

E-ISSN 2148-5348
ISSN 1300-0853

sted

'Bilimsel
ve Dostça'

SÜREKLİ TIP EĞİTİMİ DERGİSİ | JOURNAL OF CONTINUING MEDICAL EDUCATION
TÜRK TABİPLERİ BİRLİĞİ YAYINI | THE PUBLICATION OF TURKISH MEDICAL ASSOCIATION

EYLÜL | SEPTEMBER
EKİM | OCTOBER
2018 | 2018
CİLT 27 | VOLUME 27
SAYI 5 | ISSUE 5

5





Kurucu Editörler / Founding Editors

Dr. Füsün Sayek

Prof. Dr. Şükrü Hatun

Editör/ Editors

Doç. Dr. Orhan Odabaşı

Yardımcı Yayın Yönetmenleri / Assistant Editors

Prof. Dr. Aysun Balseven Odabaşı

Dr. Aylin Sena Beliner

Hakem Kurulu / Advisory Board

Acil Tıp / Emergency Medicine

Doç. Dr. Bülent Erbil

Adli Tıp / Forensic Medicine

Prof. Dr. Ümit Biçer

Dr. Durmuş Evcüman

Prof. Dr. Hamit Hancı

Aile Hekimliği / Family Medicine

Dr. Mehmet Özen

Beslenme ve Diyetetik /

Nutrition and Dietetics

Prof. Dr. Gülden Pekcan

Dr. Hülya Yardımcı

Çocuk Cerrahisi / Paediatric Surgery

Prof. Dr. Onur Özen

Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları/ Paediatrics

Prof. Dr. Ufuk Beyazova

Dr. Ali Süha Çalıköğü

Prof. Dr. Zelal Ekinci

Prof. Dr. Şükrü Hatun

Prof. Dr. Nural Kiper

Prof. Dr. Serdar Kula

Prof. Dr. Figen Şahin

Prof. Dr. S. Songül Yalçın

Dr. Adnan Yüce

Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları/ Paediatric Psychiatry

Prof. Dr. Bahar Gökler

Doç. Dr. Dilşat Foto Özdemir

Deri Hastalıkları / Dermatology

Prof. Dr. Ertan Yılmaz

Tıp Tarihi ve Etik / Medical History and Ethics

Prof. Dr. Berna Arda

Prof. Dr. Nüket Örnek Büken

Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon / Physical Medicine and Rehabilitation

Doç. Dr. Deniz Erdoğan

Prof. Dr. Yeşim Gökçe Kutsal

Genel Cerrahi / Surgery

Prof. Dr. Osman Abbasoğlu

Prof. Dr. Semih Baskan

Dr. Naki Bulut

Prof. Dr. İskender Sayek

Prof. Dr. Cem Terzi

Genel Pratisyenlik / General Practice

Dr. Binnaz Başaran

Dr. Remzi Karşı

Dr. Alfert Sağdıç

Dr. Mustafa Sülkü

Dr. Figen Şahpaz

Dr. Hakan Şen

Dr. Emrah Şeyhoğlu

Dr. Fatih Şua Tapar

Dr. Yılmaz Yıldız

Halk Sağlığı / Public Health Medicine

Prof. Dr. Gazanfer Aksakoğlu

Prof. Dr. Dilek Aslan

Prof. Dr. Deniz Çalışkan

Prof. Dr. Muzaffer Eskioçak

Prof. Dr. Sibel Sakarya

Prof. Dr. Şevkat Bahar Özvarış

Doç. Dr. Özlem Sarıkaya

İç Hastalıkları / Internal Medicine

Prof. Dr. Erdal Akalın

Prof. Dr. Murat Akova

Prof. Dr. Önder Ergönül

Prof. Dr. Çetin Turgan

Prof. Dr. Serhat Ünal

Kadın Hastalıkları ve Doğum / Gynaecology and Obstetrics

Prof. Dr. Polat Dursun

Prof. Dr. Haldun Güner

Kulak Burun Boğaz Hastalıkları / Otorhinolaryngology

Doç. Dr. Orhan Yılmaz

Nöroloji / Neurology

Prof. Dr. Özden Şener

Ortopedi ve Travmatoloji/ Orthopaedics

Prof. Dr. Sinan Adıyaman

Prof. Dr. Muharrem Yazıcı

Psikiyatri / Psychiatry

Prof. Dr. Berna Uluğ

Prof. Dr. Aylin Uluşahin

Tıbbi Farmakoloji / Medical Pharmacology

Prof. Dr. Alper İskit

Tıp Bilişimi / Medical Informatic

Dr. Öğr. Üyesi Arif Onan

Tıp Eğitimi / Medical Education

Prof. Dr. Melih Elçin

Tıp Hukuku / Medical Law

Av. Mustafa Güler

Sahibi ve Sorumlu Yazı İşleri Müdürü / Owner and Responsible Editor

Prof. Dr. Sinan Adıyaman

Hazırlık ve Tasarım / Preparation and Design

Yeter Canbulat

Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi Türk Tabipleri Birliği tarafından birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan hekimlerin sürekli eğitimi için iki ayda bir yayımlanmaktadır.

Journal of Continuing Medical Education is published bimonthly by the Turkish Medical Association for the continuing education of the physicians working at the primary health care services.

Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi, TÜBİTAK Türk Tıp Dizini ve Türkiye Atıf Dizini içinde yer almaktadır.

Journal of Continuing Medical Education is indexed by TUBITAK Turkish Medical Database and Citation Index of Turkey.

Yayın İdare Merkezi ve İletişim Adresi

Türk Tabipleri Birliği Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi
GMK Bulvarı Şehit Daniş Tunalgil Sok. No: 2 Kat: 4, 06570 Maltepe/Ankara
Tel: 0 (312) 231 31 79 (pbx) | Faks: 0 (312) 231 19 52 - 53
<http://www.ttb.org.tr/STED/> | sted@ttb.org.tr

Basım Yeri: Başak Matbaacılık ve Tanıtım Hizmetleri Ltd. Şti.
Tel: 0 312 397 16 17 / Adres: Macun Mah. Anadolu Bulvarı Mesa Plaza No:
5/15 Gimat-Yenimahalle / Ankara
Vergi Dairesi: Ostim Vergi Dairesi No: 144 005 6234-Ticaret Sicil No:
131/133

Baskı Tarihi: Ekim 2018



Merhaba,

Burak Mete ve arkadaşları **“Malatya Kent Merkezinde Yaşayan Yetişkin Kadınlarda Aile İçi Şiddet Sıklığı ve Etkileyen Faktörler”** isimli çalışmalarında, aile içi şiddete maruziyet sıklığı ulusal verilere göre daha düşük olduğu, ailede şiddet uygulayanın daha çok eş olduğu saptanmış.

Nazmiye Kaçmaz Ersü ve arkadaşları **“Lisede Eğitim Gören Gençler ile Çıracık Eğitim Merkezine Devam Eden Gençlerin Sağlık Risk ve Problemlerinin Karşılaştırılması”** isimli çalışmalarında, çalışan çocukların %41,9'unun, okuyan çocukların ise %21,8'inin sigara kullandığını, çalışanların %75,4'ünün; okuyanların %32'sinin mevcut fiziksel yakınmaları olduğunu saptamışlar.

Ramazan Vural ve arkadaşları **“Başarılı Yaşlanma Algısı: Antalya'da Bir Semt Polikliniği'ne Başvuran Farklı Yaş Gruplarından Bireylerin Yaşlılığa Bakışı”** isimli çalışmalarında, başarılı yaşlanma için sağlık ve bakım hizmetlerinin erişilebilir olmasının tüm yaş grupları için önemi vurgulanmış. Genç ve orta yaş grubunda daha çok önemsenen sağlıklı/dengeli beslenme ve kişinin kendisiyle barışık olması unsurlarının yerini ileri yaş grubunda, yatağa bağımlı olmamak ve emeklilik güvencesine sahip olmak aldığı saptanmış.

Pelin Piştav Akmeşe ve Akmer Mutlu **“Serebral Palsi'li Çocukların Dil Gelişimleri ile Motor Fonksiyonları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi”** isimli çalışmalarında motor problemler yanında özellikle bilişsel, konuşma ve dil bozukluklarının eşlik ettiği serebral palsili çocukların ayrıntılı olarak



Fotoğraf: **“Söke'de”** Kamile Kurt
TTB-STED Fotoğraf Yarışması 2017 Sergi Ödülü

değerlendirilmesinin etkin rehabilitasyon hedeflerinin belirlenmesi açısından önemi vurgulanmakta.

Yasemin Şanlı ve arkadaşları **“Triangülasyon Metodu ile Yüksek Riskli Gebelerde Mevcut Stresörler ve Baş Etme Yöntemleri: Bir Devlet Hastanesi Örneği”** isimli çalışmalarında, yüksek riskli gebelik yaşayan kadınların fizyolojik sorunlar ile birlikte en çok üzüntü, keder, endişe ve hastaneye yetişememe gibi psikososyal sorunlar yaşadığını saptamışlar.

Vasfiye Bayram Değer ve arkadaşlarının **“Üniversite Öğrencilerin Kendi Kendine Meme Muayenesi Bilgi Düzeyleri”** isimli çalışmalarında öğrencilerin kendi kendine meme muayenesini yeterince bilmedikleri, muayeneyi yaptığını söyleyen öğrencilerin ise yarısından azının her ay düzenli olarak muayene yaptığını saptanmış.

Şükriye Ece Abay ve Ümmühan Şevkat Bahar Özvarış **“İlkokul Öğrencilerinin Genel Hijyen Konusundaki İhtiyaçlarının Saptanması”** isimli çalışmalarında kişisel hijyen konusunda öğrencilerin istenilen bilgi düzeyinde olmadığı ve el yıkama becerisi düzeylerinin düşük olduğu saptanmış. Yazarlar, ilkokulda öğrenim gören öğrenciler için kişisel hijyen uygulamalarının geliştirilmesi ve bu eğitimlerin verilmesini önermektedirler.

Nuriye Erbaş **“Sağlık Hizmetlerinde Önemli İki Kavram: Hasta Eğitimi ve Hemşirelik Süreci”** isimli çalışmada, sağlık hizmetlerinde hemşirelik ve hasta eğitiminin birbirleriyle bağlantılı olduğunu ve insanın olduğu her alanda kullanılabileceğine dikkat çekmekte.

Şükran Gülin Evinç **“Risk Etkenleri ve Psikolojik Sonuçları Açısından Çocuğun Fiziksel İstismarı”** isimli çalışmada, fiziksel istismarın, ağır sağlık sorunları ve ölüm riskinin yanı sıra, yaşam boyu kişinin işlevselliğini olumsuz etkileyen psikolojik problemlere de yol açabildiğini bu nedenle erken dönemde ele alınmasında yarar olduğunu vurgulamakta.

Gamze Öztürk ve arkadaşları **“Yenidoğanda Parotis Bölgesinde Hemanjiyom: Nadir Bir Olgu Sunumu”** isimli olgu sunumlarını okurlarımızın dikkatine sunuyorlar.

Bilimsel ve dostça kalın.

Araştırma / Research

- Malatya Kent Merkezinde Yaşayan Yetişkin Kadınlarda
Aile İçi Şiddet Sıklığı ve Etkileyen Faktörler 297
*The Use of Medicine and Other Product Without Doctor's Recommendation Among Adults:
Turkey Health Survey 2008, 2010 and 2012*
Dr. Burak Mete, Dr. Erkan Pehlivan, Dr. Deniz Bektaş, Dr. Çiğdem Tekin, Dr. Esin Çakmak
- Lisede Eğitim Gören Gençler İle Çıracılık Eğitim Merkezine
Devam Eden Gençlerin Sağlık Risk ve Problemlerinin Karşılaştırılması 305
*Comparative State of Health Risks and Problems Faced by Adolescents
Attending Regular High Schools and Apprenticeship Training Centres*
Nazmiye Kaçmaz Ersü, Abdurrahman Ersü, Bekir Can Acar, Kazım Çetinkaya, Kurtuluş Öngel
- Başarılı Yaşlanma Algısı: Antalya'da Bir Semt Polikliniği'ne
Başvuran Farklı Yaş Gruplarından Bireylerin Yaşlılığa Bakışı 317
*Perception of Successful Aging: Perspectives on Old Age of Individuals
from Different Age Groups Admitted to a District Polyclinic in Antalya*
Dr. Ramazan Vural, Dr. Mehmet Özen, Dr. Suzan Yazıcı
- Serebral Palsi'li Çocukların Dil Gelişimleri ile
Motor Fonksiyonları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi 327
Examination of Relationship between Linguistic Development and Motor Functions in Children with Cerebral Palsy
Dr. Pelin Piştav Akmeşe, Dr. Akmer Mutlu
- Triangülasyon Metodu İle Yüksek Riskli Gebelerde Mevcut Stresörler ve Baş Etme Yöntemleri:
Bir Devlet Hastanesi Örneği 333
Existing Stressors and Ways of Coping up by Triangulation Method in High Risk Pregnancies
Dr. Yasemin Şanlı, Dr. Yeliz Dinçer, Dr. Serap Bayram, Dr. Ümran Oskay
- Üniversite Öğrencilerin Kendi Kendine Meme Muayenesi Bilgi Düzeyleri 343
Level of Information of University Students on Breast Self-Examination
Dr. Vasfiye Bayram Değer, Sema Çifçi, Dr. Günay Saka, Dr. Ali Ceylan
- İlkokul Öğrencilerinin Genel Hijyen Konusundaki İhtiyaçlarının Saptanması 352
Identifying the Needs of Primary School Students in General Hygiene
Dr. Şükriye Ece Abay, Dr. Şevkat Bahar Özvarış

Derleme / Review Article

- Sağlık Hizmetlerinde Önemli İki Kavram: Hasta Eğitimi ve Hemşirelik Süreci 358
Two Important Concepts in Health Services: Patient Education and Nursing Process
Dr. Nuriye Erbaş
- Risk Etkenleri ve Psikolojik Sonuçları Açısından Çocuğun Fiziksel İstismarı 365
Child Physical Abuse from the Points of Risk Factors and Psychological Consequences
Dr. Şükran Gülin Evinç

Olgu Sunumu / Case Report

- Yenidoğanda Parotis Bölgesinde Hemanjiyom: Nadir Bir Olgu Sunumu 370
Hemangioma in the Parotid region of the Newborn: A Rare Case Report
Dr. Gamze Öztürk Dr. Gökhan Yılmaz, Dr. Hülya Eyigör, Dr. Mustafa Deniz Yılmaz, Dr. Üstün Osma, Dr. Ömer Tarık Selçuk,
Dr. Tuba Kartal

Kapak Fotoğrafı / Cover Photo



İsmail Aybey: 1981 yılında Manisa'nın Gördes İlçesi'nde doğdum. Manisa Yunusemre Halk Eğitim Merkezinde "Fotoğraf Çekim Teknikleri" kursu aldım. Manisa Fotoğraf Derneği (MAFOD) üyesiyim. Ülke genelinde düzenlenen çeşitli fotoğraf yarışmaları yanı sıra, kısa film, şiir ve anı yarışmalarında derecelerim var. Genellikle insan ve doğa fotoğrafları çekmeyi seviyorum. Fotoğrafları yaşama bakış açısı olarak değerlendiriyor ve fotoğraf çekmekten büyük keyif alıyorum. Halen Manisa Merkezefendi Devlet Hastanesi'nde Tıbbi Sekreter olarak çalışıyorum.

Malatya Kent Merkezinde Yaşayan Yetişkin Kadınlarda Aile İçi Şiddet Sıklığı ve Etkileyen Faktörler

Prevalence of Domestic Violence Experienced by Adult Women Living Malatya City Centre and Influencing Factors

Araştırma



Research

Dr. Burak Mete¹, Dr. Erkan Pehlivan², Dr. Deniz Bektaş¹, Dr. Çiğdem Tekin¹, Dr. Esin Çakmak¹

Geliş/Received : 13.07.2017
Kabul/Accepted : 01.12.2018

Öz

Amaç: Bu çalışmanın amacı Türkiye'nin doğusunda bir kent merkezinde yaşayan yetişkin kadınların aile içi şiddete maruz kalma sıklıkları ve ilişkili faktörleri incelemektir.

Yöntem: Çalışmamız 2016 yılı Eylül-Kasım ayları arasında Malatya il merkezinde yaşayan yetişkin 479 kadın ile yapılmış kesitsel tipte bir çalışmadır. Bu araştırmada, Türkiye genelinde delphi tekniği ile geçerlik çalışması yapılan aile içi şiddet anket formu kullanıldı. Örneklem il merkezinde bulunan 39 Aile Sağlığı Merkezine başvuran kadınlar arasından tesadüfi olarak seçildi.

Bulgular: Katılımcıların %63'ü evli, %29'u bekar, %7.9'u boşanmış ya da eşi ölmüştü. Kadınların %22.3'ü yaşamının bir döneminde aile içi şiddetin herhangi bir formuna maruz kalmıştı. Kadınların medeni hal, eğitim durumu, meslek ve yaş özellikleri açısından bakıldığında şiddet görme durumları arasında istatistiksel fark vardı. Ailede şiddet uygulayanların %55'i eş idi. Şiddet görenlerin %80'i aile birliği dağılmasını diye yardım talebinde bulunmadığını bildirdi. Şiddetin en önemli nedenleri olarak; eşin isteğine itiraz etme, ekonomik faktörler, alkol ve namus olduğu gösterildi.

Sonuç: Bu çalışmada aile içi şiddete maruziyet sıklığı ulusal verilere göre daha düşük bulundu. Ailede şiddet uygulayan daha çok eşti. Şiddetin yaygınlığı toplumsal statü düşüklüğü ile ilgilidir.

Anahtar sözcükler: Aile içi şiddet, kadın, yetişkin

Abstract

Objective: The objective of the present study is to examine the prevalence of domestic violence that women living in a provincial centre in the eastern part of Turkey are exposed to and factors associated with this form of violence.

Method: The study is a cross-sectional survey conducted in October-November 2016 with 479 adult women living at the province centre of Malatya. The survey used domestic violence questionnaire form whose validity was checked at national level through the Delphi technique. The sample was selected from among women applying to 39 Family Health Centres located at the city.

Findings: Of women in the sample, 63% were married, 29% were single, and 7.9% were divorced or lost their husbands. 22.3% of these women have faced a form of domestic violence in various periods of their life. Exposure to violence varied statistically with respect to such characteristics of women as marital status, level of education, occupation and age. 55% of perpetrators of acts of violence were husbands. 80% of victims of violence stated that they did not report the case for maintaining family unity. Objection to some request of the husband, economic factors, alcohol abuse and honour were given as the leading causes of violence.

Conclusion: The survey found the prevalence of exposure to domestic violence as lower than what national data suggest. Spouses were the main perpetrators of violence. The prevalence of violence is associated with low social status.

Key words: Domestic violence, Woman, Adult

1 Arş. Gör.; İnönü Ü. Tıp Fak. Halk Sağlığı AD, Malatya
2 Prof.; İnönü Ü. Tıp Fak. Halk Sağlığı AD, Malatya

Giriş

"Şiddet ve Sağlık Raporu"nda şiddet, "Bir kişiye, bir gruba ve bir topluma karşı yaralanma, ölüm ve psikolojik zararlar, gelişme geriliği ya da çöküntü hali, fiziksel güç ya da tehdit uygulama" olarak tanımlanmaktadır (1). Dünya Sağlık Örgütü (WHO:1998), eşler arası şiddeti, "yakın bir ilişkide fiziksel, psikolojik ya da cinsel hasara yol açan her tür davranış" olarak tanımlamaktadır. Şiddet, tarihin her döneminde ve toplumda görülmeyle birlikte sıklıkla ataerkil toplumlarda görülmektedir (2).

Çoğunlukla şiddet dendiğinde akla fiziksel olanı gelmekle birlikte; psikolojik, ekonomik, duygusal ve cinsel şiddet olmak üzere farklı çeşitleri bulunmaktadır. 49. Dünya Sağlık Asamblesi'nde, şiddetin halk sağlığının öncelikli konularından olduğu kabul edilmiştir. Dünya Sağlık Örgütü üyesi olan 191 ülkeden 1200'den fazla delege, Cenevre'de şiddet ile mücadele etmek için uluslararası bir eylem planı yapılmasını oybirliği ile yasal duruma getirmiştir (3). Dünya Sağlık Örgütü'ne göre, bireylerin kendilerine uygulamış olduğu şiddet, kişiler arası (aile içi) şiddet ve örgütlü ya da organize (savaş) şiddet olmak üzere üç farklı şiddet şekli belirlenmiştir (4). Aile içi şiddete sıklıkla maruz kalan kadınlardır ve bu şiddetin sıklıkla uygulayıcısı bu kadınların eşleridir.

Şiddete maruz kalan kadınlar yalnızca kendileri zarar görmemekte; toplumun geleceği olan çocuklar da bu durumdan olumsuz etkilenmektedir. Böylelikle gelecek nesiller de aileleri rol model alacağından şiddeti meşru ve normal karşılayabilmektedir. Şiddet mağduru ya da şahidi çocuklar büyüdüklerinde kendi çevrelerine de aynı biçimde zarar vermektedirler. Özellikle, ilk gelişim ve çocukluk dönemlerinde; her şeyden daha çok değer verdiği annesinin şiddete maruz kalmasına şahit olan çocuklar, ileride tedavisi çok da mümkün olmayan travmalara maruz kalmaktadırlar. Şiddetin genel yapısına baktığımızda; şiddetin aile bağlarının zarar görmesi, insani ve kültürel değerlerin yozlaştırılması, vicdan kavramının insanların yaşantılarında tam anlamıyla yer edinmemesi, koruma, müdahale ve cezai müeyyide gibi alanlarda yetersiz kalınması, ekonomik nedenler, eğitimsizlik vb. birçok nedenlerden beslendiğini görmekteyiz. Sorunun bu kadar karışık olması,

çözümü de o denli zorlaştırmaktadır. Bu nedenle, bu sosyal rahatsızlığın tedavisi de kapsamlı bir mücadele ile gerçekleştirilebilir. Gerek ilgili resmi kurumların çabaları, gerekse sivil toplum kuruluşlarının yürüteceği çalışmalar sorunun çözümü adına önemli yararlar sağlayacaktır (5).

Şiddetin aile içi mahremiyetimiş gibi görülmesi de sorunun çoğu zaman örtbas edilmesine neden olmaktadır. Maalesef sıklıkla şiddete maruz kalan kadınlar dahi bunun aile içinde kalması gereken bir konu olduğuna inandırılmışlardır. Bu şüphesiz çocukluk döneminde yine şiddet olaylarının yaşandığı bir aile içinde yetişmiş olmaktan kaynaklanmaktadır (5).

Kadının bilhassa ekonomik olarak özgür olmaması da şiddete maruz kalmasında önemli bir faktördür. Toplumun kültürel ve sosyal yapısı, dini inançlar, sosyal izolasyon, katı toplumsal roller, fakirlik, kadın-erkek eşitsizliği, kendi kendini kontrol yetersizliği ve zayıf kişilik gibi kişisel karakterler ekonomik şiddet riskini artırmaktadır (6).

Genellikle şiddete maruz kalanlar, pasif kişilik yapısına sahiptirler ve şiddet uygulayana karşılık verebilecek gücü ve cesareti kendilerinde bulamamaktadırlar. Bu durum da aile içi şiddet uygulayan kişiyi cesaretlendirmektedir. Şiddet maruz kalanlar sıklıkla da ailelerinde şiddet uygulandığını görerek büyüyen ve gelişimlerinde otoriteye itaati öğrenen insanlardır (5).

Biz bu çalışmamızda toplum içinde normal olarak kabul edilen ve bilinen bir sağlık sorunu olmayan kişileri ve ailelerini çalışma evrenimiz olarak kabul ettik ve kadınların şiddet algısını, şiddete bakış açısını tespit etmeyi amaçladık.

Gereç ve Yöntem

Çalışmamız 2016 yılı Eylül-Kasım ayları arasında Malatya il merkezinde yaşayan 18 yaş üstü 479 kadına yapılmıştır. Çalışmamız kesitsel tipte bir çalışmadır. Ulaşılması gereken minimum örneklem sayısı 380 olarak bulunmuştur. 479 kişiye ulaşılmıştır. Çalışmamıza katılan kişiler il merkezinde bulunan 39 Aile Sağlığı Merkezine başvuran kişiler arasından kolayda örnekleme yöntemi kullanılarak seçilmiştir. Örneklem sayımız aile sağlığı merkezleri sayısına bölünmüştür ve her

bir ASM'den eşit sayıda kişiye ulaşılmıştır. Çalışmanın yapılabilmesi için il Halk Sağlığı Müdürlüğü'nden ve İnönü Üniversitesi etik kuruldan onay alınmıştır (Karar No: 216\16-6).

Çalışmada veri toplama aracı olarak katılımcılara sunulacak olan ve isim belirtilmeden doldurulacak anket formu kullanılmıştır. Anket formunda araştırmaya ilişkin soruların yanında katılımcıların yaşları, eğitim durumları, ailenin gelir düzeyi vb. demografik sorular da yer almaktadır.

Anket formundaki demografik bilgiler ve kadınlara yönelik şiddete ilişkin soru maddeleri ulusal bir çalışmadan derlenmiştir. Anketin hazırlanmasında faydalanılan kaynaktan, anket formunun geçerlik çalışması için uzman görüşü alındığı ve anketin yapılabilmesi için pilot çalışma yapıldığı ve çalışmanın sonuçlarına göre anketin son şeklinin verildiği bildirilmiştir (5).

Tutum ve değerlere ilişkin sorular katılıyorum, katılmıyorum ve fikrim yok şeklinde üçlü seçenek şeklinde sorulmuştur. Veri toplama işlemi, geçersiz ya da yanıtız veri oranının en aza indirilmesi için her bir katılımcı ile yüz yüze görüşülerek gerçekleştirilmiştir.

Verilerin analizde Ki-Kare testi kullanılmıştır. $p \leq 0.05$ değeri anlamlı kabul edilmiştir.

Bulgular

Çalışmamıza toplam 479 kadın katılmıştır. Katılımcıların yaşları 18-75 arasında değişmektedir. Katılımcıların yaş ortalaması 36.03 ± 11.93 ' tür. Katılımcıların %63'ü evli, %29'u bekar, %2.7'si eşinden ayrılmış, %5.2'sinin ise eşi ölmüştür. Katılımcıların sosyo-demografik özellikleri ve bu özelliklerin dağılımı Tablo 1 'de gösterilmiştir.

