aArş.Gör. Dr. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü, e-mail: bdrgl_nr@hotmail.com

^bEbelik Öğrencisi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü, zeynep_karacam@windowlive.com,

^cDoç. Dr. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü, neslihan_keser@hotmail.com.

Sorumlu yazar /Correspondence: Arş.Gör. Dr. Nur Elçin Boyacıoğlu, e-mail: bdrgl_nr@hotmail.com

Tablo 1. Kronolojik Olarak Dünyada ve Ülkemizde Zihinsel Yetersizliği Olan Bireylerin Tanımlanması

Dünyada zihinsel yetersizliği olan bireylerin tanımlanmasında sık kullanılan terimler	Yılı
İdiot (Idiocy)	13. yy
Zeka eksikliği (Mental deficiency)	1876
Moron (Moron)	1912
Zeka geriliği (Mental retardation)	1970
Embecil (Embecil)	1938
Zihinsel yetersizlik (Intellectual disability)	2010
Zihinsel gelişim bozukluğu (Intellectual developmental disorder)	2012
Anlıksal Yetiyitimi (Intellectual Disability)	2014
Ülkemizde zihinsel yetersizliği olan bireylerin tanımlanmasında sık kullanılan terimler	
Zihin engelli, zihin özürlü, zihinsel özürlü	
Zihinsel yetersizlik, zihinsel işlevlerde yetersizlik, zihin yetersizliği	

miştir ve bunların hangisinin doğru kullanım olduğunu bulmakta zorluklar yaşanmaktadır. Cavkaytar ve ark. (8) özel gereksinim tanımının, yaşanan dönemin sosyokültürel, ekonomik, siyasi özellikleri ve dünyada yaşanan teknolojik ve bilimsel gelişmelerden etkilendiğini belirtmektedir. Bu çocukları tanımlamak için dünyada “İdiot (Idiocy-13. yy)”; “Zeka eksikliği (Mental deficiency- 1876)”; “Moron (Moron- 1912)”; Zeka geriliği (Mental retardation- 1970)”; “Embecil (Embecil- 1938)”; “Zihinsel yetersizlik (Intellectual disability- 2010); ve Zihinsel gelişim bozukluğu (Intellectual developmental disorder- 2012) kavramları kullanılmaktadır (5). DSM V Türkçe çevirisinde de ‘Anlıksal Yetiyitimi (Intellectual Disability) ’ olarak yer almaktadır (6). Ülkemizde ise sıklıkla “zihin engelli”, “zihin özürlü” ve “zihinsel özürlü”, “zihinsel yetersizlik”, “zihinsel işlevlerde yetersizlik” ve “zihin yetersizliği” gibi farklı terimler kullanılmaktadır. Kronolojik olarak dünyada ve ülkemizde zihinsel yetersizliği olan bireylerin tanımlanmasına ait bilgiler, Tablo 1’de sunulmaktadır. Yapılan tüm farklı tanımlara rağmen Türkiye’de alanyazında güncel olarak kullanılan terim ve tanım Özel Eğitim Hizmetleri (ÖEH) Yönetmeliği’nde (2012) yer alan “zihinsel yetersizliği olan birey” terimi ve tanımıdır (5). Bu nedenle bu çalışmada “zihinsel yetersizlik” kavramının kullanılması uygun görülmüştür.

Ülkemizde ve Dünyada Zihinsel Yetersizliğe Sahip Bireylere Yönelik Mevcut Durum

Dünya Sağlık Örgütü ve Dünya Bankası’nın sunduğu (2010) dünya nüfus tahminlerine göre Dünya Engellilik Raporu’na göre, bir milyardan fazla insanın,

diğer bir deyişle dünya nüfusunun yaklaşık yüzde 15’inin bir tür engellilik ile yaşadığı tahmin edilmektedir (9). Ülkemizde yapılan Türkiye Özürlüler Araştırması’nın (2002) sonuçlarına göre, engelli olan nüfusun, toplam nüfus içindeki oranının %12,29’dur. Ülkemizdeki engelliler nüfusu arasında zihinsel engellilik düzeyi %0,48’dir. Bunların %0,42’si 0-9 yaş; %0,58 10-19 yaş; %0,65 20-29 yaş; %0,54 30-39 yaş; %0,39 40-49 yaş; %0,27 50-59 yaş ve %0,31 70 ve üzeri yaş arasındadır. Bunların da %0,58 erkek ve %0,38 kadındır. ZY’ye sahip olan bireylerin %20,54’ü eğitilebilir, %26,49’u öğretilebilir, %18,32’si ağır, %19,66’sı çok ağır olarak dağılım göstermektedir (10). Engelli bireyler ile ülkemizde yürütülen güncel çalışma ise 2015 yılında TÜİK (Türkiye İstatistik Kurumu) tarafından yapılmıştır. TÜİK, genel nüfusa göre yoksulluk ve sosyal dışlanma riski yüksek olan grubu kırılğan nüfus olarak tanımlamış ve engelli nüfusunu da bu gruba dahil etmiştir. Elde edilen verilere göre zihinsel engelli olan nüfusun 482.361 olduğu bildirilmiştir (11).

Zihinsel Yetersizlik ile İlgili Yapılan Çalışmalar

Alan yazın incelendiğinde, ZY’ye sahip olan bireyler ile yapılan çalışmalar daha çok iki grup üzerine yoğunlaşmaktadır. Bunlardan biri ZY’ye sahip olan bireyin ebeveynleri ile yürütülen çalışmalardır (3,12) diğeri ise engelli olan birey ile yürütülen çalışmalardır (13-15). Bunların arasında bir derecelendirme yaparsak en çok ebeveynlerle ilgili çalışmalara ulaşılmakta olup, bu çalışmalar en fazla anneler ile yürütülmüştür. Literatürde ebeveynler ile yürütülen çalışmalarda en sık karşılaşılan konu başlıkları depresyon ve kaygı (3,16); aile içi şiddet; (17) sosyal destek; (18,19) tükenmişlik ve stresle başa çıkma tarzı (20,21) ile ilgili çalışmalardır. ZY’ye sahip olan bireylerde cinsellikle ilgili çalışmalar ise ihmal edilen konulardan birisidir (1,2,7,22-25).

Zihinsel Yetersizliğe Sahip Bireylerin Cinsel Yaşama İlişkin Problem Yaşama Nedenleri

Cinsellik, insan hayatında önemli bir yer tutar (25). Sağlıklı cinsellik, sadece sağlıklı cinsel gelişimle mümkün olmaktadır. Normal bireylerde bu süreç normal gelişimin bir parçası olarak devam ederken, ZY’ye sahip olan bireyler de bu konuda bazı zorluklarla karşı karşıya kalınmaktadır (26). Engelli bireylere bakış açısı; ailelerin çocuklarının cinselliği hakkında bilgi verme konusundaki çekimserliği, cinselliklerini kısıtlayıcı girişimlerde bulunmaları (cinsellik için özel bir alanın sağlanmaması gibi); engelli olmanın getirdiği zorluklar; sosyal ortamda engellilere bakış açısı, ailenin gelir seviyesi ve bireyin

engellilik düzeyi sorunların başlıca nedenleri arasındadır (7,13,24). Türkiye’de pek çok ebeveyn, ZY’ye sahip olan bireylerine yanlış bilgi ve deneyim vereceğinden endişe duyup bu konuda hiçbir şey yapmamaktadırlar. Bu nedenle bireylerin cinsel eğitimlerini görmezden gelmektedirler (27). Engelli olmanın getirdiği zorluklara bakacak olursak, ZY’ye sahip olan bireyler hastalığın doğası gereği, dikkat eksikliği, yargılama ve sorgulama becerilerinde yetersizlik, gerçeği değerlendirmede birtakım zorluklar yaşamaktadırlar (3,4). Bu durum da onların sosyal yaşama yeterince katılamamalarına neden olmaktadır. Böylece ZY’ye sahip olan bireyler normal gelişim gösteren akranlarından çok az bilgi alma fırsatı yakalayabilmekte, gözlem yapma ihtimali düşük olmakta ve bunun sonucunda da uygun sosyal ve cinsel davranışlar sergileyememektedirler (28). Bu nedenlerden dolayı pek çok ZY’ye sahip olan birey, uygun cinsel partner bulamamaktadırlar. Buldukları zaman ise ilişkiye genellikle pasif olarak katılmaktadırlar (13). Bununla birlikte ZY’ye sahip olan bireyler de akranları gibi hem aşık olabilecekleri hem de kendilerine bakabilecek olan bir eş hayal ettikleri literatürde belirtilmektedir (13,29,30).