Tablo 2'de katılımcıların tamamının aile içi şiddete maruz kalma oranları verilmiştir.

Kadınların çeşitli sosyodemografik özellikler açısından şiddet görme durumlarına ve bunlar arasındaki ilişkiye bakıldığında istatistiksel fark bulunmuştur. Medeni hal, eğitim durumu, meslek ve yaş açısından bakıldığında şiddet görme açısından istatistiksel fark bulunmaktadır (Tablo 3). Eğitim gruplarına bakıldığında istatistiksel farkın okuryazar değil-okuryazar ve ilkökul gruplarına mensup ve şiddet gören kişilerden

Tablo 1. Araştırma kapsamında giren katılımcıların sosyo-demografik özelliklerinin dağılımları

	N	%
Medeni hal		
Evli	302	63.0
Bekar	139	29.0
Ayrılmış	13	2.7
Eşi ölmüş	25	5.2
Eğitim		
Okuryazar değil-okuryazar	40	8.4
İlkokul	80	16.7
Ortaokul-lise	152	31.7
Üniversite-yüksek lisans/doktora	207	43.2
Yaş		
18-29	177	37.0
30-44	208	43.4
45-59	76	15.9
60 ve üstü	18	3.8
Meslek		
Memur	121	25.3
Esnaf-işçi	46	9.6
Ev hanımı	178	37.2
Emekli	11	2.3
Diğer	123	25.7
Toplam	479	100

Tablo 2. Aile içi şiddete maruz kaldınız mı sorusuna verilen cevapların dağılımı

	N	%
Aile içi şiddete maruziyet	n	%
Evet	107	22.3
Hayır	372	77.7
Toplam	479	100

kaynaklandığı tespit edilmiştir. Medeni hal açısından bakıldığında ise anlamlılığı yaratan grup evli olup şiddet görenlerdir. Meslek açısından bakıldığında ise esnaf-işçi, ev hanımı ve emekli olup şiddet gören grubun istatistiksel farktan sorumlu olduğu görülmektedir. Yaş açısından bakıldığında ise farkın 18-29 ile 30-44 yaşa mensup şiddet gören kadınlardan kaynaklandığı görülmektedir.

Tablo 4'te kadınların şiddete bakış açılarını ve algılarını irdeleyen diğer sorulara verilen cevapların dağılımı görülmektedir.

Katılımcılara hangi tür davranışların şiddet göstergesi olarak görüldüğünü sordüğümüzda

Tablo 3. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri açısından şiddet görme durumlarına göre dağılımı

Şiddet görme	Evet (Satır %)	Hayır (Satır %)	Toplam	p değeri	X ²
Medeni hal					
Evli	69 (22.8)	233 (77.2)	302	≤0.001	30.34
Bekar	18 (12.9)	121 (87.1)	139		
Ayrılmış	9 (69.2)	4 (30.8)	13		
Eşi ölmüş	11 (44)	14 (56)	25		
Eğitim					
Okuryazar değil-okuryazar	13 (32.5)	27 (67.5)	40	0.010	11.31
İlkokul	26 (32.5)	54 (67.5)	80		
Ortaokul-lise	34 (22.4)	118 (77.6)	152		
Üniversite-yüksek lisans/doktora	34 (16.4)	173 (83.6)	207		
Yaş					
18-29	59 (18.1)	267 (81.9)	326	≤0.001	20.86
30-44	45 (30.4)	103 (69.6)	148		
45-59	28 (31.8)	60 (68.2)	88		
60 ve üstü	10 (52.6)	9 (47.4)	19		
Meslek					
Memur	27 (22.3)	94 (77.7)	121	0.006	14.38
Esnaf-işçi	12 (26.1)	34 (73.9)	46		
Ev hanımı	46 (25.8)	132 (74.2)	178		
Emekli	6 (54.5)	5 (45.5)	11		
Diğer	16	107	123		

yaklaşık yarısı fiziksel cevabını verirken; yaklaşık yarısı da duygusal-ekonomik- sözlü vs. cevabını vermiştir. Kadınların %62'si ise hepsinin şiddet göstergesi olduğunu ifade etmiştir. Şiddete maruz kalan katılımcılara ne sıklıkta olduğunu sordüğümüzda ise yaklaşık dörtte üçü ara sıra, yaklaşık dörtte biri ise sık sık şiddet gördüğünü söylemiştir.

Şiddete maruz kalan katılımcılara kimin tarafından şiddet uygulandığını sordüğümüzda, yarısından fazlası (%55.9) eşim cevabını verirken; yaklaşık yarısı da anne-baba-kardeş vs. tarafından şiddete maruz kaldığını söylemiştir. Şiddetin nedeninin ne olduğunu sorusuna şiddete maruz kalan katılımcıların yarısından fazlasının ekonomik nedenler ve eşine karşılık vermesinin (%55) şiddet görme nedeni olduğunu söylerken diğer yarısı da alkol-namus-istenmemek vs. gibi faktörlerin şiddet görme nedeni olduğunu söylemiştir (Tablo 5).

Şiddete maruz kalan katılımcıların büyük bir kısmı (%80.4) yardım talebinde bulunmadığını

söylerken; görece az bir kısmı (%19.6) yardım talebinde bulunmuştur. Şiddete uğradığı için yardım talebinde bulunanların yarısından fazlası yardım talep ettiği yerin akraba-polis-jandarma olduğunu söylerken; yaklaşık yarısı da başka yerlerden (sığınma evi-komşu vs.) yardım talebinde bulunduğu cevabını vermiştir. Yardım talebinde bulunmayanlara bunun nedeni sorulduğunda yarısına yakını ailem dağılmasın-başkaları duymasın cevabını verirken diğer yarısı da başka sebepler öne sürmüştür (ne yapacağımı bilmiyorum- bir daha yapmaz vs.).

Şiddete uğrayan katılımcılar psikolojik destek alıp almadıkları sorusuna yüksek oranda hayır cevabını verirken (%81); az miktarda katılıcı evet cevabı vermiştir (%19). Psikolojik destek alan katılımcılara kimden aldıkları sorulduğunda yarısı psikiyatrist ve doktor cevabını verirken; yarısı da psikolog-aile danışmanı vs. cevabını vermiştir.

Katılımcılara kendilerinin aile içi şiddet uygulayıp uygulamadığı sorulduğunda büyük kısmı (%90) hayır cevabını verirken; az bir kısmı evet cevabını

Tablo 4. Aile içi şiddet konusunda seçilmiş bazı önermelere katılımcıların verdiği yanıtların dağılımı

	Katılıyorum	Katılmıyorum	Fikrim Yok
Şiddet bazen gereklidir	11.6	86	2.4
Kadına yönelik şiddet derecesi çok değilse mazur görülebilir	12.3	82.9	4.6
Terbiye amaçlı şiddet desteklenebilir	12.3	83.3	4.4
Dayak varsa eşler boşanmalıdır	61.8	25.7	12.5
Erkeği şiddete kadın tahrik eder	8.8	79.7	11.5
Kadına yönelik şiddet haklı gerekçesi olduğunda kabul edilebilir bir şeydir	11.2	85.2	3.5
Erkek eşine bazen fiziksel şiddet gösterebilmelidir	6.6	88.8	4.6
Kocasının beklentilerini yerine getirmemezse kadına şiddet uygulanabilir	11.6	82.2	6.2
Eğer erkek kadına şiddet uygularsa tutuklanmalıdır	66.4	19.3	14.3
Kadınların bazı davranışları şiddet görmelerini gerektirir	15.9	77.0	7.2
Kadına yönelik şiddet kadının kıskırtması söz konusu olduğunda kabul edilebilir	16.9	74.7	8.4
Kadın-erkek arasındaki tartışmanın içine dayak girerse sevgi bağı yok olur	76.8	15.7	7.5
Dayak bir terbiye aracıdır	17.2	77.1	5.7
Erkek şiddet uygularsa kesinlikle eşler boşanmalıdır	56.7	22.5	20.8
Kadın aile içi şiddete maruz kalıyorsa devlet tarafından koruma altına alınmalıdır	82.9	9.8	7.3
Şiddet çözüm değildir	79.4	18.3	2.2
Evdeki kararları erkek almalıdır. kadın da buna uymalıdır	17.4	77.4	5.2
Kadın kocasının söylediklerini sorgularsa koca dayak atabilir	5.8	90.2	4
Kadın kocasına karşı geldiği zaman kesinlikle cezalandırılmalıdır	7	87.7	5.3
Kadın kocasına her şartta itaat etmelidir	10.8	83.5	5.7
Şiddet gören kişi karşısındakine benzer biçimde karşılık verebilir	32.1	52.9	15

vermiştir (% 10). Aile içi şiddet uygulayan katılımcılara kime şiddet uyguladıkları sorulduğunda yarısından fazlası çocuk cevabını verirken; diğer yarısı da eş-kardeş-anne vs. cevabını vermiştir. Aile içi şiddet uygulayan katılımcıların büyük bir kısmı şiddete başvurma sıklığı sorusuna nadiren biçiminde yanıtlarken; az bir kısmı sık sık biçiminde yanıtlamıştır.

Aile içi şiddete başvuran katılımcılara bunun nedeni sorulduğunda yaklaşık yarısı karşı tarafın bunu hak ettiğini söylerken; diğer yarısı da psikolojik sorunlar-alkol- şiddet gördüğü için vs. şiddete başvurduğu cevabını vermiştir.

Katılımcılara şiddete başvurmanın bir çözüm yolu olup olmadığı sorulduğunda büyük bir kısmı (%89.4) hayır cevabını verirken; az bir kısmı da evet bazen-evet her zaman cevabını vermiştir. Kadına kimin şiddet uygulama hakkı vardır sorusuna katılımcıların büyük bir kısmı (%89.6) hiç kimse cevabını verirken; az bir kısmı da kocasının-babasının-çocuklarının-annesinin vs. cevabını vermiştir.

Tartışma

Çalışmamıza katılan 479 kadınının yaş ortalaması 36.03 ± 11.99 'dur. Şenol ve ark. yaptığı çalışmada da bizim çalışmamıza benzer biçimde 37.08 ± 11.07 'dir (5). En küçük yaş 18 en büyük yaş 75'dir. Yaş grupları açısından bakıldığında 18-40 yaş arasındaki kadınların daha çok şiddete maruz kaldıkları görülmektedir. Başbakanlık Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü tarafından yapılan çalışmanın sonuçları da bizim çalışmamızı desteklemektedir. Bu çalışmada da kadınların en fazla şiddete maruz kaldıkları yaş döneminin 15-44 yaş olduğu görülmektedir (6). Vahip ve ark. yaptığı çalışmada da genç kadınların daha çok şiddete maruz kaldığı görülmüştür (7). Bunun sebebi bu yaş grubundaki erkeklerin sorunların çözümünde fiziksel güç kullanmaya daha meyyal olması olabilir.

Çalışmamıza katılan kadınların %22.3'ü aile içi şiddete maruz kaldıklarını ifade etmiştir. Yapılan bir başka çalışmada ise maruz kalanların oranı %28.8 olarak bulunmuştur. 2009 yılında yapılan başka bir çalışmanın sonuçlarına göre ise

Tablo 5. Katılımcıların maruz kaldığı şiddet davranışlarının türü, uygulayan kişiler ve nedenlerinin dağılımı		
Şiddet göstergesi olduğu düşünülen davranışlar	n	%
Fiziksel	42	8.9
Duygusal	10	2.1
Ekonomik	3	0.6
İnsanlarla ilişkimin Kısıtlanması	3	0.6
Cinsel	4	0.8
Sözlü	5	1.1
Hepsi	404	85.9
Şiddetin kim tarafından uygulandığı		
Eş	56	52.3
Anne	7	6.5
Baba	8	7.5
Büyükanne- Büyükbaba	3	2.8
Diğer	18	16.8
Birden fazla kişi	7	6.5
Belirtmek istemeyenler	8	7.5
Şiddetin Nedeni		
Ekonomik sebepler	21	21.9
Karşılık verdiği için	31	32.3
Alkolden dolayı	14	14.6
stenmediğim için	11	11.5
Namus uğruna	4	4.2
Diğer	15	15.6

kadınların %39'unun yaşamının herhangi bir döneminde şiddete maruz kaldıkları bulunmuştur (6). Başka bir çalışmanın sonuçlarına göre de Türkiye'de yaşayan kadınların yaklaşık %35'i bir dönem şiddet gördüklerini ifade etmiştir (8). Her iki çalışmanın sonuçları birbirine destekler niteliktedir ve yaklaşık her dört, beş kadından biri yaşamının bir döneminde şiddet görmektedir. Dünya sağlık örgütünün 2002'de yayınladığı rapora göre 48 çalışmanın sonuçları incelenmiş ve kadınların %10-69'unun en az bir kere fiziksel şiddete maruz kaldıkları görülmüştür (9). Bütün dünya çapında ise erkeklerden şiddet gören kadınlarının oranının %25-50 arasında değiştiği tahmin edilmektedir (10). Türkiye'de yapılan bir çalışmanın sonuçlarına göre ise kadınların %34'ünün fiziksel şiddete, %53'ünün ise sözel şiddete maruz kaldıkları saptanmıştır (11).

Çalışmamıza katılan kadınların yaklaşık %64'ü fiziksel, duygusal, ekonomik, kısıtlama, cinsel,

sözlü şiddet türlerinin hepsini şiddet kavramı içinde değerlendirmiştir. %22'si bu davranışların en az ikisini şiddet kapsamı içinde değerlendirmiştir. Şenol ve ark. yaptığı çalışmada ise katılımcıların %54'ü bu davranışların hepsini şiddet kapsamı içinde değerlendirmektedir (5). Bir başka çalışmanın bulgularına bakıldığında ise çalışmaya katılan kadınların %88'i fiziksel, %43'ü sözel şiddeti, %28'i erkeğin sözünü dinlememe olarak şiddeti tanımlarken, yalnızca %1'i cinsel şiddeti şiddet kapsamında değerlendirmiştir (12). Bu farklılığın kaynağının bizim çalışmamıza katılan kadınların eğitim seviyelerinden ve bazı kadınların kendine biçilen sosyal ve ailesel roller içinde bazı davranışları normal karşılamasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Ayrıca eğitim seviyeleri açısından bakıldığında bizim çalışmamızın sonuçlarına göre eğitim grupları arasında istatistiksel fark vardır. Eğitim seviyesi düştükçe her bir grubun kendi içinde şiddete maruz kalma oranları artmaktadır. Eğitim seviyesi düşük olan gruplarda şiddetle karşılaşma oranları artmaktadır. Efe ve ark. yaptığı çalışmanın sonuçları da çalışmamızı desteklemektedir, eğitim seviyesi düştükçe aile içi şiddet ölçeğinden alınan puanlar anlamlı derecede artmaktadır (12). Moore'un yaptığı çalışmanın sonuçlarına göre ise öğrenim durumunun şiddet görmeyi etkilemediği fakat eğitilmiş kadınların şiddeti sonlandırmada daha başarılı olduğu bulunmuştur (13). Bu durum eğitim seviyesi düşük olan kişilerde eşe ya da diğer kişilere ekonomik ve diğer alanlarda bağımlı olma ile ilişkili olabilir. Ülkemizde ve diğer bazı ülkelerde eğitim seviyesi düştükçe şiddetin arttığı görülmüştür (14). Subaşı ve ark. yaptığı çalışmada da şiddeti önlemeye yönelik tavsiyeler içinde kadınların güçlendirilmesi ve toplumdaki statülerinin yükseltilmesi yer almaktadır (15).

Aile içi şiddete kim tarafından maruz kalındığına bakıldığında ise kadınların yarısından fazlasının eş tarafından şiddete maruz kaldığı görülmüştür. Şenol ve ark. yaptığı çalışmada bizim çalışmamızı desteklemektedir. Yapılan çalışmada kadınların %50'sinin eş tarafından şiddete maruz kaldığı görülmüştür (5). Kenya'da yapılan bir çalışmaya göre kadınların %42'sinin eşleri tarafından sürekli dövüldükleri görülmüştür (16). Türkiye'de 2014 yılında yapılan başka bir çalışmanın sonuçlarına göre de Ortadoğu Anadolu'da yaşayan kadınların %52'si yaşamının herhangi bir döneminde

şiddete maruz kaldığını ifade etmiştir (17). Bir başka çalışmanın sonuçlarına göre de şiddetin %57 oranla en fazla olarak eşler tarafından uygulandığı bulunmuştur (18). Farklı bölgelerde yapılan bu çalışmalarda birbirine benzer sonuçların görülmesinin sebebinin kadının toplumsal statüsünün düşük olması ve erkek egemen bir kültürün varlığından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Şiddete maruz kalma nedenine bakıldığında kadının karşılık vermesinin ilk sırada, ekonomik nedenlerin ikinci, alkolün üçüncü sırada yer aldığı görülmüştür. Şenol ve ark. yaptığı çalışmada ise ekonomik nedenler birinci, karşılık verme ikinci, alkol üçüncü sırada yer almaktadır (5). Başka bir çalışmanın sonuçlarına göre eşi çalışmayan ve ekonomik olarak kötü durumda olmanın şiddeti artırdığı görülmüştür (12). 2009 yılında yayınlanan aile içi şiddet raporunda ise kadına yönelik şiddetin nedenlerini kadınlar ekonomik sebepler, erkeğin ailesi ile sorunlar, erkeğin kötü alışkanlıkları ve erkekle, kadınla, çocukla ilgili nedenler olarak sıralamıştır (6). Denizli’de yapılan bir çalışmanın sonuçlarına bakıldığında ise şiddetin nedenlerinin ekonomik, geleneksel, psikolojik, cinsel ve kıskançlık kaynaklı olduğu görülmüştür (19). Bu durum geleneksel toplum yapısı, yoksulluk ve erkeğin toplumsal statüsünden kaynaklanıyor olabilir.

Medeni durum açısından bakıldığında evli olanların %64’ü şiddet eylemleri ile karşılaşmaktadır. Ayrılmış olanlarda şiddetle karşılaşma oranı 2 kat fazladır. Medeni durum açısından bakıldığında şiddet görme açısından istatistiksel fark vardır ($p \leq 0.001$). Şenol ve ark. yaptığı çalışmada ise ayrılmış kadınların %25’i sürekli şiddete maruz kaldıklarını söylemiştir (5). Ayrıca evli olanların %77’sinin ara sıra şiddete maruz kaldıkları görülmüştür. 2014 yılında yayınlanan şiddet raporunun sonuçlarına göre boşanmış ya da ayrı yaşayan kadınlar arasında son 12 ayda maruz kalınan şiddetin Türkiye ortalaması %11 olarak bulunmuştur ve boşanmış olanların %22’si şiddete maruz kaldıklarını söylemiştir (17). Bu durum şiddetin aynı zamanda boşanma sebebi olduğunu da göstermektedir.

Çalışmamızın sonuçları kadınların yaklaşık yarısının başka insanlar duymasın ve ailem

dağılmasın diye şiddete maruz kaldığını, sakladığını göstermektedir. Şenol ve ark. yaptığı çalışmada bizim çalışmamızla paralel sonuçlar elde etmiştir. Bu çalışmada da kadınlar aynı saiklerle şiddet gördüğünü saklamaktadır. Bir başka çalışmanın sonuçlarına göre kadınların şiddete nasıl tepki verecekleri sorulduğunda %27’si sözle karşılık vereceğini, %26’sı evi terk edeceğini, %20’si de sessiz kalacağını ifade etmiştir (6). Şiddet gören kadınların yalnızca %5’i psikolojik destek aldığını belirtmiştir. Literatürde yapılan başka çalışmalarda bizi desteklemektedir psikolojik destek alma oranları şiddet gören kadınlar içinde çok düşüktür. Bunun sebebi kadınların bir uzmana başvurmanın çözüm olacağını düşünmemesi olabilir.

Şiddete maruz kalan kadınların %64.8’inin çocuklarına şiddet uyguladığı görülmüştür. Başka bir çalışmanın sonuçlarına göre de şiddet gören kadınların %73’ü çocuklarına şiddet uygulamaktadır (5). Literatürdeki başka bir çalışmanın sonuçlarına göre şiddet uygulayan kadınların aile içi şiddet ölçeğinden anlamlı ve yüksek puan aldıkları görülmüştür (12). Neden şiddet uyguladıkları sorulduğunda kadınların yarısı karşısındakinin bunu hak ettiğini söylediği görülmüştür. Bu durum bize şiddetin öğrenilmiş bir davranış olduğunu ve sorunların çözümünde kullanılacak bir yöntem olduğunu, şiddet görenlerin daha çok bu çözüm yöntemine başvurduğunu göstermektedir. Ayrıca şiddetin empati yeteneğine zarar verdiğini düşündürmektedir.

Çalışmamıza katılan kadınların %89.6’sı kadına şiddet uygulamaya hiç kimsenin hakkı olmadığını yaklaşık %5’i kocasının hakkı olduğunu söylemiştir. TNSA 2013’e göre; TNSA’ya katılan kadınların bir kısmı, eğer kadın çocuklarının bakımını ihmal ederse, eşine karşılık verirse, eşine haber vermeden dışarı çıkarsa, cinsel ilişkide bulunmayı reddederse erkeğin fiziksel şiddet uygulama hakkı olduğunu söylemiştir (20). Bir başka çalışmada da kadınların %3.4’ü namus uğruna şiddete maruz kaldıklarını söylemiştir. Bu durum kadının namusundan erkeğin sorumlu olduğu düşüncesine sahip kadınlar olduğunu göstermektedir. Kadınların büyük bir kısmı şiddet uygulayan erkeğin tutuklanması gerektiğini düşünmektedir.

Meslek grupları açısından bakıldığında ise istatistiksel fark bulunmuştur. Ev hanımı olan ya da sosyal statüsü ekonomik getirisi daha düşük grupta olanların daha çok şiddet gördüğü tespit edilmiştir. Yapılan başka birkaç çalışmanın sonuçları da bu durumu desteklemektedir. Sosyoekonomik durumun düşük olması, kadının gelir getiren bir işte çalışmıyor olması şiddete maruziyeti artırmaktadır (21, 22, 23). Bu durum kadınların sosyal statülerinin düşük olmasından ve ekonomik güçlerinin olmamasından kaynaklanmaktadır.

Sonuç ve öneriler

Çalışmamızın sonuçlarına göre her beş yetişkin kadından biri yaşamının bir döneminde şiddetin herhangi bir formuna maruz kalmaktadır. Şiddeti uygulayan kişiler özellikle eşlerdir. Kadının eğitim seviyesinin ve ekonomik özgürlüğünün artması şiddetle karşılaşmayı azaltmakta fakat sıfırlamamaktadır. Kadının şiddetle karşılaşmasının birincil nedeni erkeğe karşılık vermek, ekonomik nedenler ve alkol olarak görülmüştür. Kadınların ailesi dağılmasın bakış açısı kadınların şiddeti sineye çekmelerine neden olmaktadır ve yardım aramalarına engel teşkil etmektedir. Şiddet gören kadınların çok az bir kısmı psikolojik destek almaktadır.

Öneri olarak kadının toplumdaki statüsünün yükseltilmesi kadınların ekonomik özgürlüklerinin sağlanması için kadın istihdamının artırılması, kadınların yükseköğretim seviyelerinde eğitim görmesinin artırılması için politikalar uygulanması, şiddet uygulayan kişilerin caydırıcı biçimde cezaya tabi tutulması, alkol kullanımının azaltılmaya çalışılması, şiddete uğrayan kadınların sığınacağı ve başvuracağı yerlerin kamu spotları ile tanıtılması önerilebilir.

İletişim: Dr. Çiğdem Tekin

E-posta: cigdemmoz@gmail.com

Kaynaklar

1. WHO (2014) World Report on ViolenceandHealth. Accessed May 1, 2017. www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/summary. Eşirim Tarihi: 20.06.2017.
2. WHO 1998 Raporu
3. WHO Consultation (1996) ViolenceAgainstWomen. Genova. 5-7 February
4. WHO (2002) World Report on ViolenceandHealth. Accessed May 1, 2017. www.who.int/violence_injury_prevention/vio

5. Yıldız S, Şenol D. Kadına yönelik şiddet algısı kadın ve erkek bakış açılarıyla. Ankara: Mutlu Çocuklar Derneği Yayınları; 2013.
6. Türkiye'de Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet Raporu 2009 Ankara
7. Vahip I, Doğanavşargil Ö. Aile içi fiziksel şiddet ve kadın hastalarımız. Türk Psikiyatri Dergisi 2006; 17 (2): 107-114.
8. Gürkan ÖC, Coşar F. Ekonomik şiddetin kadın yaşamındaki etkileri. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi 2009; 2 (3): 124-9.
9. Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA. World report on violence and health. Geneva: World Health Organization; 2002.
10. Wang S, An L, Cochran SD. Women's health. In: Detels R, eds. Oxford textbook of public health. London: Oxford University Press; 2002. p.90-2.
11. Altınay A. G, Arat, Y. (2007). Türkiye'de Kadına Yönelik Şiddet. Research Report. Punto, İstanbul. <http://research.sabanciuniv.edu/7029/1/TurkiyedeKadinaYonelikSiddet.pdf>. Eşirim Tarihi: 12.04.2017.
12. Efe SY, Ayaz S. Kadına yönelik aile içi şiddet ve kadınların aile içi şiddete bakışı. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2010; 11 (1): 23-9.
13. Moore T, Selkove W. Domestic violence victims in transition from welfare to work: barriers to self-sufficiency and the w-2 response. The Institute for Wisconsin's Future. <http://www.wisconsinfuture.org/publications/workinfamilies/DomesticViolenceSummary.pdf>
14. Balcı YG, Ayrancı U. Physical violence against women: Evaluation of women assaulted by spouses. J Clin Forensic Med 2005; 12: 258-263.
15. Subaşı N, Akın A. Kadına yönelik şiddet; nedenleri ve sonuçları. Toplumsal cinsiyet sağlık ve kadın. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Yayınları; 2003. s.231-47.
16. Bilgel N, Orhan H. Aile içi şiddet. Bilgel N (Editör). Aile hekimliği. Bursa: Medikal Tıp Kitabevi; 2006. s.643-55.
17. Türkiye'de Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet Araştırması. Ankara: Aralık 2014
18. Güler N, Tel H, Tuncay FÖ. Kadının aile içinde yaşanan şiddete bakışı. CÜ Tıp Fakültesi Dergisi 2005; 27 (2): 51-6.
19. Karal D, Aydemir E. Türkiye'de Kadına Yönelik Şiddet. International Strategic Research Organization. Uşak: Uşak Yayınları; 2012.
20. TNSA 2013 Rapor
21. Kocacık F, Dogan O. Domestic violence against women in Sivas, Turkey: survey study. Croat Med J 2006; 47: 742-49.
22. Günay T, Giray H, Harç B, Köksal B, Sarı S. İzmir'de bir gecekondu bölgesinde kadına yönelik aile içi şiddet. Sağlık ve Toplum 2006; 16: 31-7.
23. Turhan E, Güraksın A, İnandı T. Erzurum'da kadına yönelik aile içi şiddet. Sağlık ve Toplum 2006; 16: 24-30.

Lisede Eğitim Gören Gençler İle Çıraklık Eğitim Merkezine
Devam Eden Gençlerin Sağlık Risk ve Problemlerinin Karşılaştırılması
Comparative State of Health Risks and Problems Faced by Adolescents
Attending Regular High Schools and Apprenticeship Training Centres



Nazmiye Kaçmaz Ersü¹, Abdurrahman Ersü², Bekir Can Acar³, Kazım Çetinkaya⁴,
Kurtuluş Öngel⁵

Geliş/Received : 12.05.2017
Kabul/Accepted : 01.04.2018

Öz

Amaç: Çalışan gençler ile okuyan gençleri sosyodemografik özellikleri açısından değerlendirip fiziksel ve psikolojik sağlıkları açısından çalışan gençlerin okuyan gençlere göre ek risk faktörlerini belirlemektir.

Gereç ve Yöntem: Bu çalışma basit, kesitsel, tanımlayıcı bir anket çalışmasıdır. Çalışmanın örneklemini evreni bilinen örneklem hesaplama formülüyle hesaplandı. Çiğli ilçesi sınırları içerisinde yer alan İzmir Organize Sanayi Bölgesi Mesleki Eğitim Merkezi'nde eğitim gören 15-18 yaş aralığındaki en az 215 erkek öğrenci ile yapılması planlandı. Verilerin istatistiksel analizi SPSS 16.0 programı ile yapıldı.

Bulgular: Araştırma; 284'ü (%65,9) çalışan ve 147'si (%34,1) okuyan olmak üzere toplam 431 kişi ile gerçekleştirildi. Her iki grupta katılımcıların tamamının cinsiyeti erkekti. Çalışan çocukların %41,9'u, okuyan çocukların ise %21,8'i halen sigara kullanmaktaydı.

Çalışan ve okuyan çocukların mevcut fiziksel yakınmaları sorgulandığında çalışanların %75,4'ünün; okuyanların %32'sinin mevcut fiziksel yakınmaları olduğu tespit edilmiştir.

Tartışma: Sigara kullanımı gençlerin şimdiki ve gelecekteki sağlıklarına ciddi zarar veren ve önlenmesi gereken önemli bir sağlık sorunudur. Bu çalışmada çalışanların %41,9'unun; okuyanların %21,8'inin halen sigara içtiği saptanmıştır. Çalışan çocukların yakınmaları, okuyan çocukların yakınmalarına göre istatistiksel olarak anlamlı oranda yüksek saptandı. Bu çalışmada, çalışan ve okuyan çocuklara araştırmacılar tarafından fizik muayene yapıldı. Bu çalışmada elde edilen fizik muayene bulguları genel olarak literatürle uyumludur.

Anahtar sözcükler: Çocuk, İşçi, Sağlık.

Abstract

Objective: The aim is to assess the situation of employed young people and others in education in terms of their socio-demographic characteristics and to determine additional risk factors that working young people face relative to those in education.

Materials and Method: This is a simple, cross-sectional and descriptive survey work. The sample of the survey was figured out of a known universe. The survey plan was to cover at least 215 male trainees in the age interval 15-18 attending the Vocational Training Centre of İzmir Organized Industrial Zone located in Çiğli district of İzmir. The SPSS 16.0 programme was used in the statistical analysis of data.

Findings: The survey covered 431 persons in total 284 of whom (65.9%) are working and 147 are in education (34.1%). All participants in both groups are males. 41.9% of working children and 21.8% of students were smoking at the time of the survey. Asking if they have some complaints about their physical condition, 75.4% of working children and 32% of students responded that they had some problems in that respect.

Discussion: Smoking is an important health problem harmful to the present and future health of young people and must be prevented. The survey found that 41.9% of working children and 21.8% of students were smokers. Complaints by working children were significantly higher than others in statistical terms. Researchers conducted physical examination of working children and others in education. Generally, the findings of these examinations are consistent with the relevant literature.

Key words: Child, Worker, Health

1 Aydın Çine Devlet Hastanesi, Aydın
2 Aydın İncirliova 2 No'lu Aile Sağlığı Merkezi, Aydın
3 Enes İlçe Devlet Hastanesi, Edirne
4 Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İzmir
5 Katip Çelebi Ü. Tıp Fak. Aile Hekimliği AD, İzmir

Giriş

Çocuğun çalışması önemli bir sosyo-kültürel sorun olarak hemen bütün ülkelerde yaşanan evrensel bir olgudur. Ulusal yasaların ve uluslararası standartların varlığına karşın milyonlarca çocuğun tüm dünyada çoğunlukla sağlıklı gelişim şartlarına uygun olmayan biçimde çalıştırıldığı izlenmektedir (1). Uluslararası çalışma örgütü (ILO) verilerine göre tüm dünyada yaklaşık 250 milyon çocuk çalışmaktadır (2).

Ülkemizde de Devlet İstatistik Enstitüsünün 2012 yılı çocuk işgücü anketine göre çalışan çocuk sayısı 6-14 yaş grubunda 292 bin kişi, 15-17 yaş grubunda ise 601 bin kişidir. Ekonomik faaliyette çalışan 6-17 yaş grubundaki çocukların istihdam oranı %5,9'dur. Bu yaş grubundaki istihdam oranı 2006 yılı sonuçlarına göre aynı düzeyde kalırken, çalışan çocuk sayısında üç bin kişilik artış gerçekleşmiştir (3).

Çocuk ve gençlerin uzun süreli çalışma yaşamına erken yaşta başlaması, işe başlamadan önce eğitimin ihmal edilmesi, beden ve ruh sağlığına uygun olmayan işlerde çalışmaları (4), beslenmelerinin yetersiz olması, alkol, sigara ve madde kullanımı, erişkin yaşta edinilmesi gereken davranışların erken yaşta edinilmesi ve ergenlik döneminde sık görülen riskli davranışlar da göz önüne alındığında çalışan gençlerin kendi yaş gruplarında okuyan gençlere göre fiziksel ve psikolojik sağlıklarını tehdit eden ek risk faktörleri bulunduğu düşünülebilir (5).

Çalışmanın amacı genç işçiler ile kendi yaş gruplarındaki okuyan gençleri sosyodemografik özellikleri açısından değerlendirip fiziksel ve psikolojik sağlıklarını açısından genç işçilerin kendi yaş gruplarında okuyan gençlere göre ek risk faktörlerini belirlemek ve her iki grup arasında ortak risk faktörleri açısından karşılaştırma yaparak sorunlarına çözüm önerileri bulabilmektir.

Gereç ve Yöntem

Aralık 2012-Ocak 2013 tarihleri arasında yapılan araştırma; kesitsel, tanımlayıcı anket araştırması olarak planlanmıştır. Çalışmanın örneklemini evreni bilinen örneklem hesaplama formülüyle hesaplandı hesaplamalara göre de Çiğli ilçesi sınırları içerisinde yer alan İzmir Organize Sanayi Bölgesi Mesleki Eğitim Merkezi'nde eğitim gören 15-18 yaş aralığındaki en az 215 erkek öğrenci ile

yapılması planlanmıştır. İzmir İl Milli Eğitim Müdürlüğü'nden 10.05.2013 tarihinde 91362 sayılı izin ve İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Etik Kurulu'ndan 20.03.2013 tarihinde karar no: 14 sayılı etik kurul izni alınarak çocuklara sınıflarında öğretmenleri gözetiminde anket formu uygulanmış ve okullardaki çok amaçlı kullanılan salonlarda sistemik fizik muayene uygulaması tamamlanmıştır. Fizik muayeneleri İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği'nde uzmanlık eğitimi alan üç araştırma görevlisi tarafından gerçekleştirilmiştir. Öğrencilere ve 18 yaş altındaki çocukların ebeveynlerine çalışma hakkında bilgi verilerek sözel onamları alınmıştır. Anket uygulanırken öğrencilerden yazılı onam alınmamıştır. Çalışma öncesi öğrencilere anket formuna kimlik bilgilerini yazmamaları; verecekleri yanıtların gizli tutulacağı söylenmiştir.

Çocukların üzerindeki fazla kıyafetler mümkün olduğunca çıkarılarak, 100 gr'a duyarlı kalibre edilmiş dijital tartı ile kiloları (kg) ölçülmüştür. Ayakkabıları çıkartılarak ayakları ve kolları yana bitişik bir biçimde duvara yaslayıp cetvelle duvara izdüşümü alınarak işaretlenmiş şerit mezura ile boyları ölçülmüştür. Araştırmamızda çocukların psikolojik durumlarını tanımlayacak herhangi bir bilimsel ölçek kullanılmamıştır.

Kan basıncı öğrenciler oturur pozisyonda iken, sağ kol kalp hizasında olacak biçimde, sağ koldan Erka marka tansiyon aletiyle manşetin alt sınırı antekübital seviyenin 2.5 cm üstünde olacak biçimde, kol hafif fleksiyona getirilerek ölçülmüştür.

Elde edilen veriler bilgisayar paket programında (SPSS 16,0) değerlendirmeye alınmıştır. Araştırmanın bağımsız değişkenleri sayı yüzde dağılımları şeklinde yapılmış ve yorumlanmıştır. Kişilerin sosyodemografik özelliklerine ilişkin veriler öncelikle ortalama, standart sapma, minimum maksimum değerler, frekans şeklinde saptanmıştır. Bağımsız değişkenler sayı, yüzde, frekans tabloları şeklinde verilmiştir. Sürekli değişkenler ortalama, standart sapma, minimum ve maksimum değerleri şeklinde verilmiştir. Tek değişkenli çözümleyici analizlerde katagorik değişkenlerde yüzdeler arası fark ki-kare testiyle sürekli değişkenlerde ortalamalar arasındaki fark değişkendeki grup sayısı iki iken t testiyle grup

sayısı ikiden fazla olduğu durumda ise Oneway Anova testi ile bakılmıştır. $p < 0,05$ değeri istatistiksel anlamlılık için eşik değer kabul edilmiştir.

Bulgular

Araştırma 284'ü (%65,9) çalışan ve 147'si (%34,1) okuyan olmak üzere toplam 431 kişi ile gerçekleştirildi.

Anketteki ilk 9 soru araştırmaya katılanların sosyodemografik özelliklerini belirlemeye yöneliktir, Tablo 1'de araştırmaya katılanların sosyodemografik özellikleri gösterilmiştir.

Çalışmada özellikle ileri yaşlarda çok ciddi sağlık sorunlarına yol açabilecek sigara içme davranışları da araştırılmıştır. Çalışan çocukların %41,9'u

Tablo 1. Grupların sosyodemografik belirteçleri

Sosyodemografik	Çalışan		Okuyan		P
	Sayı	%	Sayı	%	
Yaş					
15 yaş ve altı	28	9.9	12	8.2	0.245
16 yaş	81	28.4	32	21.8	
17 yaş	120	42.3	67	45.6	
18 yaş ve üstü	55	19.4	36	24.4	
Babanın eğitim					
Eğitimsiz	10	3.5	0	0	<0.001
İlkokul	151	53.2	24	16.3	
Ortaokul	87	30.6	17	11.6	
Lise	30	10.6	43	29.3	
Yüksekokul/Üniversite	6	2.1	63	42.8	
Annenin eğitimi					
Eğitimsiz	29	10.2	3	2.1	<0.001
İlkokul	153	53.8	34	23.1	
Ortaokul	74	26.1	14	9.5	
Lise	27	9.5	51	34.7	
Yüksekokul/Üniversite	1	0.4	45	30.6	
Babanın mesleği					
Çiftçi	13	4.6	1	0.7	<0.001
Memur	17	6	65	44	
İşçi	195	68.7	33	22.4	
İşyeri Sahibi	35	12.3	35	23.8	
İşsiz	16	5.6	4	2.7	
Diğer	8	2.8	9	6.2	
Anne çalışma durumu					
Evet	74	26.1	35.4	0.044	
Hayır	210	73.9		64.6	
Kardeş sayısı					
3'ten az	206	72.5	52	93.2	<0.001
3-5 arası	68	23.9	94	6.1	
5'ten fazla	10	3.6		0.7	
Kardeş çalışma durumu					
Evet	118	41.5	137	19.7	<0.001
Hayır	166	58.5	9	80.3	
Toplam	284	100	147	100	

(n=119), okuyan çocukların ise %21,8'i (n=32) halen sigara kullanmaktaydı. Çalışan çocuklarda halen sigara içme durumu okuyan çocuklara göre anlamlı oranda yüksek bulunmuştur (p<0.001).

Alkol kullanım oranlarına bakıldığında çalışan çocukların %39,8'i ve okuyan çocukların %31,3'ü ayda bir kez ya da daha az sıklıkta alkol almaktaydı.

Çalışan çocukların %51,8'i ve okuyan çocukların %81,6'sı spor yaptığını belirtti (p<0.001). Çalışan çocukların %71,5'i, okuyan çocukların %98'i çeşitli hobileri olduğunu belirtti (p=0.001).

Çalışan çocukların %25,4'ü ve okuyan çocukların %6,1'i 6 saatten az uyku uyduğunu belirtti (p<0.001). Çalışan çocukların %59,5'i ve okuyan çocukların %84,4'ü 6-8 saat arası uyku uyuduklarını belirtti.

Çalışan çocukların %32'si, okuyan çocukların ise %11,6'sı son bir yıl içinde kaza ya da yaralama

geçirmişti. Son bir yıl içinde kaza ya da yaralanma geçiren çalışan çocuklar okuyan çocuklara göre istatistiksel olarak anlamlı oranda yüksekti (p<0.001). Ancak kazaların iş kazası olup olmadığı ya da yaralanmaların iş kazası sonucu gerçekleşip gerçekleşmediği sorgulanmadı. Çalışan çocukların %32'si, okuyan çocukların %23,8'i son bir yıl içinde acil servise başvurmuştu. Son bir yıl içinde acil servise başvuru sıklıkları açısından çalışan ve okuyan çocuklar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı (p=0.075).

Çalışan çocukların ortalama kilosu 67,9 kg. (min: 44. max: 127) ve okuyan çocukların ortalama kilosu 73,1 kg (min: 46. max: 130), (p<0.001) olarak ölçüldü. Çalışan çocuklar ile okuyan çocuklar arasında kilo değerleri açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı (p < 0.001).

Çalışan çocukların ortalama boyu 173,7 cm (min: 153. max: 197) ve okuyan çocukların ortalama

Tablo 2. Grupların beslenme durumlarının karşılaştırılması

Beslenme durumları	Çalışan		Okuyan		P
	Sayı	%	Sayı	%	
Sabah Kahvaltısı yapma durumu					
Sabah kahvaltısı yaparım	94	33.1	92	62.6	<0.001
Sabah kahvaltısı yapmam	56	19.7	15	10.2	
Simit-poğaçaya yerim	134	47.2	40	27.2	
Öğle Yemeği yeme durumu					
Evde yerim	28	9.9	33	22.4	<0.001
İş yeri Ya da okul yemek hanesinde yerim	246	86.6	40	27.2	
Sandviç-tost yerim	8	2.8	72	49	
Öğle yemeği yemem	2	0.7	2	1.4	

Tablo 3. Grupların son bir yıl içindeki sağlık durumlarının karşılaştırılması

	Çalışan		Okuyan		P
	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)	
Son bin yılda acil servise başvurma					
Evet	91	32	35	23.8	0.075
Hayır	193	68	112	76.2	
Toplam	284	100	147	100	
Son 1 Yılda Kaza Geçirme					
Evet	91	32	17	11.6	
Hayır	193	68	130	88.4	
Toplam	284	100	147	100	<0.001

boyu ise 174,9 cm (min: 155. max: 194) olarak ölçüldü. Çalışan çocuklar ile okuyan çocuklar arasında boy ölçümleri açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı (p=0.95).

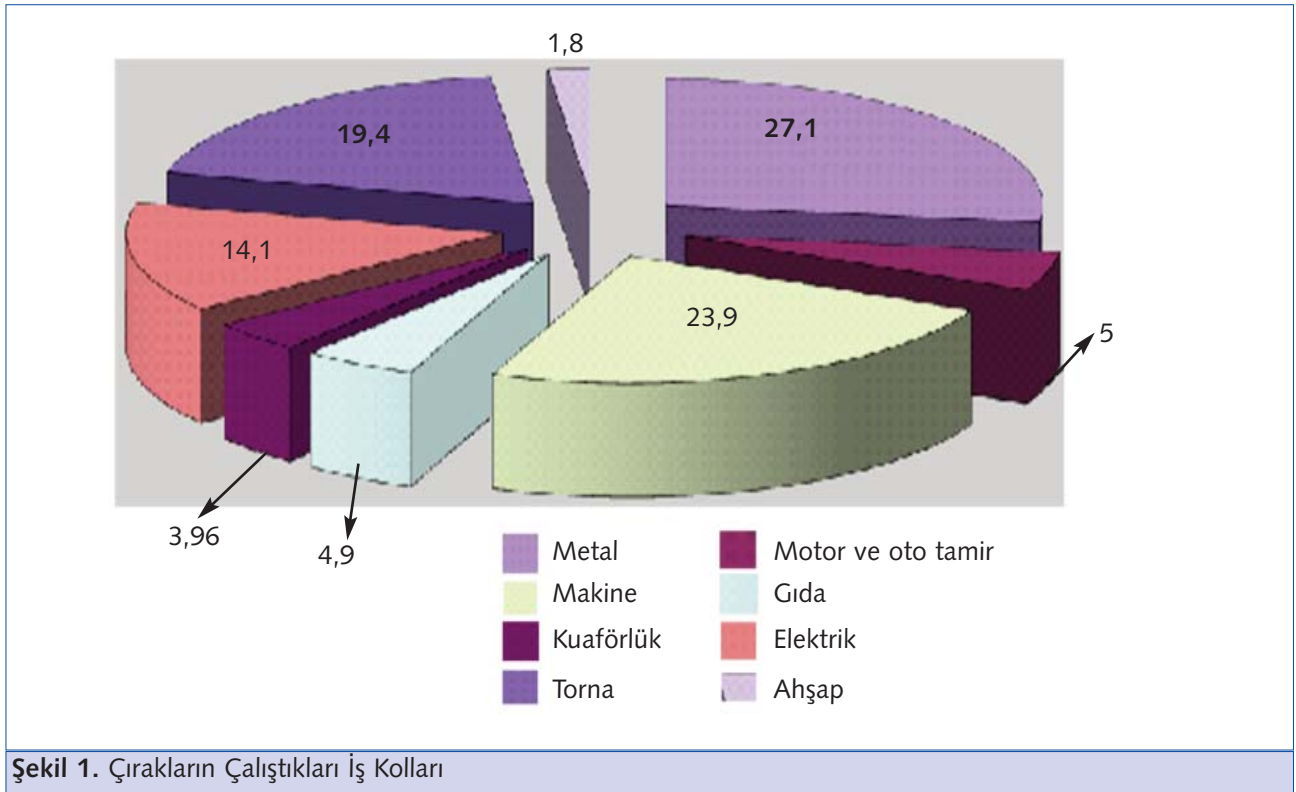
Çalışan çocukların VKİ ortalamaları $22,4 \pm 4,21$ (min: 16,7. max: 43,4) olarak hesaplandı. Okuyan çocukların VKİ ortalaması ise $23,8 \pm 3,69$ (min: 17,1. max: 39,6) olarak hesaplandı. Çalışan çocuklar ile okuyan çocuklar arasında VKİ ölçümleri açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı (p=0.001).

Çalışan çocukların ortalama sistolik kan basıncı değerleri 114 mmHg (min: 90 ve max: 160) iken okuyan çocukların ortalama sistolik kan basıncı değerleri 114 mmHg (min: 100 ve max: 140) olarak ölçüldü. Çalışan çocuklar ile okuyan çocuklar arasında sistolik kan basıncı değerleri açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı (p=0.494). Çalışan çocukların ortalama diyastolik kan basıncı değerleri 72 mmHg (min: 55 ve max: 100) ve okuyan çocukların ortalama diyastolik kan basıncı değerleri 71 mmHg (min: 60 ve max: 82) olarak ölçüldü. Çalışan çocuklar ile okuyan çocuklar arasında diyastolik kan basıncı değerleri açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı (p=0.278).

Çalışan çocukların işe başlama sebepleri sorgulandığında %42,3'ü (n=120) eğitimde başarısız olma/okulu sevmeme nedeniyle, %5,1'i (n=14) okul masraflarını karşılayamadığı için, %63,4'ü (n=182) meslek öğrenmek için, %19,2'si (n=54) aile gelirine katkı sağlamak için ve %18,7'si (n=53) kendi özel gereksinimlerini karşılayabilmek için bir işte çalışmaya başladığını belirtti.

Çalışan çocukların çalıştıkları iş kollarına bakıldığında %27,1'i (n=77) metal sanayi, %23,9'u (n=68) makine sanayi, %5'i (n=14) motorlu araçlar sektörü, %4,9'u (n=14) yiyecek içecek hizmetleri, %3,9'u (n=11) güzellik saç bakım hizmetleri, %14,1'i (n=40) elektrik-elektronik, %19,4'ü (n=55) torna-tesviye, %1,8'i (n=5) ise ahşap sektöründe çalışmaktaydı (Şekil 1).

Çalışan ve okuyan çocukların son 2 haftalık fiziksel yakınmaları sorgulandığında çalışan çocukların %75,4'nün (n=214) ve okuyan çocukların %32'sinin (n=47) fiziksel yakınmaları olduğu tespit edildi. Çalışan çocukların yakınmaları, okuyan çocukların yakınmalarına göre istatistiksel olarak anlamlı oranda yüksekti (p<0.001). Tablo 4'de çocukların yakınmaları görülmektedir.



Şekil 1. Çırakların Çalıştıkları İş Kolları

Tablo 4. Grupların son 2 haftalık yakınmalarının karşılaştırılması

Yakınma	Çalışan		Okuyan		P değeri
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	
Halsizlik					
Var	133	46.8	18	12.2	<0.001
Yok	151	53.2	129	87.8	
Toplam	284	100	147	100	
Öksürük					
Var	58	20.4	13	8.8	<0.002
Yok	226	79.6	134	91.2	
Toplam	284	100	147	100	
Duyma bozukluğu					
Var	17	6	1	0.7	<0.009
Yok	267	94	146	99.3	
Toplam	284	100	147	100	
Görme bozukluğu					
Var	26	9.2	14	9.5	<0.900
Yok	258	90.8	133	90.5	
Toplam	284	100	147	100	
Gastrointestinal					
Var	10	3.5	2	1.4	<0.196
Yakınmalar Yok	274	96.5	145	98.6	
Toplam	284	100	147	100	
Deri ve tırnak sorunu					
Var	80	28.2	14	9.5	<0.001
Yok	204	71.8	133	90.5	
Toplam	284	100	147	100	
Boğaz ağrısı					
Var	45	15.8	11	7.5	<0.014
Yok	239	84.2	136	92.4	
Toplam	284	100	147	100	
Baş ağrısı					
Var	78	27.5	12	8.2	<0.001
Yok	206	72.5	135	91.8	
Toplam	284	100	147	100	
Sırt ve bel ağrısı					
Var	155	54.6	10	6.8	<0.001
Yok	129	45.4	137	93.2	
Toplam	284	100	147	100	
İştahsızlık					
Var	37	13	5	3.4	<0.001
Yok	247	87	142	96.6	
Toplam	284	100	147	100	

Çalışan ve okuyan çocuklara araştırmacılar tarafından fizik muayene yapıldı. Saptanan rahatsızlıkların giderilmesi amacıyla okul müdürleriyle görüşüldü. Rahatsızlığı olan çocuklar

tetkik ve tedavi amacıyla sağlık merkezlerine ve risklerin azaltılması amacıyla iş yeri hekimlerine yönlendirildi. Fizik muayene sonuçlarına göre çalışan çocukların %40,5'inde ve okuyan

çocukların % 11,6'sında (n=17) deri-tırnak sorunları mevcuttu ($p<0.001$). Çalışan çocukların %24,3'ünde (n=69); okuyan çocukların %8,2'sinde (n=12) kulak-burun-boğaz sorunları mevcuttu ($p<0.001$). Çalışan çocukların %11,3'ünde (n=32); okuyan çocukların %4,1'inde (n=6) göğüs sorunları mevcuttu ($p=0.013$). Çalışan çocukların %2,8'inde (n=8); okuyan çocukların %1,4'ünde (n=2) kardiyak sorunlar mevcuttu ($p=0.341$). Çalışan çocukların %1,4'ü (n=4) ve okuyan çocukların %1,4'ünde (n=2) batın sorunları mevcuttu ($p=0.968$). Çalışan çocukların %2,8'i (n=8); okuyan çocukların %0,7'sinde (n=1) kas-iskelet sistemi sorunları mevcuttu ($p=0.141$). Tablo 5'te çocukların fizik muayene bulguları görülmektedir.

Tartışma

Bu çalışmaya katılan çalışan çocukların %9,9'u, okuyan çocukları %8,2'si 15 yaşın altındaydı. Çalışmaya katılan çalışan ve okuyan çocuklar sıklıkla 17 yaşındaydı.

1997 yılında yapılan düzenleme ile ilköğretim sekiz yıla çıkarılmıştır (6). Eğitim çocukların çalıştırılması ile mücadelede önemli silahtır. Temel eğitimin sekiz yıla çıkarılması çocukların iş yaşamına girme yaşını daha yukarılara çekmesi açısından olumlu kazanımlar getirmiştir (7).