Zihinsel Yetersizliğe Sahip Bireylerin Cinsel İhtiyaçları ve Bu Sorunları Gidermeye Çalışırken Karşılaştıkları Sorunlar

ZY’ye sahip olan bireyler, cinsellik açısından akranlarından çok farklı problemler yaşamamaktadırlar. Ancak yaşadıkları problemlerin oranı, akranları ile karşılaştırıldığında daha yüksek kalır (13,31). Örneğin, bu kişilerin akranlarından daha çok cinselliğe yatkın oldukları sanılır. Fakat ZY’ye sahip olan bireyler, toplum içerisinde cinsellik ile ilgili davranışları kontrol edemedikleri, nerede ve ne zaman, ne yapmaları gerektiğini belirleyemedikleri için yanlış bir düşünceye varılmaktadır (32). Bu bireyler kendilerine gösterilen ilgiye aşırı sevgiyle tepki vermektedirler. Cinsel ilişki için yapılacak bir teklifi cinsel olarak sömürüleceklerini bilmeden kabul edeceklerdir (7,24). Diğer sorunlar ise aşırı masturbasyon, evlenme isteği, karşı cinse cinsel dokunma eğilimi, ergenlikteki fiziksel değişime uyum sorunu, cinsel dürtüleri kontrol edememe ve cinsel istismar olarak sıralanabilir (22).

Cinsel istismar, ZY’ye sahip olan bireylerin yaşamını etkileyen en travmatik durumlardan birisidir ve bu bireyler, tüm cinsel istismar olguları göz önüne alındığında, en yüksek risk grubunu oluşturmaktadır. ZY’ye sahip olan bireylerin cinsel istismar oranları geniş bir yelpazede yer almaktadır. Gürol ve ark. (33) çalışmasında bu oranın %2 ile %62 arasında olduğunu

belirtilmektedir. Benzer şekilde, konu ile ilgili yapılan çalışmalarda ZY’ye sahip olan bireylerin, cinsel istismara maruz kalma sıklığı normal gelişim gösteren yaşlılarına göre iki veya üç kat daha fazla olduğu belirtilmektedir (13,33-35). Yaşanan tüm bu sorunlar neticesinde gebelik, jinekolojik problemler, cinsel yolla bulaşan hastalıklar, travma sonrası stres bozukluğu, sosyal izolasyon, intihar davranışı ve hatta ölüm gibi kötü sonuçlar görülmektedir (33).

Zihinsel Yetersizliğe Sahip Bireylerde Cinsellik İle İlgili Başvurulan Yöntemler

ZY’ye sahip olan bireylerin cinselliği hakkındaki görüşler genel olarak ikiye ayrılmaktadır. Bu bireylerin cinsel gelişimlerini önlemeye çalışan birinci görüşe göre, ZY’ye sahip olan bireylerin cinsellik hakkındaki bilgileri ne kadar az olursa o kadar iyi olduğu görüşüdür. Bu görüş “cinselliğin bir insan hakkı olması” bakımından eleştirilmektedir. Diğer görüş her insan gibi ZY’ye sahip olan bireylerin cinselliği yaşamaya hakları olduğunu savunur (7,36).