Araştırmamızın sosyodemografik bulgulardan birisi de çalışan ve okuyan çocukların anne ve babalarının eğitim düzeyi göstergeleridir. Bu

Tablo 5. Grupların fizik muayene bulgularının karşılaştırılması

Yakınma	Çalışan		Okuyan		P değeri
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	
Ağız ve Boğaz Bakısı					
Var	69	24.3	12	8.2	0.001
Bulgusu Yok	215	75.7	135	91.8	
Toplam	284	100	147	100	
Kas ve İskelet Sistemi Var	8	2.8	1	0.7	0.141
Bulgusu Yok	276	97.2	146	99.3	
Toplam	284	100	147	100	
Karın Muayenesi Bulgusu					
Var	4	1.4	2	1.4	0.968
Yok	280	98.6	145	98.6	
Toplam	284	100	147	100	
Kardiyak Bakı Bulgusu					
Var	8	2.8	2	1.4	0.341
Yok	276	97.2	145	98.6	
Toplam	284	100	147	100	
Göğüs Bakısı Bulgusu					
Var	32	11.3	6	4.1	0.013
Yok	252	88.7	141	95.9	
Toplam	284	100	147	100	
Baş ve Boyun Bulguları					
Var	4	1.4	3	2	0.622
Yok	280	98.6	144	98	
Toplam	284	100	147	100	
Cilt ve Tırnak Bulguları					
Var	115	40.5	17	11.6	<0.001
Yok	169	59.5	130	88.4	
Toplam	284	100	147	100	

araştırmada çalışan çocukların anne ve babalarının eğitim düzeyi okuyan çocukların anne ve babalarının eğitim düzeyine göre anlamlı olarak daha düşük saptandı. Çatak ise çalışmasında, annenin eğitim düzeyi düştükçe çocuk işçiliğinin 4,5 kat arttığını bildirmiştir (8).

Bayuğa ve ark.'ları çalışmalarında, babanın eğitim durumunun düşüklüğünün kalifiye eleman olmayı engellediğini, bu durumun iş bulmalarını güçleştirdiğini, dolayısıyla işsiz kalabildiklerini ya da enformel sektörde geçici olarak çalışabildiklerini, bu sektörlerdeki düşük gelirleri ile evlerini geçindiremeyip çocuklarını çalıştırma risklerinin arttığını da belirtmişlerdir (9).

Bu çalışmada çalışan çocukların annelerinin çalışma durumu %26,1 olarak tespit edilmiştir. Özdenler Eker'in araştırmasında bu oran %30 olarak tespit edilmiş ve ailelerin gelirlerinin yetersiz olması nedeniyle çocuğunu çalıştırdığını, çocuk işçi ailelerinde hem çocukların hem de annelerin işgücüne katıldıklarını göstermiştir (10).

Bu çalışmada beslenme durumlarına bakıldığında okuyan çocuklar daha düzenli ve sıklıkla evlerinde sabah kahvaltısı yaparken, öğle yemeklerini sıklıkla tost-sandviç ile geçiştirmekte, çalışan çocukların çoğunluğu ise sabah kahvaltısını düzenli yapmayıp, öğle yemeklerini daha düzenli ve sıklıkla çalıştıkları iş yerlerinde yemektirler. Fırat'ın yapmış olduğu araştırmada da bu araştırmada uyumlu olarak çalışan çocukların düzenli olarak öğle yemeği yiyebildikleri, okuyan çocukların ise daha düzenli olarak sabah kahvaltısı yaptıkları bildirilmiştir (11). Çalışan çocukların sabah erken saatte evden çıkmalarının sabah kahvaltısı yapmalarına engel olduğu, öğle saatlerinde okula gitmek için evden ayrılan çocukların ise öğle yemeğini yiyemedikleri sonucuna varılmıştır. Çalışan çocuklar öğle yemeklerini düzenli olarak iş yerlerinde yiyebilmektedirler. Zagzik'te yapılmış olan bir çalışmada çalışan çocukların kontrol gurubuna göre sıklıkla öğle ve akşam yemeklerini ev dışında yedikleri ve bu durumun ev dışında fazla zaman geçirmeleriyle ilişkili olduğu belirtilmiştir (12).

Çalışan çocuklar yoksulluklarından, ailelerinin eğitim düzeylerinde düşüklükten, işe gitmek için evden erken ayrılmalarından ve diğer sosyal

sebeplerden ötürü sabah kahvaltısını sıklıkla yapamadıkları sonucuna varıldı. Bu sebeple iş yerlerinde yedikleri öğle yemekleri günlük protein ve vitamin gereksinimlerinin karşılanmasında önem arz etmektedir. İş yerinde yedikleri öğle yemeklerinin sebze ve meyve gibi ve et gibi proteinli yiyecekleri içermesi dengeli beslenmeleri için gereklidir. Ayrıca çalışan çocukların yaptıkları bazı işler yüksek enerji tüketimine yol açabildiğinden özellikle sabahları dengeli ve sağlıklı beslenmeme durumu halsizlik başta olmak üzere çeşitli sağlık sorunlarına yol açabilmektedir. Düzensiz öğün ve öğün aralarında atıştırma örüntüsü, ev dışında yemek yeme alışkanlığı ve ayak üstü beslenme (fast-food) biçimi gençlerde beslenme alışkanlıklarının tipik özelliklerindedir. Bu alışkanlıkları genellikle aile, akranlar ve medyayı kapsayan birçok etken etkilemektedir. Günümüzde gençler biyolojik ve psikososyal pek çok sağlık sorunu ile karşı karşıyadır. Ancak bunların arasında sağlıksız dengesiz beslenme alışkanlığı ve buna bağlı olarak gelişen hastalıklar ilk sıralarda yer almaktadır (13). Bu açıdan bakıldığında okuyan çocukların sıklıkla öğle yemeklerini ayaküstü beslenme (fast-food) biçiminde geçiştirmeleri ileride obezite ve buna bağlı kronik hastalıkların gelişimine zemin oluşturmaktadır (14). Sigara kullanımı gençlerin şimdiki ve gelecekteki sağlıklarına ciddi zarar veren ve önlenmesi gereken önemli bir sağlık sorunudur (15). Bu çalışmada %41,9 çalışan çocuğun, %21,8 okuyan çocuğun, halen sigara içtiği saptanmıştır. Çalışan çocuklarda halen sigara içme durumu okuyan çocuklara göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur.

N.Akış ve ark. yapmış oldukları çalışmada çalışan erkek çocukların %42,3'ünün sigara içtiği bildirilmiştir (16). Çatak'ın yapmış olduğu tez çalışmasında her gün sigara içenlerin oranının okuyan çocuklara göre çalışan çocuklarda yaklaşık 4 kat fazla olduğu bildirilmiştir (8). Bakar C. ve ark. yapmış oldukları çalışmada çocuk işçilerde okuyan çocuklara göre yaklaşık 5 kat fazla sigara içme oranları bildirilmiştir (7). Gemlik'te Sağlık Meslek Lisesi'nde yapılan çalışmada sigara içme oranı %17,1; yine Gemlik'te bir lisede yapılan çalışmada ise bu oran %21,8 bulunmuştur (17).

Sigara genellikle çocuklar ve adolesanlar tarafından ilk denenen bağımlılık yapıcı maddedir. Çalışmalarda erkek olmak, çevrelerindeki kişilerin

sigara ve diğer bağımlılık yapıcı maddeleri kullanması, aileyle ve arkadaşlarla sorun yaşamak, alkol ve diğer bağımlılık yapıcı maddeleri kullanmak, okulda başarısız olmak, düşük sosyo ekonomik düzeyin sigara deneme ve içmeyi artırdığı bildirilmektedir.

Bu çalışmada çalışan çocukların %56'sında, okuyan çocukların %53,7 sinde alkol kullanım öyküsü mevcuttu. Çalışan çocukların %39,8'i okuyan çocukların 31,3'ü ayda en az bir kez alkol kullanmaktaydı. Çalışan çocuklar, okuyan çocuklara göre anlamlı oranda daha fazla alkol tüketmekteydi. S.Öner ve Ark'larının (18) çalışan çocuklarla yapmış oldukları çalışmada alkol kullanım öyküsü %39,1, Akvardar ve Ark'larının (19) yapmış oldukları çalışmada %17,3, Ogel ve ark (20) çalışmasında ise %18,3 olduğu rapor edilmektedir. Aschall ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada, çalışan çocuklarda alkol kullanımı, diğer çocuklara kıyasla daha fazla olduğu bildirilmektedir (21). Bu çalışmada alkol kullanım oranları Türkiye'de yapılan diğer çalışmalarla karşılaştırıldığında daha yüksek saptanmıştır. Yapılan çalışmalarda erkek olmanın alkolle karşılaşmayı en fazla etkileyen faktör olduğu bildirilmektedir (19). Bu çalışmada katılımcıların tamamı erkektir. Türkiye'de yapılan diğer çalışmalara göre oranların daha yüksek olması çalışmanın erkek öğrenciler ile yapılması olabileceği düşünülmüştür. Ayrıca yapılan sınırlı sayıda çalışmada madde kullanımının öğrenciler arasında ilden ile farklılık gösterdiği bildirilmiştir. Çalışmadaki oranların bu nedenle de yüksek çıkmış olabileceği düşünülmüştür.

Bu çalışmada çalışan çocukların %32'sinin, okuyan çocukların %11,6'sının son bir yıl içinde kaza ya da yaralama geçirdiği. Son bir yıl içinde kaza ya da yaralanma geçiren çalışan çocuk sayısı, okuyan çocuklara göre istatistiksel olarak anlamlı oranda yüksek saptandı. Çıraklarda bu kaza ve yaralanmaların sıklıkla iş kaynaklı olabileceği düşünülmüştür. M.Fırat'ın yaptığı çalışmada çıraklarda iş kazası sıklığı %39,6 olarak saptanmıştır (11). MEB ve ILO'nun çalışmasında çocuk işçilerden alınan bilgiye göre son beş yıl içinde meydana gelen 23 iş kazasında 26 çırağın yaşamını kaybettiği ve yine 28 kaza sonucunda 33 çırağın malulen emekliye sevk edildiği, 44 kaza sonucunda 56 çırağın fiziksel özürlü duruma düştüğü belirlenmiştir (22).

Bu çalışmada çalışan çocuklar ile okuyan çocuklar arasında kilo ve VKİ değerleri açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmasına karşın; boy ölçümleri açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır. Okuyan çocukların kilo ve VKİ'leri çalışan çocuklara göre anlamlı oranda yüksek saptanmıştır. M. Fırat'ın çalışmasında çalışan çocuklarla okuyan çocuklar fiziksel yapıları yönünden karşılaştırıldıklarında okuyan çocuklar kilo ve boy yönünden çalışan çocuklara göre anlamlı oranda gelişmiş olarak saptanmıştır (11). Kilo açısından karşılaştırma bu çalışmayla uyumlu olmakla birlikte boy yönünden karşılaştırma bu çalışmayla uyumsuzdur.

Sosyoekonomik açıdan iyi koşullarda yaşayan bireylerin büyüme ve beslenme yapısının, görece kötü koşullarda yaşayan bireylere göre daha iyi olduğu uzun süreden beri bilinmektedir (23). Duyar'ın Türkiye'nin yedi bölgesini kapsayan üst sosyoekonomik düzeye mensup çocukları da kapsayan çalışmasında, incelenen grubun ABD standartlarıyla benzer bir büyüme yapısına sahip olduğu görülmektedir. Bu durum ülkemiz çocuklarının büyüme potansiyelinin sosyoekonomik koşulların düzelmesine paralel olarak arttığı anlamına gelmektedir (24). Çalışan ve okuyan çocukların ortalama sistolik kan basıncı değerleri 114 mm.Hg. olarak saptandı. Çalışan çocukların ortalama diyastolik kan basıncı değerleri 72 mm.Hg. okuyan çocukların ortalama diyastolik kan basıncı değerleri 71 mm/Hg olarak saptandı. Çalışan çocuklar ile okuyan çocuklar arasında sistolik ve diyastolik kan basıncı değerleri açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı. Yapılan bir çalışmada da çalışan çocukların ortalama sistolik kan basıncı değerleri 113 mm/Hg. kontrol grubunun 108 mm/Hg. çalışan çocukların ortalama diyastolik kan basıncı değerleri 68 mm.Hg ve kontrol grubunun diyastolik kan basıncı değerleri 66 mm.Hg olarak tespit edilip; çalışan çocuklar ile kontrol grubu arasında sistolik ve diyastolik kan basıncı değerleri arasında anlamlı fark saptanmadığı bildirilmiştir (25). Bu bulgular çalışmamızla uyumlu bulunmuştur.

Çalışan ve okuyan çocukların son iki haftalık fiziksel yakınmaları sorgulandığında çalışan çocukların %75,4'ünün, okuyan çocukların %32'sinin mevcut fiziksel yakınmaları olduğu tespit edildi. Çalışan çocukların yakınmaları,

okuyan çocukların yakınmalarına göre istatistiksel olarak anlamlı oranda yüksek saptandı. %54,6 ile sırt ve bel ağrısı yakınması çalışan çocukların yakınmalarının başında gelmekteydi. Okuyan çocuklarda bu oran %6,8'di. Çalışan çocukların %46,8'inin, okuyan çocukların %12,2'sinin halsizlik, çalışan çocukların %28,2'sinin, okuyan çocukların %9,5'inin deri-tırnak sorunları ve çalışan çocukların %27,5'inin okuyan çocukların %7,5'inin baş ağrısı şikâyetleri mevcuttu. Diğer mevcut şikâyetler, çalışan çocuklarda %20,4, okuyan çocuklarda %8,8 ile öksürük, çalışan çocuklarda %15,8, okuyan çocuklarda %7,5 ile boğaz ağrısı, çalışan çocuklarda %9,2, okuyan çocuklarda %1,4 ile görme bozukluğu, çalışan çocuklarda %6, okuyan çocuklarda %0,7 ile duyma bozukluğu bildirilmişti.

Nuwayhid ve arkadaşlarının çalışmasında çalışan çocukların son 2 haftalık yakınmaları sorgulanmış. Çalışan çocukların %51,9'nun, karşılaştırma grubunun %26,7'sinin kas ve iskelet sistemi yakınmalarının, çalışan çocukların %44,2'sinin karşılaştırma grubunun %23,3'nün deri ile ilgili yakınmalarının, çalışan çocukların %45,5'nin, karşılaştırma grubunun %28,3'nün göz ile ilgili yakınmalarının, çalışan çocukların %35,1'nin, karşılaştırma grubunun %15,0'nin kulak ile ilgili yakınmalarının, çalışan çocukların %51,9'nun karşılaştırma grubunun %35,0'nin baş ağrısı yakınmasının, çalışan çocukların %49,4'nün, karşılaştırma grubunun %56,7'sinin solunum sistemi ile ilgili yakınmalarının, çalışan çocukların %36,8'nin, karşılaştırma grubunun ise %28,3'nin gastrointestinal sistem yakınmalarının olduğu bildirilmiştir (25). Son iki haftalık yakınmaların çoğunluğunda oranlar bu çalışma ile uyumlu gözükmektedir.

ILO tarafından yapılan bir çalışmada çalışan çocuklarda tespit edilen hastalıkların %57'sini sırt ve bel ağrısı gibi kas iskelet sistemi hastalıkları oluşturmaktaydı. Bunu %21 ile deri hastalıkları takip etmekteydi. En ciddi olanları gastrointestinal sistem ve solunum sistemi hastalıkları olup %5 oranında tespit edildiği belirtildi. Göz hastalıklarının %4, duyma bozukluklarının %1 ve diğer hastalıkların %7 oranında saptandığı belirtilmiştir. Bulguların bizim çalışmamızla uyumlu olduğu gözlenmektedir (26). Bu çalışmada çalışan ve okuyan çocuklara araştırmacılar tarafından fizik muayene yapıldı. Fizik muayene için kurumlar

tarafından ayrı bir oda temin edildi ve araştırmacılar tarafından paravan, kalibre edilmiş tansiyon aleti, steteskop, yüz grama duyarlı ve kalibre edilmiş dijital tartı, boy ölçümü için şerit mezure, temin edildi. Fizik muayene bulguları olan çocuklardan tetkik istenmedi ancak fizik muayene bulgusu olan çocuklar aile hekimlerine ve ilgili branş uzmanlarının bulunduğu sağlık merkezlerine yönlendirildi.

Fizik muayene sonuçlarına göre çalışan çocuklarda, okuyan çocuklara göre deri-tırnak, kulak, burun, boğaz, göğüs, kardiyak ve kas iskelet sistemi sorunlarına anlamlı olarak daha yüksek oranlarda rastlandı.

M.Fıratın yapmış olduğu çalışmada da çalışan çocuklar ile kontrol grubu olan okuyan çocuklara fizik muayene yapılmıştır. Fırat'ın çalışmasında çalışan çocuklarda, okuyan çocuklara göre deri, kulak boğaz ve kardiyolojik sorunlara daha fazla rastlanıldığı bildirilmiştir (11).

N.Akış ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada çırakların %50,5'i meslek edinmek için. %22,5'i okula gitmek istemediği için, %15,6'sı ise geçim sıkıntısı nedeniyle ailesi okula gönderemediği için çıraklık eğitim merkezine geldiklerini belirtmişlerdir (16). Aycan'ın yaptığı çalışmada çırakların %65,6'sının meslek edinmek için, %19,4'ünün ise ekonomik nedenlerden dolayı çalışmaya başladıkları belirtilmektedir (27). Bizim çalışmamız ve diğer çalışmalarda görüldüğü gibi çıraklar öncelikle meslek edinmek için çıraklık eğitim merkezlerine gelmektedirler.

Bu çalışmada çalışan çocukların %72,5'inin ise günde 8 saatten fazla çalıştığı saptanmıştır. N.Akış ve arkadaşlarının yapmış oldukları çalışmada çırakların %89,4'ünün günde 8 saatten fazla çalıştığı bildirilmiştir (16). Aycan ve ark.'larının yapmış olduğu çalışmada ise %77'sinin günde 8 saatten fazla çalıştığı bildirilmiştir (27). Gerek bu çalışmada gerekse diğer çalışmalar çırakların yasal sürelerinin üstünde çalıştığını göstermektedir.

Bu çalışmada çocuklar ve ailelerinin, işverenlerin eğitimin önemi konusunda ve çocukların, işyerindeki yaşayabilecekleri riskler konusunda bilinçlendirilmelerinin gerektiği; Bu riskleri azaltmak için yaptıkları işler konusunda

eğitilmelerinin önemli olduğu sonucuna varılmıştır.

Çalışan çocuklara iş sağlığı ve güvenliği hizmetleri verilmeli ve çalışma saatleri, şartları yasalara uygun olmalıdır. Çocuklar için madde kullanmamayı özendirici ya da bırakmalarını sağlayacak etkinlikler düzenlenmeli ve danışmanlık hizmetleri verilmelidir. Etkinlik grupları kurulmalıdır. Danışmanlık hizmetlerinin verilmesi sigara ve diğer bağımlılık yapıcı madde alışkanlıklarının önlenmesinde önem arz etmektedir. Çalışan ve okuyan çocuklara dengeli beslenmenin önemi konusunda eğitimler verilmelidir. Çalışan çocukların özellikle işyerlerin de yedikleri öğle yemekleri yeterli kalorige, dengeli beslenme özelliklerine uygun olması konusunda işverenleriyle görüşülmeli ve denetlemeleri yapılmalıdır. Okullarda da özellikle öğle yemekleri fast food tarzında geçiştirilmemeli sağlıklı beslenme özelliklerine uygun olarak hazırlanmış tabldot yiyecekler yaygınlaştırılmalıdır.

Çalışmak zorunda kalan çocukların çalışma koşullarını düzeltmek adına; çalışma sürelerinin azaltılması, uyku, oyun ve dinlenme sürelerinin artırılması, periyodik sağlık muayenelerinin, aşılarının yapılması için işverenler ve ilgili kurumlarla ortak çalışmalar düzenlemelidir.

Çocuk işçilerin çalıştığı sanayi bölgelerindeki işletmeler daha sık denetlenmeli ve çocukların iş kazalarından korunması için alınacak önlemler konusunda yaptırımlar sağlanmalıdır. Çalıştıkları iş yerlerinin güvenlik önlemleri artırılmalıdır.

Yerel, bölgesel ve ulusal programlarla uyumlu olarak, çocukların çalışmasının önüne geçilmeye çalışılmalıdır.

İletişim: Nazmiye Kaçmaz

E-posta: nazmiye_kacmaz@hotmail.com

Kaynaklar

1. Sanayide Çalışan Çocuklar ve TİSK'in (Türkiye İşveren Sendikaları Konfederasyonu) Faaliyetleri. Ankara Mayıs 2002;7
2. International Labour Organization(ILO) Türkiye <http://www.ilo.org/public/turkish/region/euro/ankara/areas/child.htm> adresinden 20.06.2014 tarihinde erişilmiştir.

3. Türkiye İstatistik Kurumu . <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=13659> adresinden 20.06.2014 tarihinde erişilmiştir.
4. Abay A. R. Çırak Öğrencilerin Sorunları (Bostancı Çıraklık Eğitim Merkezi Öğrencileri Örneği); Kocaeli Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi (4) 2002;(2): 107-139.
5. Çalışan Çocukların Eğitime Yönlendirilmesi İzmir Projesi Raporu. T.C. Çalışma Ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı İş Teftiş Kurulu Başkanlığı.Uluslararası Çalışma Örgütü Çocuk İşçiliğinin Sona Erdirilmesi Programı.Tepecik Eğitim Hastanesi Sağlık Taraması Raporu. İzmir 2005;191-197.
6. Resmi Gazete. Tarih ve Sayı: 12/01/1961-10705. Numara:222; Tarih ve Sayı: 18 Ağustos 1997-23084.16/08/1997 Tarih. 4306 Sayılı Kanun).
7. Bakar C. Maral I. Aygün R. Ostim ve Ahi Evren Meslek Eğitim Merkezlerinde Eğitim Gören Çırakların Sosyo-demografik Özellikleri. Çalışma Nedenleri ve İş Yaşamı ile İlgili Özellikleri. Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi 2004; 17: 21-27.
8. Çatak B. Çocuk İşçiliği İçin Risk Faktörlerini Belirlenmesi: Çocuk İşçi ve Okuyan Öğrencilerin Sağlık Durumlarının Karşılaştırılması.Uzmanlık tezi. Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi.Halk Sağlığı Anabilim Dalı,2006
9. Subaşı Bayuğa M. Kubilay G. Sokakta Yaşayan/Çalışan Çocukların Aile ve Yaşadıkları Konutun Özellikleri. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi 2003;(2): 34-46.
10. Eker Özden O.Adana İli Toplumsal Destek Merkezi Kayıt Tabanlı 7-15 Yaş Grubu Çalışan Çocukların Sağlık ve Sosyal Durumlarının Değerlendirilmesi,Uzmanlık tezi. Adana 2010
11. Fırat M. Çalışan Çocukların Durumu ve Bulgular, Öneriler. 3.Ulusal İşçi Sağlığı Kongresi.TTB Yayınları Ankara,1998; 357-370.
- 12.AH.El-Gilany, AH.Khalil, A.El-Wehady. Epidemiology and Hazards of Student Labour in Mansoura Egypt. Eastern Mediterranean Health Journal. 2007; 13(2) :347-363.
- 13.Demirezen E., Coşansu G. Adolesan Çağı Öğrencilerde Beslenme Alışkanlıklarının Değerlendirilmesi. 2005;14(8):174-178
- 14.Köksal G. Çocuk ve Ergenlik Döneminde Obezite. Klasmat Matbaacılık. Ankara, 2008

15. Özcebe H. Gençler ve Sigara. Klasmat Matbaacılık. Ankara, 2008
16. Akış N., İrgil E. Pala, K. AYTEKİN. Gemlik Çıraklık Eğitim Merkezinde Okuyan Çırakların Çalışma Koşulları ve Sosyal Sorunları. Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi 2004; 17: 15-20.
17. İrgil M. E., Gültekin BK, Pala K., Gülesen Ö. İki Lisedeki Sigara İçme Prevalanslarının ve Bunu Etkileyen Etmenlerin Karşılaştırılması. Bursa Devlet Hast. Bült. 2000; 66+(16) :119-122
18. S. Öner, T. Şaşmaz, R. Buğdaycı, A. Ö. Kurt Mersin Çıraklık Eğitim Merkezi'ne Devam Eden Çıraklarda Sigara, Alkol, Madde Kullanma Prevalansı ve Etkileyen Risk Faktörleri. Yeni Symposium 2005; 43 (1): 33-37.
19. Akvardar Y. Turkcan A. Yazman U. Aytaclar S. Ergor G. Cakmak D Prevalence of alcohol use in Istanbul. Psychol Tep; 2003; 92:1081-8.
20. Ogel K. Tamar D. Evren C. Cakmak D. Lise Gençleri Arasında Sigara, Alkol ve Madde Kullanım Yaygınlığı. Türk Psikiyatri Dergisi; 2001; 12: 47-52.
21. Aschall M. Ringwalt C. Flewelling R Explaining higher levels of alcohol use among working adolescents: an analysis of potential explanatory variables. J Stud Alcohol; 2002; 63: 169-178.
22. Gençer H. Çağlayan Ç. Kocaeli Meslek Eğitim Öğrencilerinde İş Kazası Sıklığı. Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi 2004; 20: 27-33.
23. Özener B., Duyar I. Farklı Ülkelerde Çalışan Çocukların Büyüme Örüntüleri: Z-Skorlarına Dayalı Bir Karşılaştırma. Hacettepe Üniversitesi Edebiyat Fakültesi 2004; 1-13.
24. Duyar İ. 12-17 yaş grubu Türk Çocuklarının Büyüme Standartları Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. Doktora tezi. Ankara, 1992.
25. IA Nuwayhid. J Usta. M Makarem. A Khudr. A El-Zein. Health of Children Working in Small Urban Industrial Shops. Occup Environ Med 2005; 62: 86.
26. V. Forastieri. Children At Work Health and Safety Risk. International Labour Organization. Second Edition 2002; 55-67
27. Aycan S., Dalda N., Aygün R., Gölbaşı İlçesinde Çalışan Gençlerin Sosyo-Ekonomik Durumları ile İlgili Bir Araştırma. 3. Halk Sağlığı Günleri. Bildiriler Kitabı Kayseri. 1993; s:244.

Başarılı Yaşlanma Algısı: Antalya'da Bir Semt Polikliniği'ne Başvuran Farklı Yaş Gruplarından Bireylerin Yaşlılığa Bakışı

Perception of Successful Aging: Perspectives on Old Age of Individuals from Different Age Groups Admitted to a District Polyclinic in Antalya

Araştırma



Research

Dr. Ramazan Vural¹, Dr. Mehmet Özen¹, Dr. Suzan Yazıcı²

Geliş/Received : 24.09.2018

Kabul/Accepted : 07.10.2018

Öz

Giriş: Dünya genelinde doğumda beklenen yaşam süresinin uzamasının sonucu olarak yaşlı nüfusun hızla artması, insanlarda sağlıklı bir yaşlılık geçirme arzusunun ve çabasının da artırmaktadır. Başarılı yaşlanma kavramı kısaca "zihinsel ve fiziksel açıdan yetkinliklerin pozitif oluşu" olarak tanımlanmaktadır. Başarılı yaşlanma algısı ise kültüre, yaşa, cinsiyete, sağlık durumu gibi birçok etmene göre değişmektedir.

Amaç: Ülkemizde yaşayan insanların başarılı yaşlanma algısını değerlendiren çalışmalar çok sınırlıdır. Bu araştırmanın amacı Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Semt Polikliniği'ne herhangi bir nedenle başvuran kişilerin başarılı yaşlanma algısını incelemektir.

Yöntem: İlgili literatür taranarak geliştirilen 37 soruluk anket, çalışmaya katılmayı kabul eden 418 kişiye yüz yüze görüşme yöntemi ile uygulanmıştır. Farklı yaş gruplarının başarılı yaşlanma algısını saptayabilmek için çalışma grubu genç (18-34), orta yaş (35-60) ve ileri yaş (61 yaş ve üzeri) olmak üzere üç yaş grubuna ayrılarak sonuçlar değerlendirilmiştir.

Bulgular: Çalışma grubunun 253'ü (%60.5) kadın, 165'i (%39.5) erkek; yaş ortalaması; 43.3 ± 16.4 idi. "Başarılı yaşlanma için sizce ne gerekir?" sorusuna verilen yanıtlarda; "Sağlık ve bakım hizmetlerinin erişilebilir olması gerekir" ve "Sağlıklı/dengeli beslenmek gerekir" önermelerine "Katılıyorum" yanıtını verenlerin oranı %98.3 ile en yüksektir. Bunu "Kişinin kendisiyle barışık olması gerekir" (%97.6) önermesine "Katılıyorum" yanıtını verenler izlemiştir. Yaş gruplarına göre incelendiğinde "Katılıyorum" yanıtını verenlerin oranı; "Sağlık ve bakım hizmetlerinin erişilebilir olması gerekir" önermesi için 18-34 yaş grubunda %96.7, 35-60 yaş grubunda %98.9, 61 yaş ve üstü grubunda %100.0; "Başkalarının bakımına muhtaç olmamak gerekir" önermesi için 18-34 yaş grubunda %92.1, 35-60 yaş grubunda %95.8, 61 yaş ve üstü grubunda %100.0'dür.

Sonuç: Başarılı yaşlanma için sağlık ve bakım hizmetlerinin erişilebilir olması tüm yaş grupları için yüksek öneme sahiptir. Genç ve orta yaş grubunda daha çok önemsenen sağlıklı/dengeli beslenme ve kişinin kendisiyle barışık olması unsurlarının yerini ileri yaş grubunda yatağa bağımlı olmamak ve emeklilik güvencesine sahip olmak almaktadır.

Anahtar sözcükler: Başarılı yaşlanma, Algı, Yaşlılık, Sağlık

Abstract

Aim: The rapid increase in the elderly population as a result of prolonged life expectancy at birth increases the desire and effort of people to have a healthy age. The concept of successful aging is defined briefly as "positive competencies in terms of mental and physical aspects". The perception of successful aging depends on many factors such as culture, age, gender and health status. The studies evaluating the successful aging perception of people living in Turkey are very limited. The aim of this study is to examine the perception of successful aging of the people who admitted for any reason to Family Medicine District Polyclinic of Antalya Training and Research Hospital.

Method: A 37-question questionnaire developed by searching the related literature was applied to 418 people who accepted to participate in the study by face-to-face interview method. To be able to determine the successful aging perception of different age groups the study group was divided into three age groups: young (18-34), middle age (35-60) and older age (61 years and older) and the results were evaluated.

Findings: 253 people of the study group (60.5%) were female and 165 people (39.5%) were male; the average age was 43.3 ± 16.4 . Answers given to the question "What is required for successful aging?" were evaluated. For the statements of "Health and care services need to be accessible" and "Healthy / balanced diet is required", the ratio of those who give the answer "Agree" are highest with 98.3%. This was followed by the statement "One must be at peace with himself" (97.6%). The rates of respondents who answered as "Agree" for each statement were examined according to age groups. Results for the statement of "Health and care services need to be accessible" were 96.7% in the 18-34 age group, 98.9% in the 35-60 age group, 100.0% in the 61 age and above age group; and for the statement "You should not be need of others care" were 92.1% in the 18-34 age group, 95.8% in the 35-60 age group, and 100.0% in the age group of 61 and above age group.

Conclusion: Access to health and care services is perceived as the most important factor for successful aging in all age groups. While "healthy / balanced diet" and "being in peace with him" are considered to be more important in the young and middle age groups, "not being bedridden" and "to have social security for retirement" are more important in older age group.

Key words: Successful aging, Perception, Elderly, Health

1 Uzm.; Sağlık Bilimleri Ü. Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği, Antalya

2 Uzm.; Aile Hekimliği, Serbest Hekim, Antalya

Giriş

Dünyadaki tüm ülkelerde nüfus hızla yaşlanmaktadır. Ancak yaşlanmanın hızı ülkelerin sosyal, kültürel ve ekonomik yapısına göre değişiklik göstermektedir. Bugün gelişmiş birçok ülkede 65 yaş ve üzeri nüfus %20 oranını geçmiş bulunmaktadır. Türkiye’de ise 2017 yılında yaşı 65 ve üzerinde olanların oranı ülke nüfusunun % 8.5’ine ulaşmıştır (1). Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) tarafından yapılan nüfus projeksiyonu ana senaryo hesaplamalarına göre 2060 yılında Türkiye’nin yaşlı nüfusunun (gösterge sınırı olan %20’yi aşarak) %22.6 olması beklenmektedir (2).

İleri yaşla birlikte hastalıkların görülme sayısı, sıklığı, etkilenme düzeyi artar, tedaviden yarar görme oranı azalabilir. Özellikle kalp hastalıkları, yüksek tansiyon, inme, kanser, demans ve diyabet gibi hastalıklar sıklıkla bakıma muhtaç olmaya yol açmakta ve bu durum kişinin kendisine olduğu kadar yakınlarını etkilemektedir. Bakıma muhtaç olmanın sosyal ve ekonomik olarak ağır bir yük oluşturması nedeniyle, özellikle gelişmiş toplumlar bunu engellemek için yoğun olarak çalışmaktadırlar. Ortak hedef sağlıklı bir yaşam ve

sağlıklı bir yaşlılıktır. Bu ideali tanımlayan ve özellikle beden ve ruh sağlığına odaklanan “sağlıklı yaşlanma” kavramı tıp alanında daha sık kullanılmaktadır. Sosyal bilimlerde ise bunun yerine başarılı yaşlanma kavramı getirilmiş ve yaygın olarak tercih edilmeye başlanmıştır.

Başarılı yaşlanma; hastalıklardan kaçınma, yüksek fiziksel ve zihinsel işlevsellik, yaşama aktif katılım, biyomedikal anlamda hastalığın yokluğu, psikolojik iyi oluş, yaşam tatmini, ekonomik güvenlik, hayata olumlu bakış açısı gibi anlamlarda kullanılmakta, kısaca “zihinsel ve fiziksel açıdan yetkinliklerin pozitif oluşu” olarak tanımlanmaktadır. Düşük hastalık riskinin bulunması başarılı yaşlanmanın belirtilerinden biri olarak kabul edilmektedir (3,4).

Başarılı yaşlanma algısı; kültür, yaş, cinsiyet, eğitim, gelir, meslek, sağlık durumu gibi birçok etmene göre değişmektedir. Aynı şekilde başarılı yaşlanmanın birçok belirleyicisi olduğu bildirilmiştir. Sağlık, birçok araştırmada farklı altyapıda, sosyoekonomik grupta olan kişilerde başarılı yaşlanmanın en önemli belirleyicisi olarak



Fotoğraf: “Fıçıcı” Arif Miletli, TTB-STED Fotoğraf Yarışması 2017 Sergi Ödülü

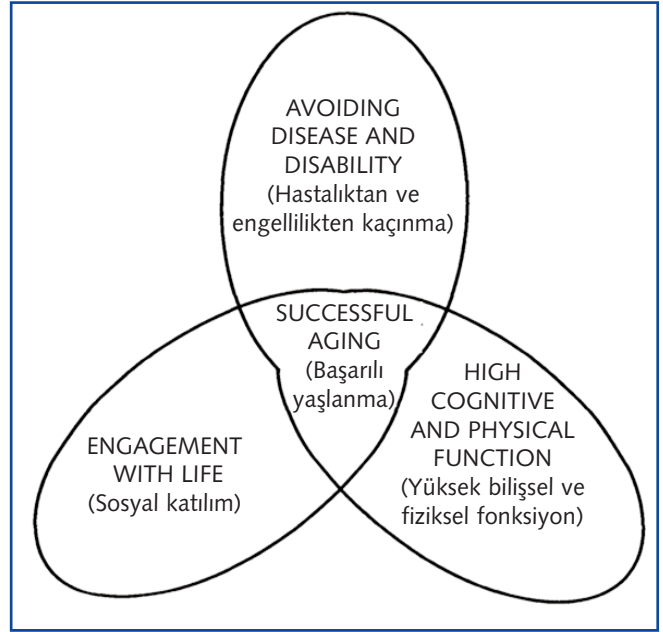
görülmektedir. Ancak birçok açıdan benzer olmakla birlikte sağlıklı yaşlanma, başarılı yaşlanma ile aynı anlama gelmemektedir.

Jarcho, başarılı yaşlanmaya ilişkin tespitlerin Cicero'nun M.Ö. 44 yılında yazdığı bir denemeye kadar uzandığı belirtmektedir. Cicero'nun mutlu ve mutsuz yaşlılık arasında bir ayırım yaptığı, olumlu bakış açısıyla yaşlılığı hiç de kötü görmediği, çünkü doğa kuralları gereği kaçınılmaz olduğunu dile getirdiği aktarılmaktadır. Ayrıca yaşlılığı olumlu değişimler ve bilgelikle ilişkilendirdiği, ama aynı zamanda servetin önemli bir fark yarattığını, ahlaki bir toplumda yaşlılığa uyumun daha kolay olduğunu, yaşlılıkta fiziksel ve zihinsel faaliyetlerin sürdürülmesinin gerekli olduğunu vurguladığı belirtilmektedir (5).

Havighurst, 1961 yılında Gerontoloji biliminin önemli bir hedefi olarak başarılı yaşlanmayı "yıllara hayat katmak ve yaşamdan memnuniyet duymak" olarak tanımlayarak; öznel düzeyde iyi olma hali, bireysel düzeyde yaşam doyumu ve mutluluk ile ilişkilendirmiştir (6).

Başarılı yaşlanma kavramının yaygınlaşması Rowe ve Kahn adlı araştırmacıların çalışmaları sayesinde olmuştur. Rowe ve Kahn geliştirdikleri başarılı yaşlanma modelinde yaşlılığı "başarılı yaşlanma" (*successful aging*) ve "olağan yaşlanma" (*usual aging*) olarak iki kategoriye ayırmışlardır. Modellerinde başarılı yaşlanma için üç ölçüt geliştirmişlerdir. Bunlar hastalıktan ve engellilikten kaçınma, bilişsel ve fiziksel fonksiyonun sürdürülmesi ve sosyal katılımıdır. Tanımlamalarına göre başarılı bir yaşlanma için bu etmenlerin üçünün bulunması gerekmektedir (Şekil 1), (4).

Strawbridge 65-99 yaş aralığında 867 kişi ile yaptığı çalışmada Rowe ve Kahn'ın başarılı yaşlanma ölçütleri ile katılımcıların kendi başarılı yaşlanma algılarını karşılaştırmış, Rowe ve Kahn'ın ölçütlerine göre her üç bileşeni kapsayan ve dolayısı ile başarılı yaşlanmış sayılabilecek kişilerin oranı % 18.8 bulunurken aynı kişilerin % 50.3'ü kendisini başarılı yaşlanıyor olarak algılamıştır (7). Baltes ve Baltes ise "Başarılı Yaşlanma" kitabında ilerleyen yaş ile birlikte oluşan fiziksel ve psikososyal kayıplar ile başa çıkmak için bir uyum mekanizması geliştirilmesini önermiştir. Gözleri görmeyen bir kişinin başarılı yaşlanmak için kitap okuma alışkanlığını bırakması ve yerine sesli kitap okumasını örnek göstermiştir (8).



Şekil 1. Rowe ve Kahn tarafından tanımlanan başarılı yaşlanma modeli (4 nolu kaynaktan alınarak düzenlenmiştir)

Farklı kültürden gelen kişiler ile yapılan araştırmalar ise, başarılı yaşlanmak için önemli olduğu belirtilen etmenlerin kültüre göre değişiklik gösterdiğini bulmuştur. Martinson'un Sosyal Gerontoloji literatürünü kapsayan sistematik derlemesinde başarılı yaşlanmaya ilişkin saptamaları arasında; Batı toplumlarında sağlıklı olmak öncelikli iken, Doğu toplumlarında sosyal ilişkilerin derecesinin önemli olduğu belirtilmektedir (9). Başarı kavramı Batı toplumunun bir normu olması nedeni ile de eleştirilmektedir. Batı toplumlarında fiziksel egzersiz ve ruhsal sağlık ayrı olarak değerlendirilmekte, ancak Doğu toplumlarında vücut ve ruh iç içe geçmiş, tek bir şey olarak değerlendirilmektedir. Bu doğrultuda *harmonik yaşlanma* alternatif bir kavram olarak önerilmiştir (10).

Birleşmiş Milletler tarafından 2017 yılında yayımlanan Dünya Nüfusunun Yaşlanması (*World Population Ageing*) raporunda; Avrupa ve Kuzey Amerika'daki yaşlıların dünya yaşlı nüfusu içindeki payının azalmakta olduğu bildirilmektedir. Avrupa'da 1980'de, 60 yaş ve üzerinde 111 milyon insan yaşarken bu sayının 2017 yılında 183 milyona ulaşarak her üç kişiden birini oluşturduğu, 2050 yılında ise 60 yaş üzeri nüfusun yüzde 35'lik bir artışla 247 milyona çıkacağı tahmin edilmektedir (11).

Dünya Sağlık Örgütü'nün 2018 yılında yayımlanan Dünya Sağlık İstatistikleri Raporu'nda 2016 yılı verilerine göre dünya üzerinde gerçekleşen toplam 57 milyon ölümün yaklaşık 41 milyonunun (%71) kardiyovasküler hastalık, kanser, diyabet, kronik solunum hastalığı gibi bulaşıcı olmayan hastalıklar nedeniyle meydana geldiği belirtilmekte, Türkiye için bulaşıcı olmayan hastalıklar nedeniyle 30-70 yaş arasında ölüm olasılığı % 16.1 olarak bildirilmektedir (12).

Yaşlılık dönemi, vücut işlevlerinin gerilediği birçok kronik hastalık sıklığının arttığı bir dönem olup bulaşıcı olmayan hastalıkların sıklığı ilerleyen yaşla birlikte artmaktadır. Kişilerin sağlıklarını mümkün olduğunca uzun süre korumaları, sağlık harcamaları ile bakım gereksinimi ve harcamalarını azaltmaktadır. Birçok kronik hastalığın sıklığı, yaşam tarzı değişiklikleri, düzenli beslenme, temiz çevre gibi önlemlerle azalabilmektedir. Sağlıklı yaşlanmaya yönelik fiziksel ve ruhsal sağlığı kapsayan bu önlemlerin önemi iyi bilinmekte, ancak başarılı yaşlanmanın sağlanabilmesi için dikkate alınması gereken sosyal boyut genellikle arka planda kalmaktadır (13).

Türkiye'de başarılı yaşlanma ile ilgili yapılmış sınırlı sayıda çalışmada konuya sağlık durumu bakış açısıyla yaklaşılmakta olup insanların başarılı yaşlanma algısını değerlendiren araştırma ise çok azdır. Bu araştırmanın amacı başarılı yaşlanma konusunu Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Semt Polikliniği örneğinde inceleyerek, farklı yaş gruplarından insanların başarılı yaşlanma algısına ışık tutmaktır.

Gereç ve Yöntem

Nicel araştırma metodu kullanılan bu tanımlayıcı ve kesitsel çalışma için Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi İlaç Dışı Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 12.02.2015 tarih ve 54/1 karar numarası ile etik kurul onayı alınmıştır. Çalışma Helsinki Deklarasyonu Prensipleri'ne uygun olarak gerçekleştirilmiştir.

Hazırlık aşamasında başarılı yaşlanma ile ilgili literatür taranarak; başarılı yaşlanma algısının ağırlıklı olarak yurt dışında yapılan çalışmalarda incelendiği, Türkiye'den ise yaşlılıkta yaşam kalitesi ile ilgili yayınların daha sık bulunduğu gözlenmiştir. Literatürde başarılı yaşlanma algısını

inceleyen yayınlarda saptanan kriterleri içerecek biçimde "Başarılı yaşlanma için sizce ne gerekir?" sorusuna yanıt olabilecek 37 önerme içeren bir soru formu geliştirilmiştir. Katılımcıların algısını saptayabilmek için "Kesinlikle katılmıyorum" ile "Tamamen katılıyorum" arasında değişen beş seçenekli Likert ölçeği yöntemi kullanılmıştır. Anket formunda demografik bilgileri toplayabilmek için beş soruluk bir bölüm yer almıştır. Hazırlanan form öncelikle 50 kişiye uygulanmış, eksiklikleri ve yanlış anlamalar saptanarak düzeltilmiştir.

Araştırma 2015 yılı Nisan ve Mayıs aylarında Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Semt Polikliniği'ne herhangi bir nedenle başvuran kişilerden çalışmaya katılmayı kabul eden 418 gönüllü ile yapılmıştır. Katılımcılar sözel olarak bilgilendirildikten sonra katılmayı kabul edenlerden yazılı onam alınmıştır. Anket, yüz yüze görüşme yöntemi ile yapılmış, bu yolla okuma yazma bilmeyen yaşlıların ve kendisi form dolduramayacak durumda olanların da katılımı sağlanmıştır. Toplanan veriler SPSS (13.0) Programı ile analiz edilmiştir. Farklı yaş gruplarının başarılı yaşlanma algısını saptayabilmek için çalışma grubu, Newman & Newman tarafından "Yaşam Boyunca Gelişim: Psikososyal Bir Yaklaşım" (*Development Through Life: A Psychosocial Approach*) adlı kitapta (14) tanımlanan yaşa göre gelişim basamakları sınıflaması dikkate alınarak; genç (18-34), orta yaş (35-60) ve ileri yaş (61 yaş ve üzeri) olmak üzere üç yaş grubuna ayrılarak sonuçlar değerlendirilmiştir. Beşli Likert olarak toplanan yanıtların analizinde bazı seçeneklerin çok az yanıt olarak seçildiği görülerek daha sağlıklı bir değerlendirme yapabilmek için "Kesinlikle katılmıyorum" ve "Katılmıyorum" seçenekleri, "Katılıyorum" ve "Tamamen katılıyorum" seçenekleri birleştirilip "Katılmıyorum", "Kararsızım" ve "Katılıyorum" şeklinde üçlü Likert'e dönüştürülerek analiz yeniden yapılmıştır. Tanımlayıcı analiz ve gruplar arası karşılaştırmalar için Ki-kare ve Independent Samples T testi kullanılmıştır. $p < 0.05$ değerler anlamlı kabul edilmiştir.

Bulgular

Çalışmanın yapıldığı Aile Hekimliği Semt Polikliniği'ne ilgili dönemde 18 ve üzeri yaşta 1086 kadın, 523 erkek olmak üzere 1609 kişi başvurmuş olup araştırmaya katılmayı kabul eden

418 gönüllünün grubu temsil oranı %26.0'dır. Bu dönemde başvuran erkeklerin yaş ortalaması 58.7 ± 15.5 , kadınların yaş ortalaması 55.2 ± 15.3 , tüm başvuranların yaş ortalaması 56.3 ± 15.5 idi. Çalışmaya katılmayı kabul eden 418 kişinin 253'ü (%60.5) kadın, 165'i (%39.5) erkek idi. Kadınların yaş ortalaması 42.2 ± 16.4 , erkeklerin yaş ortalaması 44.7 ± 16.4 ; örneklem grubunun ortalama yaşı; 43.3 ± 16.4 , medyan yaşı; 41 idi. Çalışmaya katılanların yaş grubu, medeni durum, eğitim durumu ve meslek gibi bilgilerini içeren demografik özellikleri Tablo 1'de belirtilmiştir.

Katılımcıların "Başarılı yaşlanma için sizce ne gerekir?" sorusuna yanıt olabilecek 37 önermeye verdiği yanıtlar incelenerek başarılı yaşlanma algısını etkileyen etmenler; fiziksel durum (14 önerme), sosyal durum (10 önerme), maneviyat (yedi önerme) ve gelir güvencesi durumu (altı önerme) olarak dört tema altına toplanmıştır. Bazı etmenler birden fazla tema ile ilişkili olup daha fazla ilişkili olan tema altına alınmıştır. Örneğin; "emeklilikten sonra çalışmaya devam etmek" etmeni gelir güvencesi ile ilgili olduğu gibi sosyal olmak ile de ilgilidir, ancak Türkiye'de emeklilikte ele geçen gelirin azlığı nedeniyle çalışmanın zorunlu olarak sürdürülmesinden dolayı gelir güvencesi başlığı altına alınmıştır.

Tablo 1. Çalışma grubunun demografik özellikleri (N=418)			
Demografik özellikler		n	%
Yaş grupları	Genç (18 - 34)	151	36.1
	Orta yaş (35 - 60)	190	45.5
	İleri yaş (61 yaş ve üzeri)	77	18.4
Medeni durum	Bekar	79	18.9
	Evli	302	72.2
	Boşanmış/Dul	37	8.9
Eğitim durumu	Okur-yazar/İlkokul mezunu	147	35.2
	Ortaokul mezunu	55	13.2
	Lise mezunu	108	25.8
	Üniversite mezunu	108	25.8
Meslek	İşçi	60	14.4
	Memur	33	7.9
	Emekli	58	13.9
	Ev hanımı	118	28.2
	Öğrenci	27	6.5
	Çiftçi	12	2.9
	Serbest meslek	47	11.2
	Diğer	63	15.1

Önermelere verilen yanıtlarda, "Sağlık ve bakım hizmetlerinin erişilebilir olması gerekir" ve "Sağlıklı/dengeli beslenmek gerekir" önermelerine "Katılıyorum" yanıtı verenlerin oranları %98.3 ile en yüksektir. Bunları %97.6 ile "Kişinin kendisiyle barışık olması gerekir" önermesine katılanlar izlemiştir. En az sıklıkta "Çok uzun bir ömür sürmek gerekir" (%53.8) ve "Emeklilikten sonra da çalışmaya devam etmek gerekir" (%57.7) önermelerine "Katılıyorum" yanıtı verilmiştir. Diğer önermelere verilen yanıtların dağılımı Tablo 2'de gösterilmiştir. Ankete verilen yanıtlar cinsiyete göre karşılaştırıldığında önermelerden ikisi dışında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. "Alkol kullanmamak gerekir" önermesine kadınların %95.3'ü, erkeklerin %88.5'i "Katılıyorum" yanıtı vermiştir ($p=0.035$). "Ev sahibi olmak gerekir" önermesine ise erkeklerin %95.8'i, kadınların %88.9'u "Katılıyorum" yanıtı vermiştir ($p=0.029$).