Dünyada ZY’ye sahip olan bireylerin cinsel eğitimlerinde çeşitli yaklaşımlarda bulunmaktadır. Bunların bir kısmı ülkemizde de sistematik olmayan yöntemlerle uygulanmaktadır. Bu yöntemler ilaç uygulaması (davranış kontrolü sağlayan ilaçlar), karşı cinsle ilişkiyi sağlamak ve masturbasyondur (7). İlaç uygulaması, ergenlik çağındaki ZY’ye sahip olan bireylerin cinsel davranışlara yönlendiren hormonların salgılanma düzeyini düşürmek için düzenli biçimde ilaç vermektir. Ergenlik çağındaki ZY’ye sahip olan bireylere verilen ilaçlar sırasıyla antipsikotikler, antidepressanlar ve benzodiyazepinlerdir. Bu ilaçlar ergenin içindeki heyecanı azaltması bakımından etkili olmakla birlikte içindeki enerjiyi de büyük ölçüde azaltacağı için neşesinde mutluluğunda da azalmalara yol açabilmektedir. Aileler ilaçların uzun vadede ne gibi sonuçları olacağını bilerek ya da bilmeyerek bu ilaçları çocuklarıyla olan çatışmalarını aza indirmek amacıyla çocuklarına vermektedirler (7). Karşı cinsle ilişkiyi sağlamak, cinsel ihtiyaçların ZY’ye sahip olan bireylerin karşı cinsle ilişkiye girerek giderilmesi görüşüdür. Bu görüşü savunan Almanya’da, ailelerinde onayı alınarak ve doğum kontrol yöntemleri uygulanarak karşı cinsle belirlenen bazı mekânlarda kontrollü olarak cinsel ihtiyaçların giderilmesi benimsenmiştir. Ülkemizde ZY’ye sahip olan bireylere bu hizmeti para karşılığı veren (genelev) yerlere götürerek ya da eve çağrılan karşı cinsle etkileşmesini sağlamak biçiminde uygulandığı bilinmektedir. Sonrası düşünülmeden yapılmaya başlanan bu uygulama daha sonra aileleri zor duruma düşürebildiği gibi çocukla ebeveyn etkileşiminin de

bozulmasına neden olabilmektedir. Çünkü çoğu zaman bu şekilde giderilen cinsel ihtiyaçların daha sonra devam ettirilmek istenen bir istek ortaya çıkarması kaçınılmazdır. Bu isteğin giderilmesini engelleyen unsur olarak ebeveyn görüldüğünde çocukla ailesi arasında çatışma oluşmaktadır. Aile bu tür bir yaklaşımı sürdürmede maddi sorunlar yaşamasa dahi işin sağlık ve psikolojik boyutları düşünüldüğünde kaygı yasaması kaçınılmazdır (7,37).

Zihinsel Yetersizliğe Sahip Bireylere Yönelik Cinsel Eğitim ve Sağlık Profesyonellerinin Görevleri

Zihinsel olarak problem yaşayan bireylerin, duygusal olarak da yetersiz olduğu düşünülmemelidir. Herkes gibi bu bireyler de karşı cinse ilgi duyabilir, sevebilir ve cinsellik yaşayabilir. Ne kadar engellenmeye çalışılsa da, hormonların getirdiği ruhsal ve bedensel değişiklikler mutlaka yaşanacaktır. Bu yüzden cinselliklerinin farkına varmaları engellenemez. Bu, normal bir süreçtir. Pek çok ZY'ye sahip olan birey, cinsel davranışların, yeri ve zamanı olduğunu öğrenebilecek kapasiteye sahiptir. Ancak bu eğitim ile mümkündür (36). Bu eğitimlerde ebeveynler ve sağlık profesyonellerinin bir takım rolleri vardır.

Ebeveynler, ZY'ye sahip olan çocuğu olsun veya olmasın tüm çocuklar için en uygun danışma kaynağıdır. Çocuğa ilk bilgileri vermek, çocuğu konuya yaklaştırmak, diğer bilgi kaynaklarından öğrendiklerini kontrol altında tutmak anne-babanın sorumluluğudur. Her bireyin kendi cinselliğiyle ilgili bir takım soruları ve sorunları olacaktır. Ebeveynler çocuklarının cinsel gelişimi hakkında bilgi sahibi olmalı; bunun yanında çocuğun gelişim ve gereksinimlerine uygun tutum ve davranışları benimsemelidirler (38).

Cinsellik eğitimi ile ilgili güncel bir makalede, ZY'ye sahip olan bireyler için verilen eğitimlerde kullanılan yöntemlerden hangisinin daha etkili olduğu hakkındaki bilimsel bilgilerin yetersiz olduğu belirtilmiştir. Ele aldıkları çalışmaların çoğunda cinsellikle ilgili ne öğretildiği, niçin öğretildiği ve nasıl öğretildiği hakkında yeterli bilgiye ulaşamadıklarını bildirmişlerdir. Aynı çalışmada, inceledikleri çalışmaların çoğunun cinsellik eğitiminin bireylerdeki bilgi, tutum ve becerileri nasıl etkilediğine odaklandıkları belirtilmiştir (13). ZY'ye sahip olan bireylerin cinselliği ile ilgili mevcut yapılan eğitim çalışmalarında, daha çok cinsel organların temizliği, güvenli cinsel ilişki, cinsel yolla bulaşan hastalıklardan korunma ve istenmeyen gebelik konularına odaklanılmaktadır (2,22,29,33). Son çalışmalarda bu eğitimlerin daha etkili olabilmesi için

online ilişkiler (gerçek hayatta evden çıkıp sosyalleşemeyen bireyler için); sosyal medya ve ebeveynlik konularının da eklenmesi gerektiği belirtilmektedir (13,39).

ZY'ye sahip olan bireylerin ve ailelerinin sorunlarını çözmek, sorunların giderilmesine yönelik gerekli eğitimleri planlamak ve uygulamak ancak multidisipliner bir ekip ile mümkündür. Bu ekip, özel eğitim öğretmenleri, hemşireler, ebeler ve diğer sağlık profesyonellerini içermelidir (2,7,40). Her ekip üyesinin toplum sağlığını koruma, geliştirme görev ve sorumlulukları konusunda farklı rolleri bulunmaktadır. Sağlık profesyonellerinin üzerine düşen en büyük görev ise cinsel sağlığı geliştiren eğitimler vermektir.

Özellikle ruh sağlığı alanında çalışan hemşirelerin ZY'ye sahip olan bireylerin cinselliği ve ilişki sorunlarına karşı yükümlülükleri vardır. ZY'ye sahip olan bireyler ile karşılaştıklarında, cinsel ilişki ve ilişkiyi yerine getirme konusundaki duyguları, inançları ve istekleri hakkında konuşmalıdırlar. Ayrıca, toplumumuzda zaten savunmasız olan bu grubun ayrımcılığa uğramaması, ihmalden uzaklaştırılması, marjinalleştirilmesi ve acı çekmesinde daha fazla artış olmamasına özen gösterilmelidir.

KAYNAKLAR

1. Cumurcu Elbozan B, Karlıdağ R, Almış Han B. Fiziksel Engellilerde Cinsellik [Sexuality among People with Physical Disability]. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*; 2012; 4(1): 84-98.
2. Cangöl E, Karaca P, Aslan E. Engelli Bireylerde Cinsel Sağlık. *Androloji Bülteni* 2013; 53: 141-146.
3. Aydın Ş. Fiziksel ve/veya Zihinsel Engelli Çocuk Annelerinin Depresyon Düzeylerinin İncelenmesi [Evaluation of mental and/or physically disabled children's mothers' level of depression]. Yüksek Lisans Tezi, Üsküdar Üniversitesi, İstanbul, 2016.
4. Öngün B. Zihinsel Engellilerle Çalışmada Aile İle İşbirliğinin İdareci Açısından Faydaları. Yüksek Lisans Tezi, Okan Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2011.
5. ÖEH Özel Eğitim Hizmetleri Yönetmeliği 2012. 3 Şubat 2017 tarihinde T.C. Milli Eğitim Bakanlığı Özel Eğitim ve Rehberlik Hizmetleri Genel Müdürlüğü: http://orgm.meb.gov.tr/meb_iys_dosyalar/2012_10/10111226_ozel_egitim_hizmetleri_yonetmeli_2012.pdf
6. Amerikan Psikiyatri Birliği (2013). Beşinci Baskı (DSM-5), Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı'ndan, çev. Köroğlu E, Hekimler Yayın Birliği, Ankara, s. 234.