Ankete verilen yanıtlar yaş gruplarına göre karşılaştırıldığında; "Sağlık ve bakım hizmetlerinin erişilebilir olması gerekir", "Başkalarının bakımına muhtaç olmamak gerekir", "Emekliliğin sağladığı güvenceye sahip olmak gerekir" ve "Fazla kilolu olmamak gerekir" önermelerine 61 yaş ve üstü grubunun tamamının (%100.0) "Katılıyorum" yanıtı verdikleri görülmüştür. Bu yaş grubunun en düşük oranda "Katılıyorum" yanıtı verdiği önermeler "Araba sahibi olmak gerekir" (%55.8) ve "Çok uzun bir ömür sürmek gerekir" (%41.6) önermeleridir. 35-60 yaş grubunda en yüksek oranda "Katılıyorum" yanıtı verilen önermelerin; "Sağlıklı/dengeli beslenmek gerekir" (%99.5), "Sağlık ve bakım hizmetlerinin erişilebilir olması gerekir" (%98.9), "Kişinin kendisiyle barışık olması gerekir" (%98.9) ve "Düzenli bir gelir sahibi olmak gerekir" (%98.4) olduğu görülmüştür. Bu yaş grubunda en düşük oranda; "Emeklilikten sonra da çalışmaya devam etmek gerekir" (%64.7) ve "Çok uzun bir ömür sürmek gerekir" (%59.5) önermelerine "Katılıyorum" yanıtı verilmiştir. 18-34 yaş grubunda ise "Güvenli bir çevrede yaşam sürdürmek gerekir" (%97.4), "Sağlıklı/dengeli beslenmek gerekir" (%96.7), "Sağlık ve bakım hizmetlerinin erişilebilir olması gerekir" (%96.7), ve "Kişinin kendisiyle barışık olması gerekir" (%96.0) önermelerine en yüksek oranda "Katılıyorum"

Tablo 2. Başarılı yaşlanma algısı anketi sonuçlarının temalara göre incelenmesi (N=418)

Temalar	Önergeler: Başarılı yaşlanma için; gerekir	Verilen yanıtların dağılımı					
		Katılmıyorum		Kararsızım		Katılıyorum	
		n	%	n	%	nı	%
Fiziksel durum	Sağlıklı/dengeli beslenmek	6	1.4	1	0.2	411	98.3
	Fazla kilolu olmamak	14	3.3	4	1.0	400	95.7
	Düzenli spor/egzersiz yapmak	10	2.4	10	2.4	398	95.2
	Başkalarının bakımına muhtaç olmamak	12	2.9	8	1.9	398	95.2
	Zihni canlı tutan egzersizler yapmak	12	2.9	13	3.1	393	94.0
	Ölene kadar dinç bir hayat sürmek	9	2.2	17	4.1	392	93.8
	Yatağa bağımlı olmamak	20	4.8	6	1.4	392	93.8
	Sigara kullanmamak	16	3.8	11	2.6	391	93.5
	Aşırı zayıf olmamak	15	3.6	13	3.1	390	93.3
	Alkol kullanmamak	21	5.0	10	2.4	387	92.6
	Fiziksel/zihinsel engele sahip olmamak	20	4.8	18	4.3	380	90.9
	Kronik hastalığa sahip olmamak	30	7.2	16	3.8	372	89.0
	Aile geçmişinde uzun yaşayanların bulunması	69	16.5	53	12.7	296	70.8
	Çok uzun bir ömür sürmek	125	29.9	68	16.3	225	53.8
	Sosyal durum	Sağlık ve bakım hizmetlerinin erişilebilir olması	4	1.0	3	0.7	411
Güvenli bir çevrede yaşam sürdürmek		6	1.4	5	1.2	407	97.4
Aile üyeleri ile iyi ilişkilere sahip olmak		13	3.1	3	0.7	402	96.2
Komşular ve çevreyle iyi ilişkilere sahip olmak		22	5.3	17	4.1	379	90.7
Akrabalar ile iyi ilişkilere sahip olmak		17	4.1	24	5.7	377	90.2
Sosyal ve kültürel aktivitelere katılmak		28	6.7	16	3.8	374	89.5
Yalnız yaşamamak		56	13.4	18	4.3	344	82.3
Yaşam boyu eğitim programlarına katılmak		47	11.2	47	11.2	324	77.5
Gönüllü aktivitelere katılmak		44	10.5	53	12.7	321	76.8
Gönüllü bakım hizmeti vermek		58	13.9	56	13.4	304	72.7
Maneviyat	Kişinin kendisiyle barışık olması	7	1.7	3	0.7	408	97.6
	Stresten uzak bir hayat sürdürmek	10	2.4	5	1.2	403	96.4
	Kişinin sevdiği işte çalışması	11	2.6	9	2.2	398	95.2
	İleri yaştaki değişimlerine uyum sağlayabilmek	10	2.4	14	3.3	394	94.3
	Olaylara her zaman olumlu yaklaşmak	14	3.3	14	3.3	390	93.3
	Dini aktiviteler yapmak	38	9.1	17	4.1	363	86.8
	Hiç pişmanlık yaşamamak	60	14.4	46	11.0	312	74.6
	Gelir durumu	Düzenli bir gelir sahibi olmak	13	3.1	5	1.2	400
Emekliliğin sağladığı güvenceye sahip olmak		11	2.6	9	2.2	398	95.2
Gelecekte maddi-manevi endişe duymamak		20	4.8	9	2.2	389	93.1
Ev sahibi olmak		23	5.5	12	2.9	383	91.6
Araba sahibi olmak		65	15.6	51	12.2	302	72.2
Emeklilikten sonra da çalışmaya devam etmek		108	25.8	69	16.5	241	57.7

yanıtı verilmiştir. Bu yaş grubunun en düşük oranda Katılıyorum" yanıtı verdiği önergeler; "Çok uzun bir ömür sürmek gerekir" (%53.0) ve "Emeklilikten sonra da çalışmaya devam etmek

gerekir" (%44.4) idi. Anket sorularına verilen yanıtların temalara ve yaş gruplarına dağılımı ile aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunanlar Tablo 3'te verilmiştir.

Tablo 3. Başarılı yaşlanma algısı anketine verilen yanıtların temalara ve yaş gruplarına göre dağılımı (%) (N=418)

Temalar	Önermeler: Başarılı yaşlanma için; gerekir	Verilen yanıtların durumu									p
		Katılmıyorum			Kararsızım			Katılıyorum			
		≤34	35-60	61≥	≤34	35-60	61≥	≤34	35-60	61≥	
Fiziksel durum	Fazla kilolu olmamak	7.3	1.6	0.0	2.0	0.5	0.0	90.7	97.9	100.0	0.005*
	Başkalarının bakımına muhtaç olmamak	4.0	3.2	0.0	4.0	1.1	0.0	92.1	95.8	100.0	0.066
	Sağlıklı/dengeli beslenmek	2.6	0.5	1.3	0.7	0.0	0.0	96.7	99.5	98.7	0.344
	Yatağa bağımlı olmamak	7.9	3.7	1.3	3.3	0.5	0.0	88.7	95.8	98.7	0.016*
	Aşırı zayıf olmamak	6.6	2.6	0.0	6.0	1.6	1.3	87.4	95.8	98.7	0.007*
	Ölene kadar dinç bir hayat sürmek	2.6	2.1	1.3	4.6	5.3	0.0	92.7	92.6	98.7	0.331
	Zihni canlı tutan egzersizler yapmak	5.3	1.1	2.6	6.6	1.6	0.0	88.1	97.4	97.4	0.003*
	Sigara kullanmamak	5.3	2.6	3.9	3.3	2.6	1.3	91.4	94.7	94.8	0.651
	Alkol kullanmamak	7.3	3.2	5.2	2.6	2.6	1.3	90.1	94.2	93.5	0.479
	Düzenli spor/egzersiz yapmak	2.0	2.1	3.9	2.6	1.1	5.2	95.4	96.8	90.9	0.278
	Kronik hastalığa sahip olmamak	11.3	4.7	5.2	3.3	4.2	3.9	85.4	91.1	90.9	0.198
	Fiziksel/zihinsel engele sahip olmamak	7.9	3.7	1.3	5.3	1.6	9.1	86.8	94.7	89.6	0.008*
	Aile geçmişinde uzun yaşayanların bulunması	23.2	12.6	13.0	16.6	11.1	9.1	60.3	76.3	77.9	0.011*
	Çok uzun bir ömür sürmek	27.8	27.4	40.3	19.2	13.2	18.2	53.0	59.5	41.6	0.066
Sosyal durum	Sağlık ve bakım hizmetlerinin erişilebilir olması	1.3	1.1	0.0	2.0	0.0	0.0	96.7	98.9	100.0	0.175
	Aile üyeleri ile iyi ilişkilere sahip olmak	3.3	4.2	0.0	1.3	0.0	1.3	95.4	95.8	98.7	0.221
	Akrabalar ile iyi ilişkilere sahip olmak	6.0	3.7	1.3	9.9	4.2	1.3	84.1	92.1	97.4	0.017*
	Güvenli bir çevrede yaşam sürdürmek	1.3	1.6	1.3	1.3	0.5	2.6	97.4	97.9	96.1	0.724
	Komşular ve çevreyle iyi ilişkilere sahip olmak	6.6	4.7	3.9	7.3	3.2	0.0	86.1	92.1	96.1	0.063
	Yalnız yaşamamak	17.9	13.2	5.2	9.3	2.1	0.0	72.8	84.7	94.8	0.000*
	Sosyal ve kültürel aktivitelere katılmak	4.0	7.4	10.4	7.3	2.1	1.3	88.7	90.5	88.3	0.028*
	Gönüllü bakım hizmeti vermek	14.6	15.3	9.1	17.9	12.1	7.8	67.5	72.6	83.1	0.108
Maneviyat	Yaşam boyu eğitim programlarına katılmak	7.3	13.7	13.0	17.9	7.9	6.5	74.8	78.4	80.5	0.012*
	Gönüllü aktivitelere katılmak	8.6	10.5	14.3	17.2	10.0	10.4	74.2	79.5	75.3	0.219
	Stresten uzak bir hayat sürdürmek	5.3	0.5	1.3	1.3	1.6	0.0	93.4	97.9	98.7	0.042*
	Kişinin sevdiği işte çalışması	4.0	2.1	1.3	5.3	0.5	0.0	90.7	97.4	98.7	0.010*
	Kişinin kendisiyle barışık olması	4.0	0.5	0.0	0.0	0.5	2.6	96.0	98.9	97.4	0.013*
	İleri yaştaki değişimlerine uyum sağlayabilmek	4.6	1.6	0.0	5.3	1.6	3.9	90.1	96.8	96.1	0.049*
	Olaylara her zaman olumlu yaklaşmak	5.3	1.6	3.9	6.0	2.6	0.0	88.7	95.8	96.1	0.040*
	Dini aktiviteler yapmak	10.6	8.4	7.8	5.3	3.7	2.6	84.1	87.9	89.6	0.759
Hiç pişmanlık yaşamamak	17.2	10.5	18.2	19.2	6.8	5.2	63.6	82.6	76.6	0.000*	
Gelir durumu	Emekliliğin sağladığı güvenceye sahip olmak	4.6	2.1	0.0	4.0	1.6	0.0	91.4	96.3	100.0	0.055
	Düzenli bir gelir sahibi olmak	7.3	1.1	0.0	1.3	0.5	2.6	91.4	98.4	97.4	0.003*
	Gelecekte maddi-manevi endişe duymamak	9.3	1.6	3.9	4.0	1.1	1.3	86.8	97.4	94.8	0.004*
	Ev sahibi olmak	7.9	2.6	7.8	5.3	1.6	1.3	86.8	95.8	90.9	0.028*
	Emeklilikten sonra da çalışmaya devam etmek	35.1	20.5	20.8	20.5	14.7	13.0	44.4	64.7	66.2	0.002*
	Araba sahibi olmak	17.9	9.5	26.0	12.6	9.5	18.2	69.5	81.1	55.8	0.001*

*p<0.05

Ankete verilen yanıtların medeni duruma göre dağılımı incelendiğinde "Akrabalar ile iyi ilişkilere sahip olmak gerekir" (p=0.002), "Gönüllü bakım hizmeti vermek gerekir" (p=0.002), "Emeklilikten sonra da çalışmaya devam etmek gerekir" (p=0.001), "Kronik hastalığa sahip olmamak gerekir" (p=0.018), "Aile geçmişinde

uzun yaşayanların bulunması gerekir" (p=0.000), "Aşırı zayıf olmamak gerekir" (p=0.040), "Olaylara her zaman olumlu yaklaşmak gerekir" (p=0.029), "Hiç pişmanlık yaşamamak gerekir" (p=0.007) ve önermelerine "Katılıyorum" yanıtı veren evli ve dul/boşanmış olanların oranları bekar olanların oranlarından

daha yüksekti. "Ev sahibi olmak gerekir" ($p=0.023$) ve "İleri yaştaki değişimlerine uyum sağlayabilmek gerekir" ($p=0.008$) önermelerine evli olanların bekar ve dul/boşanmış olanlardan belirgin olarak daha yüksek oranda "Katılıyorum" yanıtı verdikleri gözlemlendi. Aradaki farkların istatistiksel olarak da anlamlı olduğu görüldü. "Sosyal ve kültürel aktivitelere katılmak gerekir" önermesine dul/boşanmış olanların tümü "Katılıyorum" yanıtı vermişti ($p=0.047$). Bu grup "Kişinin kendisiyle barışık olması gerekir" önermesine ise bekar ve evli olanlardan daha düşük oranda (%91.9) "Katılıyorum" yanıtı vermişti ($p=0.000$). Diğer önermelere verilen yanıtların medeni duruma göre oranları arasındaki farklar anlamlı değildi.

Ankete verilen yanıtların eğitim düzeyine göre dağılımı incelendiğinde; "Gönüllü bakım hizmeti vermek gerekir" ($p=0.030$), "Aile geçmişinde uzun yaşayanların bulunması gerekir" ($p=0.001$), "Çok uzun bir ömür sürmek gerekir" ($p=0.029$), "Hiç pişmanlık yaşamamak gerekir" ($p=0.000$), önermelerine "Katılıyorum" yanıtı verenlerin oranı eğitim düzeyi arttıkça istatistiksel olarak anlamlı düzeyde azalmaktaydı. "Sosyal ve kültürel aktivitelere katılmak gerekir" ($p=0.015$) ve "Gelecekte maddi-manevi endişe duymamak gerekir" ($p=0.013$) önermelerine "Tamamen katılıyorum" yanıtı verenlerin oranı ise eğitim düzeyi arttıkça istatistiksel olarak da anlamlı düzeyde artmakta idi. "Düzenli spor/egzersiz yapmak gerekir" önermesine ortaokul, lise mezunları ve üniversite mezunları, okur yazar/ilkokul mezunu olanlara göre daha yüksek oranda "Katılıyorum" yanıtını vermişlerdir ($p=0.0048$).

Ankete verilen yanıtların mesleklere göre dağılımı incelendiğinde; "Akrabalar ile iyi ilişkilere sahip olmak gerekir" ($p=0.039$), "Ev sahibi olmak gerekir" ($p=0.001$), "Alkol kullanmamak gerekir" ($p=0.047$), "Aile geçmişinde uzun yaşayanların bulunması gerekir" ($p=0.001$) ve "Olaylara her zaman olumlu yaklaşmak gerekir" ($p=0.020$) önermelerine çiftçilerin, "Düzenli spor/egzersiz yapmak gerekir" ($p=0.015$) önermesine memurların, "Başkalarının bakımına muhtaç olmamak gerekir" önermesine ise memur, emekli, ev hanımı, öğrenci ve çiftçilerin tümü (%100.0) "Katılıyorum" yanıtı vermişlerdir ($p=0.028$).

Tartışma

Yaşlı sağlığı alanında önemli bir kavram olan başarılı yaşlanma algısı; kişisel, sosyoekonomik ve toplumsal pek çok etmeden etkilenmektedir. Bu araştırmada geniş bir literatür taraması yapılarak Türk toplumunda önemli olabilecek etmenler belirlenmiş, bunlardan 37 önerme içeren bir soru formu oluşturularak katılımcılardan alınan yanıtlar başarılı yaşlanma algısının ilişkili olduğu bilinen yaş, cinsiyet, medeni durum ve eğitim bağımsız değişkenleri ile karşılaştırılmıştır. Başarılı yaşlanma açısından en önemli bulunan unsurlar; fiziksel durum temasına ilişkin etmenlerden "sağlıklı/dengeli beslenme" (%98.3) ve "fazla kilolu olmamak" (%95.7), sosyal durum temasına ilişkin etmenlerden "sağlık ve bakım hizmetlerinin erişilebilir olması" (%98.3) ve "güvenli bir çevrede yaşam sürdürmek" (%97.4), maneviyat temasına ilişkin etmenlerden "kişinin kendisiyle barışık olması" (%97.6) ve "stresten uzak bir hayat sürdürmek" (%96.4), gelir güvencesi temasına ilişkin etmenlerden "düzenli bir gelir sahibi olmak" (%95.7) ve "emekliliğin sağladığı güvenceye sahip olmak" (%95.2) olarak ön plana çıkmıştır.

Martinson başarılı yaşlanma açısından Batı toplumlarında sağlıklı olmanın, Doğu toplumlarında sosyal ilişkilerin derecesinin önemli olduğunu savunmaktadır (9). Bu yönüyle çalışma grubumuzun katılımcıları Batı toplumlarına benzer biçimde başarılı yaşlanma için sağlıklı olmayı öncelikli bulmaktadır. Başarılı yaşlanma için; "Çok uzun bir ömür sürmek gerekir" ve "Emeklilikten sonra da çalışmaya devam etmek gerekir" önermelerine "Katılıyorum" yanıtının en düşük oranlarda (sırasıyla; %53.8 ve %57.7) verilmesi ise uzun yaşamaktansa, yaşlılık döneminde ekonomik kaygılarının olmayacağı kaliteli bir yaşamın yeğleneceğini göstermektedir.

Anket sorularına verilen yanıtlar yaş gruplarına göre değerlendirildiğinde; "Akrabalar ile iyi ilişkilere sahip olmak gerekir", "Yaşam boyu eğitim programlarına katılmak gerekir", "Yalnız yaşamamak gerekir", "Stresten uzak bir hayat sürdürmek gerekir", "Emeklilikten sonra da çalışmaya devam etmek gerekir", "Aile geçmişinde uzun yaşayanların bulunması gerekir", "Zihni canlı tutan egzersizler yapmak gerekir", "Fazla kilolu olmamak gerekir", "Aşırı

zayıf olmamak gerekir", "Kişinin sevdiği işte çalışması gerekir", "Yatağa bağımlı olmamak" ve "Olaylara her zaman olumlu yaklaşmak gerekir" önermelerine "Katılıyorum" yanıtını verenlerin oranları yaş arttıkça istatistiksel olarak anlamlı ölçüde artmaktadır.

"Yatağa bağımlı olmamak gerekir" önermesine "Katılıyorum" yanıtını verenlerin oranı; 18-34 yaş grubunda %88.7, 35-60 yaş grubunda %95.8, 61 yaş ve üstü grubunda %98.7; "Başkalarının bakımına muhtaç olmamak gerekir" önermesine "Katılıyorum" yanıtını verenlerin oranı; 18-34 yaş grubunda %92.1, 35-60 yaş grubunda %95.8, 61 yaş ve üstü grubunda %100.0 olup fiziksel bağımsızlığın başarılı yaşlanma için en önemli unsurları olarak görüldüğüne işaret etmektedir. Bu düşüncelerin temelinde bakıma muhtaç kalınması halinde bu ihtiyacın kurumsal olarak karşılanması konusunda sıkıntı yaşanacağı ve yakınlarına yük olma endişesinin yattığı düşünülebilir.

Araştırmalarda, yaşlı kişilerin kendileri ile yapılan görüşmelerin sonucunda elde edilen verilerin araştırmacıların başarılı yaşlanma ölçütleri ile her zaman uyum sağlamadığı belirtilmektedir. Phelan ve ark. aradaki farkı değerlendirmek üzere Japonya kökenli Amerikalılar ve beyaz Amerikalılardan oluşan iki ayrı kohortu inceleyerek bir çalışma yapmıştır. Bu çalışmada iki grup arasında farklı olan etmenlerden, beyazlar için daha yüksek oranda önemli olanlar; yaşamından memnun olmak (%84.2-78.0), uzun yaşam genlerine sahip olmak (%69.6-60.1), insan ve toplumla ilişkide olmak (%87.5-76.9), ileri yaşın getirdiği değişimlere uyum sağlamak (%92.8-83.9), yeni şeyler öğrenmek (%78.6-62.1), kendi değerleri ve standartlarında yaşama olanağına sahip olmak (%91.6-81.3), ihtiyaçlarını ve isteklerini karşılamak (%91.6-81.2), yalnız ve izole hissetmemek (%83.5-75.1), diğer insanları olumlu etkileme olanağı (%67.2-54.8), emeklilik sonrası gönüllü veya paralı işlerde çalışmak (%50.2-43.2), kendini iyi hissetmek (%85.1-79) olarak saptanmıştır. Her iki kohortun yanıtlarının birbirine yakın olduğu etmenler ise uzun yaşamak (%29.1-26.9), öleceği güne kadar kendine yetebilmek (%94.7-92.9), kronik hastalığı olmamak (%90.1-90.7) olarak bulunmuştur (15). Bu araştırmanın veri toplama yöntemi ve bazı bulguları araştırmamız ile benzerlik göstermektedir.

Alaska yerlileri ile yapılan kültürel farklılıklar üzerine yoğunlaşan nitel bir araştırmada başarılı yaşlanma için duygusal iyilik durumu, toplumla iletişim, maneviyat ve fiziksel iyi olma durumu olarak dört ana tema saptanmıştır (16).

Araştırmamızda yer verdiğimiz 37 etmen bu temaların dışında güvenlik, maddi olanaklar gibi farklı temaları da kapsamaktadır, ancak benzer şekilde dört tema araştırmamızda da önemli bir yer tutmuştur.

Sonuçlar

Türkiye'de yaşayan insanların başarılı yaşlanma algısını Antalya örneğinde araştırmayı hedefleyen bu çalışmada sağlık ve bakım hizmetlerinin erişilebilir olması, sağlıklı/dengeli beslenme ve bakıma muhtaç olmama en çok önem verilen unsurlar olarak belirlenmiştir. Yaş gruplarına göre yapılan değerlendirmede; 18-34 yaş grubu için ilk üç sırada yer alan unsurlar; (1.) güvenli bir çevrede yaşam sürdürmek, (2.) sağlıklı/dengeli beslenme, (3.) sağlık ve bakım hizmetlerinin erişilebilir olması, 35-60 grubunda; (1.) sağlıklı/dengeli beslenmek, (2.) sağlık ve bakım hizmetlerinin erişilebilir olması, (3.) kişinin kendisiyle barışık olması, 61 yaş ve üstü grup için ise; (1.) sağlık ve bakım hizmetlerinin erişilebilir olması, (2.) başkalarının bakımına muhtaç olmamak ve (3.) emeklilik güvencesine sahip olmaktır.

Buna göre başarılı yaşlanma algısı yönünden sağlık ve bakım hizmetlerinin erişilebilir olması tüm yaş grupları için yüksek öneme sahiptir. Genç ve orta yaş grubunda daha çok önemsenen sağlıklı/dengeli beslenme ve kişinin kendisiyle barışık olması unsurlarının yerini ileri yaş grubunda başkalarının bakımına muhtaç olmama ve emeklilik güvencesine sahip olmak almaktadır.

Bu çalışmanın sonuçları polikliniğe başvuran ve sadece araştırmaya katılmayı kabul eden kişilerin görüşlerini yansıtmakta olup araştırmanın yürütüldüğü grupta sınırlıdır. Başka yerleşim yerlerinde, farklı demografik özelliklere sahip örnekleme başka sonuçlar elde edilmesi mümkündür. Türk toplumunun başarılı yaşlanma algısını değerlendirmek için daha geniş çalışmaların yapılması yararlı olacaktır.

İletişim: Dr. Mehmet Özen

E-posta: ozenmehmet@isnet.net.tr

Kaynaklar

1. TÜİK. Yıllara, yaş grubu ve cinsiyete göre nüfus, 1935-2017. Erişim adresi: www.tuik.gov.tr/PrelstatistikTablo.do?istab_id=1588 Erişim tarihi: 10.09.2018.
2. TÜİK. Nüfus Projeksiyonları, 2018-2080. Erişim adresi: www.tuik.gov.tr/PrelstatistikTablo.do?istab_id=1638 Erişim tarihi: 10.09.2018.
3. Bowling A, Dieppe P. What is successful ageing and who should define it? *BMJ* 2005; 331:1548-51.
4. Rowe JW, Kahn RL. *Successful Aging*. New York, NY: Pantheon Books; 1998.
5. Jarcho S. Cicero's essay on old age. *Bulletin of the New York Academy of Medicine*, 1971; 47(11):1440-5.
6. Havighurst RJ. Successful aging. *The Gerontologist*, 1961; 1(1):8-13.
7. Strawbridge WJ, Wallhagen MI, Cohen RD. Successful aging and well-being self-rated compared with Rowe and Kahn. *The Gerontologist*, 2002; 42(6):727-33.
8. Baltes PB, Baltes MM. Psychological perspectives on successful aging: The model of selective optimization with compensation. *Successful Aging: Perspectives from the Behavioral Sciences*. Cambridge University Press, 1990; 1(1):1-34.
9. Martinson M, Berridge C. Successful aging and its discontents: a systematic review of the social gerontology literature. *Gerontologist*, 2015; 55(1):58-69.
10. Liang J, Luo B. Toward a discourse shift in social gerontology: From successful aging to harmonious aging. *Journal of Aging Studies*, 2012; 26(3): 327-34.
11. United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. *World Population Ageing 2017 (ST/ESA/SER.A/408)*. 2017:13.
12. WHO. *World Health Statistics 2018: Monitoring Health for the SDGs, Sustainable Development Goals*. Geneva: World Health Organization; 2018.
13. Aydın ZD. Toplum ve birey için sağlıklı yaşlanma: Yaşam biçiminin rolü. *SDÜ Tıp Fakültesi Dergisi*, 13 (4):43-6.
14. Newman BM, Newman PR. *Development through life: A psychosocial approach*. Boston, MA, USA: Cengage Learning; 2017:61-73.
15. Phelan EA, Anderson LA, LaCroix AZ, Larson EB. Older adults' views of "successful aging" - how do they compare with researchers' definitions? *Journal of the American Geriatrics Society*, 2004; 52(2):211-6.
16. Lewis JP. Successful aging through the eyes of Alaska Native elders. What it means to be an elder in Bristol Bay, AK. *The Gerontologist*, 2011;51(4):540-9.

Adım Sonbahar

nasıl iş bu / her yanına çiçek yağmış / erik ağacının
ışık içinde yüzüyor / neresinden baksan / gözlerin kamaşır
oysa ben akşam olmuşum / yapraklarım dökülüyor / usul
usul / adım sonbahar

Attila İlhan, *Ayrılık Sevdaya Dahil*, 1993



Fotoğraf: "Çoban Teyze" Fatma Küçükşahin, TTB-STED Fotoğraf Yarışması 2017 Sergi Ödülü

Serebral Palsi'li Çocukların Dil Gelişimleri ile Motor Fonksiyonları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Examination of Relationship between Linguistic Development and Motor Functions in Children with Cerebral Palsy



Dr. Pelin Piştav Akmeşe¹, Dr. Akmer Mutlu²

Geliş/Received : 25.05.2017
Kabul/Accepted : 01.12.2017

Öz

Amaç: Serebral Palsi'li (SP) çocukların %31-88'inde dil ve konuşma bozukluğu bildirilmektedir. Bu çalışmada, SP'li çocukların kelime bilgisi gelişimi ile motor fonksiyonları arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Bu çalışmaya 54 SP'li çocuk ve annesi dahil edildi. Olguların motor fonksiyon seviyeleri, Kaba Motor Fonksiyon Sınıflandırma Sistemi (Gross Motor Function Classification System-KMFSS) ve El Yetenek Sınıflandırma Sistemi (Manual Ability Classification System-MACS) ile, alıcı dil kelime bilgisi gelişimleri Peabody Resim-Kelime Testi ile, tahmini kognitif seviyeleri Avrupa SPARCLE projesi kognitif bozukluk formu ile ailelere sorularak belirlendi. Veriler SPSS 18,0 istatistik programı kullanılarak analiz edildi ve $p<0,05$ istatistiksel anlamlı fark kabul edildi.