7. Bilgiç E. Zihinsel Engelli Ergenlerin Annelerinin Cinsel Eğitimle İlgili Görüşleri [Get mother's opinion about mental handicapped adolescents sexual education]. Yüksek Lisans Tezi, Nişantaşı Üniversitesi, İstanbul, 2015.
8. Cavkaytar A, Melekoğlu M, Yıldız G. Geçmişten Günümüze Özel Gereksinimli Olma ve Zihin Yetersizliği: Dünya'da ve Türkiye'de Kavramların Evrimi Special [Needs and Intellectual and Developmental Disability from Pass to Present: The Evolution of Terminologies in the World and Turkey]. Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi; 2014; 8(3): 111-121.
9. Mathers C, Fat DM, Boerma JT. The Global Burden of Disease: 2004 Update World Health Organization, 2008.
10. Başkanlığı BÖİ. Türkiye özürülüler araştırması. Özürülüler İdaresi Başkanlığı Yayını. Ankara, 2002.
11. TÜİK. Nüfus ve Konut Araştırması, 2011. 3 Şubat 2017
<http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=15843>
12. Ünal N. Zihinsel Engelli Çocukların Annelerinin Çocuk Yetiştirme Tutumları ile Normal Gelişim Gösteren Çocukların Zihinsel Engelli Kardeşlerine Yönelik Davranışlarının İncelenmesi [The study of child rearing attitudes of the mothers with mentally retarded children and behaviours of children with normal development to the mentally retarded sibling]. Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi, Ankara, 2009.
13. Schaafsma D, Kok G, Stoffelen JMT, Curfs LMG. People with Intellectual Disabilities Talk About Sexuality: Implications for the Development of Sex Education. Sex Disabil.; 2017; 35(1): 21-38.
14. Yavuz F. Zihinsel Engelli Çocuğu Olan Ailelerin Karşılaştıkları Sosyal Dışlanma Sorunsalı Üzerine Bir Araştırma [Survey about the social exclusion issue in parents with mentally disabled children]. Yüksek Lisans Tezi, Muğla Sıtkı Kocaman Üniversitesi, Muğla, 2016.
15. Koçak E. Zihinsel Engelli Ergenlerde Sportif Rekreasyon Aktivitelerinin Benlik Saygısına Etkisi [The effects of sportive recreation activities on self-esteem in adolescents with mental disability]. Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi, Konya, 2016.
16. Sertel M, Şimşek TT, Yümin ET, Bayraktaroğlu F. Kronik Engelli Çocuğa Sahip Annelerde Vücut Algısı, Depresyon Düzeyi Ve Yaşam Memnuniyeti Arasındaki İlişkinin İncelenmesi [The Investigation Of Relation Between Body Image, Depression Level And Life Satisfaction In Mothers Who Have Chronically Disabled Children]. Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi; 2016; 37: 33-50.
17. Duru S. Zihinsel Engelli Çocuğa Sahip Ailelerde Kadına Yönelik Aile İçi Şiddetin İncelenmesi [Investigation of domestic violence against women in families of children with mental disabilities]. Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi Üniversitesi, Ankara, 2016.
18. Akın SM. Zihinsel Engelli Çocuğa (7-21 yaş arası) Ebeveynlerinin Sosyal Destek Algılarının İncelenmesi/ Isparta İl Merkezi Örneği. Yüksek Lisans Tezi, Süleyman Demirel Üniversitesi, Isparta, 2015.
19. Ersoy Ö, Çürük N. Özel Gereksinimli Çocuğa Sahip Annelerde Sosyal Desteğin Önemi [The Importance of Social Support for the Mothers of the Children Who Have Special Needs]. Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi; 2009; 11(5): 104-110.
20. Duran S, Barlas GÜ. Zihinsel Engelli Bireylerin Ebeveynlerinin Öznel İyi Oluş, Öz Duyarlık ve Tükenmişlik Düzeylerinin Belirlenmesi [Determination of subjective well being, self compassion and burnout levels of the parents with mentally disabled children]. Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi; 2014; 7(3): 69-79.
21. Şengül S, Baykan H. Zihinsel Engelli Çocukların Annelerinde Depresyon, Anksiyete ve Stresle Başa Çıkma Tutumları [Depression, Anxiety, Stress Coping Strategies of the Mothers of Mentally-Disabled Children]. Kocatepe Tıp Dergisi; 2013; 14(1):30-39.
22. Er Konuk R, Büyükbayraktar Girgin B, Kesici Ş. Özel Eğitime İhtiyacı Olan Öğrencilere Yönelik Cinsel Eğitim Programının Geliştirilmesi [Developing a sexual education program for students with special education needs]. Turkish Journal of Education; 2016; 5(4): 224-234.
23. Gümüş SS, Altınsoy M. Hatay Okullarında Engellilerin Cinsel Eğitimi Durum Değerlendirmesi [A Case Analysis of Sex Education in Hatay Schools]. Adnan Menderes Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi; 2015; 6(1): 63-72.
24. Yurdakul A. Engelli Ergenler ve Cinsel Eğitim. İlk Işık Dergisi 1999; 1(1): 1-7.
25. Bilge A, Baykal Z. Zihinsel Engelli Bireyler ve Cinsellik. Öz-Veri Dergisi; 2008; 5(2): 13-20.
26. Küçük S. Hafif Zihinsel Engelli Çocuklar ve Ebeveynlerinde Cinsel İstismardan Korunma Konusunda Farkındalık Yaratma. Yayınlanmamış Doktora Tezi, Erciyes Üniversitesi, Erciyes, 2012.
27. Sayın U. Zihinsel Engelli Çocuğa Sahip Ebeveynler ile Normal Gelişim Gösteren Çocuğa Sahip Ebeveynlerin 7-15 Yaş Arası Çocuklarının Toplumsal Cinsiyet Rollerine Yaklaşım ve Görüşlerinin İncelenmesi [Review of approaches and

opinions of parents who have mentally disabled children and who have normally developed children between ages of 7-15 regarding gender roles of their children]. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Ankara, 2007.

28. Kijak RJ. A Desire for Love: Considerations on Sexuality and Sexual Education of People With Intellectual Disability in Poland. *Sex Disabil.* 2011; 29(1): 65-74.

29. Rojas S, Haya I, Lázaro Visa S. ‘My Great Hope in Life Is to Have a House, a Family and a Daughter’: Relationships and Sexuality in Intellectually Disabled People. *Br J Learn Disabil.*; 2016; 44(1): 56-62.

30. Healy E, McGuire BE, Evans D S, Carley SN. Sexuality and Personal Relationships for People with an Intellectual Disability. Part I: Service-user Perspectives. *J Intellect Disabil Res.*; 2009; 53(11): 905-912.

31. Stoffelen J, Kok G, Hospers H, Curfs LMG. Homosexuality among people with a mild intellectual disability: an explorative study on the lived experiences of homosexual people in the Netherlands with a mild intellectual disability. *J Intellect Disabil Res.*; 2013; 57(3): 257-267.

32. Demir O, Aysoy M. State Institute of Statistics Prime Ministry Republic of Turkey and Turkish Prime Ministry Presidency of Administration on Disable People. Basic Characteristics of Disabled Population. *Türkiye Özürlüler Araştırması*, Ankara Devlet İstatistik Enstitüsü Matbaası 2002; 2913: 5-20.

33. Gürol A, Polat S, Oran T. Views of Mothers Having Children with Intellectual Disability Regarding Sexual Education: A Qualitative Study. *Sex Disabil.*; 2014; 32(2): 123-133.

34. Koetting C, Fitzpatrick JJ, Lewin L, Kilanowski J. Nurse Practitioner Knowledge of Child Sexual Abuse in Children with Cognitive Disabilities. *J Forensic Nurs.*; 2012; 8(2): 72-80.

35. McEachern AG. Sexual Abuse of Individuals with Disabilities: Prevention Strategies For Clinical Practice. *J Child Sex Abus.*; 2012; 21(4): 386-398.

36. Seyyar O, Ayyıldız N, Topçu A. Updated Checklist of Ground Spiders (Araneae: Gnaphosidae) of Turkey, with Zoogeographical and Faunistic Remarks. *Entomol News.*; 2008; 119(5): 509-520.

37. Topsakal M, Düzkantar A. Zihin Özürlü Çocuklara Oto Yıkama Becerisi Öğretiminde Hata Düzeltmesi Yapılarak Gerçekleştirilen Eşzamanlı İpucuyla Öğretimin Etkililiği [The effectiveness of simultaneous prompting in teaching car washing to children with mental retardation by correcting error]. *Abant İzzet Baysal Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi* 2010: 85-88.

38. Gül İ I. Bir Hak Mücadelesi Alanı Olarak Engellilik ve Engellilerin Haklarına İlişkin Birleşmiş Milletler Sözleşmesi. *Öz-Veri Dergisi*; 2008; 5(2): 1233-1249.

39. Bartholomew LK, Parcel GS, Kok G, Gottlieb NH, Fernández ME. Intervention Mapping Step 1: Needs Assessment. *Planning Health Promofion Programs: An Intervention Mapping Approach* 2011.

40. McCann E. Exploring Sexual and Relationship Possibilities for People with Psychosis—A Review of The Literature. *J Psychiatr Ment Health Nurs.*; 2003; 10(6): 640-649.