Sonuçlar: SP'li çocukların alıcı dil gelişimleri ile motor fonksiyon seviyeleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmazken ($p>0,05$), alıcı dil gelişimleri ile kognitif seviyeleri arasında anlamlı bir ilişki bulundu ($p<0,05$).

Tartışma: Motor sorunlar yanında özellikle bilişsel, konuşma ve dil bozukluklarının eşlik ettiği SP'li çocukların ayrıntılı olarak değerlendirilmesinin etkin rehabilitasyon hedeflerinin belirlenmesi açısından önemli olduğunu düşünmekteyiz.

Anahtar Sözcükler: Serebral Palsi, Dil gelişimi, Kaba motor fonksiyon sınıflandırma sistemi, El yetenek sınıflandırma sistemi

Abstract

Objective: It is reported that from 33% to 88% of children with Cerebral Palsy (CP) have language and speech disorders. The present study aims to assess the relationship between vocabulary development and motor functions in children with CP.

Materials and Method: The survey covered 54 children with CP and their mothers. Motor function levels of cases were determined through the Gross Motor Function Classification System (GMFSS) and Manual Ability Classification System (MACS); receptive language development through Peabody Picture Vocabulary Test; and estimated cognitive levels by questioning families with the Europe SPARCLE project cognitive impairment form. Data was analysed by using SPSS 18.0 statistics programme and $p<0.05$ was accepted as statistically significant difference.

Outcomes: While no significant relationship was found between CP children's receptive language development and motor function levels ($p>0.05$), the relationship between receptive language development and cognitive levels was found as significant ($p<0.05$).

Discussion: We think detailed assessment of the state of children with CP characterized by cognitive, speech and language impairments besides motor problems is important in terms of identifying rehabilitation targets.

Key words: Cerebral Palsy, Linguistic development, Gross motor function classification system, Manual ability classification system

1 Doç.; Ege Ü. Eğitim Fakültesi, Özel Eğitim Bölümü, İzmir

2 Prof.; Hacettepe Ü. Sağlık Bilimleri Fak. Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Bölümü, Ankara

Giriş

Dilin kazanımı çocukların önemli gelişim alanlarından biridir. Çocukların yetişkin düzeyinde dili anlama ve üretme aşamasına gelene kadar, kazanması gereken ses bilgisi (phonology), söz dizimi (syntax), biçimbirim bilgisi (morphology), anlam bilgisi (semantic) ve edimsel (pragmatic) gibi pek çok yönü vardır (1). Dilin kazanımındaki ilk aşama bebeklerin maruz kaldıkları dilin ses özelliklerini tanıma ve ayırt etmedir. Bebekler ilk konuşma seslerini iki ay civarında üretmeye başlar, altı ay civarında bababa, dedede gibi ses yinelemeleriyle ağızlamaya başlarlar. Bebekler on aylık sesleri ilk kelimelere dönüşmeye başlar. Çocuklar ilk anlamlı kelimelerini ortalama bir yaş civarında söylerler. Yaklaşık 18-24 ay arasında çocukların kelime kazanımları hızlanır, yaklaşık iki yaşta 50 kelimeye ulaşırlar ve bu dönemden sonra kelime kazanımları hızla artar (1,2).

Çocukların dil kazanım sürecinde, anlam bilgisinin en temel gelişim göstergesi sözcük dağarcığıdır (2). Dil kazanım sürecinde gelişimsel sorunlar, işitme kayıpları ve uyaran yetersizliği gibi çok farklı nedenlerle bağlı olarak gecikmeler olabilir. Dil kazanımının olumsuz etkilendiği tablolardan birisi de Serebral Palsi'dir.

Serebral Palsi (SP), gelişmekte olan olgunlaşmamış beyinde, zedelenmeye bağlı olarak, ilerleyici olmayan ancak hareket ve postür bozukluğuna neden olan tablo olarak tanımlanmaktadır (3,4). Serebral Palsi oranı gelişmiş ülkeler için 1000 canlı doğumda 1.5-2.5 olarak verilmektedir (5). Türkiye'deki SP oranı ile ilgili son yapılan çalışmada ise, bu oran 1000 canlı doğumda 4.4 olarak bulunmuştur (6). Ülkemizdeki bu yüksek oran için gebelik dönemindeki yetersiz kontroller, prematüre doğumlar ve doğum sonrası bakım yetersizlikleri gibi nedenlerin etken olduğu tahmin edilmektedir.

Serebral Palsi'nin klinik tipi açısından farklı sınıflandırmaları olmakla birlikte en sık ve en eski kullanılan sınıflandırmalardan biri İsveç Sınıflamasıdır. Bu sınıflandırmaya göre SP; spastik, diskinetik, ataksik ve miks tip olarak dörde ayrılmaktadır (7).

SP tablosuna; motor gelişim geriliği, fonksiyonel kapasitede sınırlılık, kas tonusu bozuklukları, eklem limitasyonları, el fonksiyon becerilerinde yetersizlik gibi sorunların yanında yaklaşık %75'inde zihinsel yetersizlik, konuşma ve dil bozuklukları, işitme kaybı, duyu bütünlüğü

bozukluğu, davranış bozuklukları, algılama yetersizliği ve nöbetler eşlik edebilmektedir (4). Eşlik eden bu sorunlar SP tablosunu daha da ağırlaştırmaktadır. SP'li çocuklarda konuşma ve dil bozuklukları, oral motor disfonksiyon, artikülasyon sorunları, hem alıcı hem de ifade edici dilde yetersizliklerle sıklıkla karşılaşılmaktadır (3, 4).

SP'li çocukların %31-88'inde dil ve konuşma bozukluğu bildirilmektedir (8). SP'nin klinik belirtilerine paralel olarak konuşma sorunları sıktır. Örneğin, en çok rastlanan tip olan spastik SP'de, kasılmalı, gergin, silkinmeli kas hareketleri görülmektedir. Dolayısıyla spastik SP'li çocukların solunumları gergin, fonasyonla gırtlaktan üretilen sesleri boğuluyormuş izlenimi veren bir biçimdedir. Sesletimleri artikülasyon de konuşma organlarının sert ve uyumsuz hareketlerinden oluşmaktadır. Diğer SP tipleri ile de ilgili olarak SP çocukların genellikle konuşmaları yavaş ve külfetli, sarhoş gibi, vb. olabilir (9).

Konuşma gecikmesi SP'li çocuklarda yaygındır (4,10). Konuşma gecikmesi diskinetik SP'de en sık görülmektedir. Konuşma gecikmesi işitme kaybı, dil kaslarının koordinasyonsuzluğu ya da spastisitesi ile birlikte mental retardasyon ya da serebral korteksteki bir defektten kaynaklanabilmektedir (10). SP'li çocuklarda kas hareketleri, dolayısıyla konuşma ile ilgili sorunlara yutma güçlükleri ve salya sorunu gibi diğer sorunlara da rastlanır. Beyindeki hasarın yeri ve kapsamına bağlı olarak zihinsel yetersizlik ya da zihinsel yetersizlikten bağımsız olarak dil sorunları görülebilir. SP'li çocukların büyük bir kısmında ağır ve ileri derece de zihinsel yetersizlik de bulunur. Zihinsel yetersizlik oranı %37'den %71'e kadar değişiklik göstermektedir. SP li çocukta, eğer zihinsel yetersizlik yok ise, normal gelişim gösteren çocuklar gibi dili öğrenebilirler. Ancak, fiziksel durumun yarattığı yoksunluk, çevre ile iletişim eksikliği nedeni ile genellikle dil gelişimleri olumsuz etkilenmektedir. Ayrıca, SP'li çocuklarda işitme, ve görme gibi duyuusal bozukluklara rastlama olasılığının fazla olması da dil gelişimi için diğer olumsuz etkenlerdir (9).

Konuşma bozukluğu olan SP'li çocuklarda ağız-yüz muayenesi ve sesletim (artikülatör) organların değerlendirilmesi oldukça önemlidir (10). Çünkü, ağız bölgesindeki yapıların kullanım gücüne bağlı sorunlar, SP'li çocukların yaşamını etkileyen olumsuzluklar arasında önemli bir yere sahiptir.

Ağızdaki yapılarda (dil-dudak-çene gibi) fonksiyon bozukluğu varlığı, SP'li çocukların hem yeterli ve güvenli beslenmesini engelleyen, hem de konuşma ve görünüm üzerindeki etkileri nedeniyle sosyal kabulünü güçleştiren bir sorundur (11,12).

SP'li çocukların değerlendirmesinde; gelişimsel değerlendirilmeleri ayrıntılı olarak yapılması, değerlendirmenin fiziksel değerlendirmelerin yanı sıra bütün dil ve konuşma işlevlerini de kapsamalıdır (9).

SP'li çocukların kelime kazanımındaki yetersizlik dil gelişim sürecindeki sorunların göstergesi olabilir. Bu nedenle çocukların dil gelişimlerini değerlendirmede sözcük dağarcığı testlerinin önemli bir yeri vardır (10,13).

SP'li çocuklarda, el becerileri ve motor gelişim seviyelerinde gerilik ile birlikte dil gelişimlerini birlikte değerlendiren daha fazla sayıda araştırmalara gereksinim vardır. Bu saptamadan hareketle bu çalışmada, SP'li çocukların kelime bilgisi gelişimi ile motor fonksiyonları arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Yöntem

Bu çalışma; Özel Eğitim Merkezine devam eden Serebral Palsi'li ile çocuklar ve anneleri ile gerçekleştirildi. Çalışmaya farklı tip ve ekstremitelere sahip 54 SP'li çocuk dahil edildi. Olguların yaş, cinsiyet, motor fonksiyon seviyeleri çocuk fizyoterapisti tarafından Kaba Motor Fonksiyonel Sınıflandırma Sistemi-KMFSS ve El Yetenek Sınıflandırma Sistemi (MACS) ile değerlendirildi. Çocukların alıcı dil kelime bilgisi gelişimleri Peabody Resim-Kelime Testi ile odyoloji ve konuşma bozuklukları uzmanı tarafından, tahmini kognitif seviyeleri ise ailelere sorulan bir form aracılığıyla değerlendirildi. Tüm testler çocuklara bireysel olarak (yanında bir aile bireyi ile birlikte) uygulandı.

1. Veri Toplama Araçları

1.1 Kaba Motor Fonksiyon Sınıflandırma Sistemi

Kaba Motor Fonksiyon Sınıflandırma Sistemi (KMFSS) çocuğun hareket yeteneğini sınıflandırmak için kullanılan bir ölçüttür. KMFSS'nin genişletilmiş ve yeniden düzenlenmiş şeklinin Türkçesi kullanılmıştır (14,15). KMFSS kolay, basit ve kısa sürede uygulanabilen bir sınıflandırma sistemi olmakla birlikte, çocukları iki

yaş öncesi, iki-dört yaş, dört-altı yaş, altı on iki yaş ve 12-18 yaş arasında yaşlara göre ayırmaktadır. Her yaş için ise engel şiddetini beş seviyeye ayırmaktadır. Seviye 1, toplumsal mobilitede minimal ya da hiç engeli olmayan çocukları içerirken Seviye 5'deki çocuklar mobilite için tamamen dış desteğe bağımlı olan çocuklardan oluşmaktadır. KMFSS çocuğun "kaba motor" hareket yeteneğini değerlendirmenin yanında aynı zamanda aktivitede ve katılımındaki kısıtlılıklarını da ortaya koymaktadır (16).

1.2 El Yetenek Sınıflandırma Sistemi (Manual Ability Classification System) (MACS)

El yetenek sınıflandırma sistemi, SP'li çocukların günlük yaşam aktivitelerinde nesnelere tutarken ellerinin kullanımını sınıflandıran bir metottur. MACS sınıflandırma sistemi KMFSS'de olduğu gibi beş seviye üzerinden sınıflandırılır. Seviye 1, normal gelişen çocukla kıyaslandığında minör kısıtlılıkları olan SP'li çocuğu içerir. Seviye 1'de ki çocuk nesnelere kolaylıkla ve rahatlıkla tutabilirken, Seviye 5'de ki çocuk ise, nesnelere tutup kullanamayan ve basit faaliyetleri bile gerçekleştirmek için ileri derecede kısıtlı beceriye sahip olan, tamamen yardıma gereksinim duyan çocukları içerir (17,18).

1.3 Peabody Resim Kelime Testi (Peabody Picture-Vocabulary Test)

Çocukların alıcı dil gelişim düzeylerini belirlemek amacı ile Dunn tarafından hazırlanmış, Katz, Dunn, ve Öner tarafından geçerlik ve güvenilirliği yapılan Peabody Resim-Kelime (Peabody- Picture-Vocabulary Test) kullanılmıştır (19,20). İki-on iki yaş arasındaki çocukların alıcı dil kelime bilgisi bilgisini değerlendiren test bireysel olarak uygulanır. Teste, en kolaydan en zora doğru sıralanmış her biri dört resimden oluşan 100 kart ve kayıt formundan oluşmaktadır. Test için sekiz yaşından küçük ve büyük çocuklar olmak üzere iki ayrı açıklama vardır ve sözlü olarak verilir. Çocuktan her kelime için dört resim arasından sözcüğün anlamını temsil eden resme işaret etmesi istenir. Her doğru yanıt "bir" puan verilir. Puanların toplamı testin ham puanını oluşturur. Elde edilen ham puan, norm tablolarına göre yorumlanır ve çocuğun alıcı dil kelime bilgisi düzeyi belirlenir (20).

1.4 Kognitif Seviye

Çocukların tahmini kognitif seviyeleri ailelere sorulan bir form ile belirlendi. Form Avrupa'da yürütülen SPARCLE projesinde kullanılan kognitif

bozukluk formundan alındı. Bu forma göre; IQ seviyeleri, aşağıdaki gibi sınıflanmaktadır: 70 in üstü öğrenme güçlüğü ya da zihinsel yetersizlik çok hafif ya da yok, 50-70 hafif öğrenme güçlüğü ya da zihinsel yetersizlik <50 şiddetli öğrenme güçlüğü ya da zihinsel yetersizlik olarak değerlendirilir (21).

1.5. Verilerin Analizi

Veriler SPSS 18,0 paket programı kullanılarak demografik özelliklere ilişkin frekans, yüzde değerleri analiz edilmiştir. SP'li çocukların motor fonksiyon düzeyleri kognitif seviyeleri ile alıcı dil kelime bilgisi gelişimi düzeyleri arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla Spearman Korelasyon testi yapılmıştır.

Bulgular

Olguların yaş ortalaması $7,06 \pm 2,21$ yıl idi (min:4-maks:12) Olguların 17'si (%31,5) kız, 37'si (%68,5) erkekti. Olgular klinik tip açısından incelendiğinde; 36'sı (%66,7) spastik tip, altısı (%11,1) diskinetik, beşi (%9,3) ataksik, yedisi (%13) miks tip SP idi. Ekstremitelere dağılımına göre, 25'i (%46,3) diparetik, 16'sı (%29,6) kuadriparetik, 13'ü (%24,1) hemiparetik idi (Tablo 1).

SP'li çocukların motor fonksiyon değerlendirmelerinden KMFSS'ye göre, çocukların 12'si (%22,2) olgu Seviye 1'de, 9'u (%16,7) Seviye 2,8'i (%14,8) Seviye 3,17'si (%31,5) Seviye 4,8'i (%14,8) Seviye 5'te, MACS'a göre ise, 24'ü (%44,4) Seviye 1,14'ü (%25,9) Seviye 2,7'si (%13) Seviye 3, 9'u (%16,7) Seviye 4'te idi.

Tablo 1. Serebral palsili çocukların demografik bilgileri, klinik tip ve ekstremitelere dağılımına göre dağılımları (n:54)

		Yaş (X±SD) Min-max	
		N	%
Cinsiyet	Kız	17	31,5
	Erkek	37	68,5
Klinik Tip		N	%
	Spastik	36	66,7
	Diskinetik	6	11,1
	Ataksik	5	9,3
	Miks	7	13
Ekstremitelere Dağılımı	Diparetik	25	46,3
	Kuadriparetik	16	29,6
	Hemiparetik	13	24,1

Araştırmaya katılan çocukların Peabody Resim Kelime-Testine göre, alıcı dil kelime bilgisi gelişimleri incelendiğinde: 27'si (%50) yaş ile uyumlu iken, sekizinde (%14,8) kronolojik yaşından 0-11 ay geri, dokuzunda (%16,7) 12-23 ay ve üstü geri bulunurken, on çocuk (%18) testte kooperere olamadığı için test edilemedi. Çocuklar kognitif seviyelerine göre ise, 29'u (%53,7) 70'in üstü, 19'u (%35,19) 50-70 arası ve altısı (%11,11) 50'nin altında idi (Tablo 2).

SP'li çocukların alıcı dil kelime bilgisi gelişimleri ile motor fonksiyon seviyeleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmazken ($p>0,05$), alıcı dil kelime bilgisi gelişimleri ile kognitif seviyeleri arasında anlamlı bir ilişki bulundu ($r:0,473$, $p<0,05$). Ayrıca SP'li çocukların motor fonksiyon seviyelerinden KMFSS ile MACS arasında ($r:0,627$, $p<0,05$), KMFSS ile kognitif seviye arasında ($r:0,273$, $p<0,05$), MACS ile kognitif seviye arasında ($r:0,627$, $p<0,05$) anlamlı bir ilişki bulundu (Tablo 3).

Tartışma

SP'li çocuğun rehabilitasyonu ve eğitimi çok uzun ve yorucu bir süreçtir. Çocuğun yaşamı boyunca devam eden rehabilitasyon uygulamalarını, çocuğun motor fonksiyon seviyesi, kognitif becerisi, SP tablosuna eşlik edebilen konuşma, görme, işitme, sorunları ile epilepsi ve sistemik sorunlar gibi genel sağlık sorunları tabloyu ağırlaştırabilmektedir (3,4). Çalışmamızın amacı, SP'li çocukların dil gelişimleri ile motor fonksiyonları arasındaki ilişkinin değerlendirilmesidir. SP'li çocuklarda, motor bozukluklar hem kaba motor gelişim geriliği hem de ince motor sorunlar olarak ortaya çıkan en önemli sorunlardandır. Motor gelişim düzeyi ve motor gelişim basamaklarındaki geriliğin doğru olarak ölçülmesinin, uygun rehabilitasyon programını belirleme açısından gerekli olduğu belirtilmektedir (18). Bunun yanında SP'li çocuklar dil gelişimlerinin ve kognitif değerlendirilmelerinin çocuklarda fonksiyonel seviye ile birlikte ele alınması, çocuğun tablosunun bütün olarak görülebilmesi, değerlendirilebilmesi ve değerlendirme sonrasında ise uygun tedavi seçenekleri ile birlikte rehabilitasyonun etkinliğini ve çocuğun yaşam kalitesini artırmak açısından oldukça önemlidir.

SP'li çocukların alıcı dil kelime bilgisi gelişim düzeyinin ile motor fonksiyon seviyeleri arasında istatistiksel olarak anlamlılık çıkmamakla birlikte

Tablo 2. Serebral palsili çocukların KMFSS, MACS sınıflandırma sistemleri, alıcı dil kelime bilgisi gelişimi ve kognitif seviyelerine göre dağılımları (n:54)

KMFSS		Sayı	%
	Seviye I	12	22,2
	Seviye II	9	16,7
	Seviye III	14,8	
	Seviye IV	17	31,5
	Seviye V	8	14,8
MACS	Sayı	%	
	Seviye I	24	44,4
	Seviye II	14	25,9
	Seviye III	7	13
	Seviye IV	9	16,7
Alıcı Dil Kelime Bilgisi Gelişimi (Peabody Resim Kelime Testi)	Sayı	%	
	Yaşını karşılıyor	27	50
	0-11 ay geri	8	14,8
	12-23 ay ve üstü geri	9	16,7
	Testte koopere olmadı	10	18,5
Kognitif Seviye	Sayı	%	
	70 üstü	29	53,7
	50-70 arası	19	35,19
	50 altı	6	11,11

KMFSS: Kaba Motor Fonksiyon Sınıflandırma Sistemi

MACS: El Yetenekleri Sınıflandırma Sistemi

değerlendirilen çocuklardan Peabody Resim Kelime Testi sonuçların göre test edilemeyen grupta yer alan on SP'li çocuğun KMFSS 'ye altısı seviye 5'te dördü Seviye 4'te yer almaktaydı. MACS'a göre ise; on çocuktan beşi Seviye 4'te, beşi seviye 3'te yer almaktaydı. Dil gelişimi bilişsel gelişimle paralel gelişen alanlardır. Çalışmamızda SP'li çocukların alıcı dil kelime bilgisi gelişimleri ile kognitif seviyeleri arasında anlamlı ilişki bulunmuştur. Literatürde benzer biçimde Topbaş SP'li çocuklarda, motor ve bilişsel gelişimdeki geriliğin dil ve konuşmayı etkilediğini ve SP çocukların % 31-88'inde dil ve konuşma bozukluğu olduğunu bildirilmektedir (8). Motor fonksiyon seviyeye göre daha ağır etkilenim gösteren çocuklarda ağız bölgesindeki yapıların kullanım bozukluğuna bağlı olarak oral motor sorunlar, SP'li çocukların konuşma, dil gelişimini ve günlük yaşamını etkileyen olumsuzluklar arasında önemli bir yere sahiptir (11). Yüz

kaslarında özellikle ağız çevresi kaslarındaki gelişim ve koordinasyonun bozulması emme, yutma ve artikülasyon hareketlerinin oluşumunu etkileyerek çocukların konuşma üretimini olumsuz etkilediği belirtilmektedir (8). Bunun yanı sıra ağızdaki yapılarda (dil-dudak-çene gibi) fonksiyon bozukluğu varlığı konuşma ve görünüm üzerindeki etkileri nedeniyle sosyal kabulünü güçleştiren bir sorundur (12). Bu sorunun üstesinden gelmek için, öncelikle çocuğun baş, boyun ve gövde kontrolünü artırmaya yönelik motor gelişim egzersizlerinin yapılmasının, oral-motor becerileri destekleyecek pozisyonel düzenlemelerin yapılmasının dil ve konuşma terapisi programının izlenmesinin çocukların gelişimi açısından çok yararlı olacağı belirtilmektedir (22).

Çalışmamızda SP'li çocukların yarısında alıcı dil kelime bilgisi gelişiminde normal yaşlıları ile

Tablo 3. Serebral palsili çocukların KMFSS, MACS, alıcı dil kelime bilgisi gelişimi ve kognitif seviye arasındaki korelasyon

	KMFSS		MACS		Kognitif Seviye	
	r	p	r	p	r	p
Alıcı dil kelime bilgisi gelişimi	0,140	>0,05	0,042	>0,05	0,473	<0,05*

KMFSS:Kaba Motor Fonksiyon Sınıflandırma Sistemi

MACS: El Yetenekleri Sınıflandırma Sistemi

*p<0,05

benzer gelişim gösterirken diğer yarısında gelişimsel olarak gerilikler olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Yapılan çalışmalarda da benzer biçimde literatürde de yapılan Öneş ve arkadaşları %54,87'sinde konuşma sorunu saptamışlar ve bunların %45'i normal, %28,32'si 1-2 kelime, %2,65 disartrik, %19,47'sinde kelime olmadığını %4,42'sini ise konuşma beklenmiyor şeklinde belirtmişlerdir (23). Bir diğer araştırmada ise; Doğan ve arkadaşları SP'li çocuklarda konuşma sorunlarının sıklığını %45,9 olarak bildirmişlerdir (24).

SP'nin tedavisinde rehabilitasyon yaklaşımlarının interdisipliner olarak yürütülmesinin büyük bir önemi vardır. SP'li çocuklarda: motor, kognitif ve dil gelişimi açısından çocuğun kapsamlı değerlendirilmesi eşlik eden diğer sorunların bilinmesi, akılcı ve detaylı bir rehabilitasyon programının belirlenmesini sağlayacaktır (25).

SP'li çocukların değerlendirilmesinde yalnızca kaba motor gelişim seviyelerinin değil, aynı zamanda el becerileri, ince motor gelişimlerinin takibi, kognitif ve dil gelişim seviyelerinin de göz önünde bulundurulması, uygulanan rehabilitasyonun etkinliğini ve çocuğun rehabilitasyon sürecindeki başarısını artırbilecektir.

SP'li çocukların dil gelişimlerinin değerlendirmesine ilişkin yapılan bu çalışmanın ülkemizde ileride yapılacak yeni çalışmalara yol gösterici olacağı düşünülmektedir.

İletişim: Dr. Pelin Piştav Akmeşe
E-posta: pelinakmese@gmail.com

Kaynaklar

1. Topbaş S. Dil ve kavram gelişimi. 3. Baskı. Kök Yayıncılık. Ankara; 2007.
2. Levey S, Polirstok S. Language development: Understanding language diversity in the classroom. U.S.A: SAGE Publications; 2011.
3. Bax M, Goldstein M, Rosenbaum P, Leviton A, Panneth N. Proposed definition and classification of cerebral palsy. *Dev Med Child Neurol* 2005; 47: 571-576.
4. Singhi PD, Ray M, Suri G. Clinical spectrum of cerebral palsy in north india-an analysis of 1000 cases. *J Trop Pediatr* 2002; 48: 162-166.
5. Albright A. Spasticity and movement disorders in cerebral palsy. *Child Neurol* 1996;11:1-4.
6. Serdaroğlu A, Cansu A, Ozkan S, Tezcan S. Prevalence of cerebral palsy in Turkish children between the ages of 2 and 16 years. *Dev Med Child Neurol* 2006; 48: 413-416.
7. Aicardi J, Bax M. Cerebral palsy. In: Aicardi J, ed. *Diseases of the nervous system in childhood*. London: Mac Keith Pres, 1998. p. 210-240.
8. Topbaş S. Cerebral palsy'de dil-konuşma bozuklukları ve terapisi. In: Hıfzı Ö, ed. *Cerebral Palsy*. İstanbul: Boyut Matbaacılık, 2005. p. 27-34.
9. Ege, P. Farklı engel gruplarının iletişim özellikleri ve öğretmenlere öneriler. *Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Özel Eğitim Dergisi* 2006;7 (2): 1-23.
10. Çiyiltepe M, Türkbay T. Konuşmanın bileşenleri ve konuşma gecikmesi olan çocukların değerlendirilmesi: Gözden geçirme. *Çocuk Gençlik ve Ruh Sağlığı Dergisi* 2004;11(2):89-97.
11. Johnson HM, Reid SM, Hazard CJ, Lucas JO, Desai M, Reddihough DS. Effectiveness of the Innsbruck Sensorimotor-Activator and Regulator in improving saliva control in children with cerebral palsy. *Dev Med Child Neurol* 2004 Jan;46:39-45.
12. Griggs CA, Jones PM, Lee RE. Videofluoroscopic investigation of feeding disorders of children with multiple handicap. *Dev Med Child Neurol* 1989; 31: 303-308.
13. Okalidou A, Syrika A, Beckman ME ve Edwards JR. Adapting a receptive vocabulary test for preschool-aged Greek-speaking children. *Int J Lang Commun Disord* 2011 Jan-Feb;46(1):95-107. doi: 10.3109/13682821003671486.
14. Palisano R, Rosenbaum P, Walter S, Russell D, Wood E, Galuppi B. Development and reliability of a system to classify gross motor function in children with cerebral palsy. *Dev Med Child Neurol* 1997; 39: 214-223.
15. Palisano RJ, Rosenbaum P, Bartlett D, Livingston MH. Content validity of the expanded and revised Gross Motor Function Classification System. *Dev Med Child Neurol* 2008; 50:744-750.
16. El O, Baydar M, Berk H, Peker O, Koşay C, Demiral Y. Interobserver reliability of the Turkish version of the expanded and revised gross motor function classification system. *Disabil Rehabil*. 2012;34(12):1030-3. doi: 10.3109/09638288.2011.632466. Epub 2011 Nov 29.
17. Akpınar P, Tezel CG, Eliasson AC, İcagasioglu A. Reliability and cross-cultural validation of the Turkish version of Manual Ability Classification System (MACS) for children with cerebral palsy. *Disabil Rehabil* 2010;32(23):1910-6. doi: 10.3109/09638281003763796.
18. Kerem Gunel M, Mutlu A, Tarsuslu T, Livanelioglu A. Relationship among the Manual Ability Classification System (MACS), the Gross Motor Function Classification System (GMFCS), and the functional status (WeeFIM) in children with spastic cerebral palsy *Eur J Pediatr*. 2009 Apr;168(4):477-85. doi: 10.1007/s00431-008-0775-1
19. Dunn LM. Expanded manual for the peabody Picture-vocabulary test. Circle Pines, MN: American Guidance Service; 1965.
20. Katz J, Önen F, Demir N, Uzlukaya A, Uludağ PA. Turkish Peabody Picture-Vocabulary Test. *Hacettepe Sosyal ve Beşeri Bilimler Dergisi* 1974;6(1-2):129-140.
21. Beckung E1, Hagberg G. Neuroimpairments, activity limitations, and participation restrictions in children with cerebral palsy. *Dev Med Child Neurol*. 2002 May;44(5):309-16.
22. Haberfellner H, Schwartz S, Gisel EG. Feeding skills and growth after one year of intraoral appliance therapy in moderately dysphagic children with cerebral palsy. *Dysphagia* 2001; 16: 83-96.
23. Öneş K, Çelik B, Çağlar N, Gültekin Ö, Yılmaz E, Çetinkya B. Serebral Palsi Polikliniğine Müracaat Eden Hastaların Demografik ve Klinik Özellikleri. *Türk Fiz Tıp Rehab Derg* 2008;54:13-6.
24. Doğan A, Gülten E, Aybay C, Özgirgin N. Serebral palsili olgularımızın sosyodemografik ve klinik özellikleri. *Fiziksel Tıp* 2001;4:7-12.
25. Russman BS. Cerebral palsy: definition, manifestations and etiology. *Türk Fiz Tıp Rehab Derg* 2002;48:4-6.



Dr. Yasemin Şanlı¹, Dr. Yeliz Dinçer², Dr. Serap Bayram³, Dr. Ümran Oskay⁴

Geliş/Received : 12.05.2017
Kabul/Accepted : 01.08.2017

Öz

Gebelikte, annede daha önceden var olan ya da gebelikte birlikte ortaya çıkan bazı durumlar, gebeliğin riskli olarak adlandırılmasına neden olmaktadır. Yüksek riskli gebelik, maternal ve fetal sağlığı tehdit eden mortalite ve morbidite olasılığını artıran fizyolojik, sosyal ve emosyonel bir durumdur. Yüksek riskli gebeliklerde anne ve bebekler için ciddi komplikasyonlar ortaya çıkabilmekte ve buna bağlı ciddi sorunlar yaşanabilmesi nedeni ile gebenin iç dünyasında birçok çatışmaya da neden olabilmektedir. Bu araştırma benzersiz ve yoğun bir yaşam deneyimi olan gebeliğin yüksek riskli grubunda yer alan kadınlarda ortaya çıkan stresörlerin ve bunlarla baş etme yöntemlerinin incelenmesi amacı ile yapılmıştır. Bu çalışmada karma araştırma yöntemlerinden triangülasyon modelinden yararlanılmıştır. Çalışmanın nicel verilerin toplanmasında 18 sorudan oluşan soru formu ile birlikte "Algılanan Stres Ölçeği" (ASÖ) kullanılmıştır. Nitel verilerin toplanmasında ise "derinlemesine görüşme yöntemi" uygulanmıştır. Yüksek riskli gebelere kendileri ve bebeklerine yönelik sağlık çalışanı tarafından verilen bilgilendirmenin yetersiz olduğu ve bu alanda bilgi gereksiniminin çok yüksek olduğu görülmüştür. Yüksek riskli gebeler bu sürecinin yönetilmesinde en çok manevi baş etme yöntemlerini kullandıklarını ifade etmiştir. Çalışmanın sonuçları, yüksek riskli gebelik yaşayan kadınların fizyolojik sorunlar ile birlikte en çok üzüntü, keder, endişe ve hastaneye yetişememe gibi psikososyal sorunlar yaşadığını göstermiştir. Yüksek riskli gebelerin bu süreçleri ile baş etmelerinde aile, sosyal çevre ve sağlık ekibi ile etkileşiminin önemli katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Anahtar sözcükler: Yüksek riskli gebelik, Stres, Başetme, Triangülasyon metodu, Algılanan stres ölçeği

Abstract

In pregnancy, specific conditions that already exist or emerging with pregnancy in mothers make pregnancy risky. High risk pregnancy, is a physiological, social and emotional state that threatens maternal and foetal health and increases the possibility of mortality and morbidity. In high risk pregnancies serious complications may emerge for mothers and infants and associated problems may lead to many clashes in the inner world of expecting mothers. The study was conducted for the purpose of examining stressors in high risk group of pregnancy as a unique and intensive life experience and ways of coping up with these problems. The survey used the triangulation model as a combined research methodology. In collecting quantitative data, questionnaire form consisting of 18 questions and the "Perceived Stress Scale" (PSS) were used. The method of "in-depth interview" was used in collecting qualitative data. It was found that information supplied by health personnel to women with high risk pregnancy about themselves and their infants was insufficient and that there is need for much more information in this regard. Women in the group of high risk pregnancy state that they mostly resort to moral methods of coping up in managing the process. The outcomes of the survey suggest that in cases of high risk pregnancy women experience, besides their physiological problems, psychosocial problems as well like sadness, grief, anxiety and worries about not being able to make it to hospital. It is considered that interaction with family, social environment and health teams would contribute significantly to coping up with cases of high risk pregnancy.

Key words: High risk pregnancy, Stress, Coping up; Triangulation method, Perceived stress scale

1 Öğretim Üyesi, Karamanoğlu Mehmetbey Ü. Sağlık Bilimleri Fak. Karaman

2 Öğr. Gör., Düzce Ü. Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, Düzce

3 Öğr. Üyesi., Düzce Ü. Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, Düzce

4 Prof.; İstanbul Ü. Florence Nightingale Hemşirelik Fak. İstanbul

Giriş

İnsanlığın başlangıcından bu yana her toplumun ana ögesi olan kadınlar, gebe kalarak neslini sürdürmektedirler (1). Neslin sürmesinin sağlanması yanında, anne olma kadınların yaşamında ayrıcalıklı bir önem taşımaktadır ve yaşamdaki en önemli kararlardan biridir. Gebe ve ailesi bu süreç içinde benzersiz bir deneyim yaşarlar (2).

Gebelik, sağlıklı bir biçimde izlendiğinde ve risklerin olmadığı durumlarda sonu insanlara en büyük mutluluğu yaşatacak bir olaydır. Gebelikte, annede daha önceden var olan ya da gebelikle birlikte ortaya çıkan bazı durumlar, gebeliğin riskli olarak adlandırılmasına neden olmaktadır. Gebelikte risk etmenleri, annenin ve bebeğin yaşamını doğrudan etkileyecek yapıda ise yüksek riskli gebelik olarak adlandırılır. Başka bir tanıma göre yüksek riskli gebelik, var olan etkenin anne ve/veya fetüsün potansiyel davranışlarını ve gebeliğin sonucunu olumsuz etkilemesi olarak tanımlanmaktadır (1,3).

Maternal-Fetal Tıp ve Perinatoloji Derneği'nin hazırladığı Tanı ve Tedavi Klavuzları kitabında da gebelerin yüksek, orta ve düşük risk gruplarına ayrıldığı belirtilmektedir (4). Ayrıca Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Kadın ve Üreme Sağlığı Daire Başkanlığı tarafından "Riskli Gebeliklerin Önlenmesi Programı" kapsamında ülke genelinde anne ölümlerine neden olan yüksek riskli durumların yönetilmesinde kaliteli, standart, güvenli, nitelikli hizmet sunulması ve uygulamada birlikteliğin sağlanması amacıyla Riskli Gebelikler Yönetim Rehberi yayımlanmıştır. Rehber gebelik öncesi, doğum öncesi, doğum ve doğum sonrası dönemlerde yapılması gereken iş ve işlemleri içermekte ve birinci basamakla diğer sağlık kuruluşları arasında eşgüdüm ve ilgili uzmanlık dallarıyla multidisipliner bir yaklaşımın da olması gerektiğini vurgulamaktadır (5).

Yüksek riskli gebelikler iki grupta ele alınır; Gebelikte oluşan komplikasyonlar: Gebeliğe eşlik eden doğum öncesi kanamalar, erken membran rüptürü, gebelikte hipertansif durumlar, hiperemesis gravidarum, çoğul gebelikler gibi komplikasyonlarda riski ortaya koyan pozitif test sonucu vardır. Risk mevcut olabilir ya da olmayabilir (1,3).

Gebelik öncesinde var olan sağlık durumları:

Gebeliğin eşlik ettiği bu sağlık durumlarında gebeliğin başlangıcında riski ortaya koyan kalp hastalığı, diyabet, kan hastalıkları, enfeksiyon hastalıkları, cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar, Rh uyuşmazlığı, anne yaşı gibi tıbbi sorunlar bulunmaktadır (1,3).

Gebelikte yapılacak olan değerlendirme sırasında kullanılacak yöntemler farklı da olsa yapılan tüm değerlendirmeler ile elde edilen pek çok risk faktörü, büyük oranda "olumsuz perinatal sonuca" neden olan etmenlerdir. Risk değerlendirmesi, ayrıntılı öykü alımı, kapsamlı bir fiziki inceleme ve laboratuvar testleri ile elde edilen bilgilerle yapılmaktadır. Ayrıca gebelikte risk değerlendirmesinin, gebelik öncesi dönemden başlayarak gebelik süresince düzenli olarak belli periodlarla yapılması ile doğum eyleminin başında yinelenmesi gerekmektedir (6).

Gebeliği risk altında olan anne, fiziksel, emosyonel ve sosyal sorunları olan bir annedir. Gebeliği riskli duruma getiren fizyolojik sorunlar; anne gebe kalmadan önce var olan sorunlar (kalp hastalığı, diyabet, hipertansiyon gibi) olabileceği gibi doğrudan gebelikte ortaya çıkan sorunlar da (preeklampsi, eklampsi, kanama, hipertansiyon gibi) olabilir (7).

Yüksek riskli gebeliklerde anne ve bebekler için ciddi komplikasyonlar ortaya çıkabilmekte ve buna bağlı ciddi sorunlar yaşanabilmektedir, bu nedenle yüksek riskli gebelik tanısı almış anne adaylarının, tıbbi tedavi ve bakım için hastaneye yatırılması gerekebilmektedir (8). Bu süreçte verilen kapsamlı hemşirelik bakımının, eğitim ve danışmanlık hizmetlerinin yaşanan sorunlar üzerinde oldukça etkili olduğu bulunmuştur (8,9). Yüksek riskli gebelerde psikososyal sorunlar içinde depresyon, anksiyete, stres ve distres bulguları gittikçe artan oranlarda gözlenmektedir (9). Yılmaz ve Beji (10) çalışmalarında gebeliğini sonlandırmayı düşünen kadınların daha fazla depresif belirti gösterdiğini ve stresle başa çıkma tarzı olarak boyun eğici ve çaresiz yaklaşımı kullandığı bildirilmiştir. Riskli olan ve olmayan gebelerin psikososyal sağlıklarının karşılaştırıldığı bir çalışmada da kaygı ve strese ait özellikler, psiko-sosyal destek gereksinimine ait özellikler, ailesel özellikler boyutlarında anlamlı farklar olduğu bulunmuştur (11).

Yüksek riskli bir gebelikte gebenin psikolojik uyumu için dengenin korunması; bireyin gerçekçi olarak durumu algılanması, kendisi için önemli olan kişilerden, yakınlarından uygun destek alması ve uygun baş etme mekanizmaları ve sorun çözme yeterliliğini geliştirmesi olmak üzere üç etmene bağlıdır. Gebe ve ailesi, yüksek riskli gebeliğin getirdiği kriz durumlarıyla baş etmek için, hem geçmişte kullandıkları baş etme mekanizmalarına başvurmak hem de yeni baş etme yöntemlerini öğrenmek zorundadır (7). Yüksek riskli bir duruma gebenin uyumu için, riskli durumların erken prenatal dönemde saptanması ve mevcut sorunların anne ve fetüsü en az etkileyecek biçimde çözümlenmesi önem taşımaktadır (12). Özkan ve ark (2004)'nin yaptığı çalışmada yüksek riskli gebelerin anksiyete ve depresyon puanlarının sağlıklı gebelere göre daha yüksek olduğu bulunmuştur (13).

Yüksek riskli gebelik nedeniyle hastaneye yatma ile oluşan sosyal ve fiziksel ortam değişikliği, kendisinin ve bebeğin sağlık durumunda sapma, aktivite kısıtlanması, başkalarına bağımlı olma, uygulanan tedavi, test ve girişimler, aileden ayrılma, mahremiyetin azalması ve belirsizlik gibi stres etkenleri, gebelerde yalnızlık, güçsüzlük, huzursuzluk, korku, öfke ve düşmanlık duygularına neden olabilmektedir. Bu sorunların azaltılmasına yönelik olarak yapılacak olan kaliteli bir hemşirelik bakımı gebenin psikolojik durumunun iyileşmesine büyük katkı sağlayacaktır (14). Pamuk ve Arslan (2009)'nin hastanede kesin yatak istirahati alan riskli gebelerin, yatak istirahatına bağlı gelişen hastane stresörlerini ve hemşirelik bakımını belirlemek amacıyla yaptıkları çalışmada; en çok stres yaşatan konular, 'Bebeğimin sağlığını düşünme, daha ne kadar hastanede kalacağımı merak etme, doğumu düşünme, yatmaktan bıkmama, anne olma konusunda endişelenme, sıkıntılı hissetme, test sonuçlarını düşünme, başkalarına bağımlı olma, yabancı bir yatakta uyuma, boş durmaktan sıkılma' olarak bulunmuştur (2). Akbaş ve arkadaşları (15), gebenin sosyal destek sistemleri ile depresyonu arasında negatif yönde güçlü bir ilişki olduğunu belirlemişlerdir.

Sonuç olarak; yüksek riskli gebelik içerisinde birçok çatışmayı da içerir, doğmamış çocuk ile gebenin bağlantıları ve ilişkileri bu süreçten

etkilenmektedir. Gebelerin bu dönemdeki mücadelesinde yaşadıkları stresi hafifletmek, kaygı ve belirsizliklerini gidermek ve bu süreci ve sonrasında yaşayabileceklerini daha anlamlı kılmak adına sağlık çalışanları olarak sürekli etkileşim halinde olmak fazlasıyla gereklidir (16).

Gereç ve Yöntem

Bu çalışmada karma araştırma yöntemlerinden triangülasyon modelinden yararlanılmıştır. Nitel veri toplama sürecinde "triangülasyon" olarak isimlendirilen ve birden fazla veri toplama yöntem ve bir arada kullanıldığı bir yaklaşım benimsenmektedir. Böylece bir soruyu araştırmak için birden fazla yöntem kullanılır. Nitel araştırmalarda farklı veri kaynaklarına dayalı olarak veri toplamanın amacı, araştırmacının "sistemik hata" yapma riskini ortadan kaldırmaktır (17). Ayrıca iki ya da daha fazla yaklaşımdan elde edilen bulguların kombinasyonu, yaklaşımların tek başına yapabileceğinden daha kapsamlı bir tablo sunar. Model, 1950'lerde, tek bir metodolojinin kullanımından kaynaklanan potansiyel önyargılardan kaçınmanın bir aracı olarak ilk olarak nitel araştırmalarda kullanılmaya başlanmıştır (18). Çalışmamızda triangülasyon modeline göre araştırmacılar tarafından eş zamanlı elde edilen nicel ve nitel veri sonuçları karşılaştırılmış ve verilerin birbirini doğrulayıp doğrulamadığını görmek için elde edilen bulgular kullanılarak çalışmanın geçerliliğinin artırılması sağlanmıştır.

Çalışmanın nicel verilerin toplanmasında açık ve kapalı uçlu 18 sorudan oluşan ve kadınların sosyo-demografik özellikleri ve daha önceki riskli gebelik deneyimlerini içeren bir soru formu ve kadınların algıladıkları stres düzeyini belirlemek üzere 10 maddeden oluşan ve 1-5 arası değerlendirilen likert tipi bir ölçek olan "Algılanan Stres Ölçeği" (ASÖ) uygulanmıştır.

Algılanan Stres Ölçeği (ASÖ) Cohen, Kamarck ve Mermelstein (1983) tarafından geliştirilmiş ve Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Eskin ve arkadaşları (2013) tarafından yapılmıştır. Toplam 14 maddeden oluşan ASÖ kişinin yaşamındaki birtakım durumların ne derece stresli algılandığını ölçmek için tasarlanmıştır. Katılımcılar her maddeyi "Hiçbir zaman (0)" ile "Çok sık (4)"

arasında değişen 5'li Likert tipi ölçek üzerinde değerlendirmektedir. Maddelerden olumlu ifade içeren 7'si tersten puanlanmaktadır (19).

Çalışmada nitel verilerin toplanmasında kalitatif araştırma yöntemlerinden biri olan "derinlemesine görüşme yöntemi" uygulanarak gerçekleştirilmiştir. Çalışmanın evrenini Aralık 2013- Şubat 2014 tarihleri arasında Karaman Devlet Hastanesi Kadın Doğum Kliniği' ne başvuran ve Nisaiye Servisi'nde yatan, çalışma ölçütlerine uyan ve çalışmaya katılmayı kabul eden 25 gebe oluşturmuştur. Hastane 400 yatak kapasitesi ile ikinci basamak bir hastane olarak hizmet vermektedir. Toplam dört bloktan oluşan hastanede, yalnızca Kadın Hastalıkları ve Doğum alanında değil birçok dalda poliklinik ve yataklı tedavi hizmeti verilmektedir. Çalışmanın yürütüldüğü Nisaiye Servisi hastanenin üçüncü katında olup toplam 10 yatak ile gebelik ve kadın hastalıkları ile ilgili hastalara yataklı tedavi hizmeti verilmektedir. Çalışma ölçütlerine uyan ancak zaman kısıtlılığı bulunan iki gebe ile yeterli görüşme sağlanamadığından çalışma kapsamından çıkarılmıştır. Çalışmaya katılması istenen bireylerin nitelikleri; 22 haftadan daha büyük bir gebeliği olmak, sağlık sorunu ya da gebeliğe bağlı bir komplikasyon nedeniyle hastanede yatan ya da poliklinikte takip edilen yüksek riskli gebe olmak, çalışmaya gönüllü olmak ve çalışmaya engel bir durumu olmamak (zihinsel engel gibi) olarak belirlenmiştir.

Karaman Devlet Hastanesi'nden yazılı izinler alındıktan sonra, çalışmanın amacı ve süreci konusunda bilgilendirilen ve çalışmaya katılmayı sözlü onam vererek kabul eden 23 kadın ile bireysel derinlemesine görüşme yapılmıştır. Görüşmeler uzman araştırmacı moderatörlüğünde, özel bir odada 40-60 dk süre içinde gerçekleştirilmiştir. Riskli gebelerin karşılaştıkları stresörler ve baş etme yöntemlerinin görüşülmesi aşamasında, araştırmacılar tarafından geliştirilen ve 7 sorudan oluşan yarı-yapılandırılmış bir görüşme formu kullanılmıştır. Forma ait sorular;

- Başından beri bu gebeliğinizde neler yaşadığınızı anlatır mısınız?

- Başından beri yaşadığınız olaylarla ilgili ne biliyorsunuz?

- Gebeliğinizin başından beri eşinizle ilişkileriniz nasıl gidiyor?

- Gebeliğiniz süresince size en çok kimler yardımcı oldu?

- Bu süreçte nelerin daha farklı olmasını isterdiniz?

- Sizi sıkacak ya da üzecek bir durum olduğunda neler yaparsınız?

- Gebeliğinizde ortaya çıkan sorunlarla baş etmek için neler yapıyorsunuz?

Görüşme süreci sorular doğrultusunda etkin dinleyerek sürdürülmüştür. Görüşme esnasında ses kaydı alınmasının kadınların yoğun duygusallık yaşadıkları bu dönem için rahatsızlık oluşturabileceği düşünülmüş ve görüşme araştırmacı tarafından elle kayıt tutularak gerçekleştirilmiştir. Görüşmeler tamamlandıktan sonra iki ayrı araştırmacı tarafından görüşme notları ayrı ayrı kodlanmış ve daha sonra birleştirilerek sınıflandırılmıştır.

Bulgular

Çalışmaya katılan kadınların sosyo-demografik özellikleri ile ilgili bulguların dağılımı Tablo 1'de sunulmuştur. Çalışmaya katılan yüksek riskli gebelerin yaş ortalaması 30.17 ± 5.26 (21-38 yaş)'dır. Büyük çoğunluğu ilköğretim mezunu ve ev hanımıdır. Yaklaşık olarak yarısı gelirini giderinden az olarak belirtmiştir. Büyük çoğunluğunun sağlık güvencesi vardır. Büyük çoğunluğu çekirdek aile tipindedir.

Çalışmaya katılan kadınların kadın sağlığı özellikleri ile ilgili bulguların dağılımı Tablo 2'de sunulmuştur. Yüksek riskli gebelerin gebelik ortalaması 2.83 ± 1.11 (1-5 gebelik), 23 gebeden 3 gebede kürtaj, 23 gebeden 3 gebede düşük, yaşayan çocuk sayısı ortalaması 1.82 ± 0.64 (1-3 çocuk)'dür. Kadınların yarısı çocuklarına aile bireyleri tarafından bakıldığını ifade etmiştir. 23 gebeden 13'ü bu gebeliğin planlı olarak gerçekleştiğini ifade etmiştir. Kadınların gebelik haftası ortalaması 32.22 ± 4.44 (22- 39 hafta)'dür. 23 gebeden 12'sinde gebelik öncesi sağlık sorunu olduğunu ve 15 'i yatak istirahati verilmediğini belirtmiştir. 23 gebeden 10'u gebelikte ilgili sorunlar (tansiyon, gestasyonel diyabet, preeklamsi) nedeniyle yüksek riskli gebelik tanısı almıştır.

Gebelerin Algılanan Stres Ölçeği'nden aldıkları puanların dağılımı ile ilgili bulgular Tablo 3'de sunulmuştur. Kadınların algıladıkları stres ortalamaları 29.57 ± 4.68 (19-44 aralığında)'dir. Kadınların algıladıkları stres düzeyi 50. percentil ile uyumludur.

Yüksek riskli gebeler ile yapılan bireysel derinlemesine görüşme doğrultusunda başlıca temalar ve katılımcıların yanıtları Tablo 4'de sunulmuştur.

Tartışma

Çalışmanın sonuçları büyük çoğunluğu düşük eğitime ve gelir düzeyine sahip kırsal bir bölgede yaşayan yüksek riskli gebeliği olan kadınlarda ortaya çıkan stresörler ve baş etme yöntemlerini ortaya koymuştur. Yüksek riskli gebelik tanısı alan kadınların yaşadıkları sorunlar ve olumsuzluklar noktasında, katılımcılar tarafından hastanede yatma, gebeliğin sürdürülmesi için ilaç ve diğer tedavileri alma, ağrı, kanama, bulantı-kusma,

halsizlik, uykusuzluk gibi sorunlar ifade edilmiştir. Kadınların çoğunluğunun yatak istirahati zorunluluğu olmamasına karşın, yüksek riskli gebelik nedeniyle sık sık acil servise ya da kontrole gelmesi gerekebilmektedir. Bu durum yüksek riskli gebelerde fiziksel şikâyetlerin yanı sıra, psikososyal sorunlarını de artırmaktadır (8, 20).

Kadınların yüksek riskli gebelik nedeniyle yaşadıkları fizyolojik sorunlarla birlikte en çok tanımladıkları duygular üzüntü, keder, endişe, hastaneye yetişememe korkusu olmuştur. Vasquez ve arkadaşları (16) maternal morbidite ile ilişkili ciddi komplikasyondan kurtulan 17 kadının deneyimlerini niteliksel olarak incelemiştir ve bizim çalışmamıza benzer biçimde bebek ve gebelik ile ilgili hastalık sürecinin neler getireceğini bilmemeye bağlı olarak endişe, keder, hayal kırıklığı ve ölüm korkusu yaşadıklarını bildirmişlerdir. Yüksek riskli gebelerin bu dönemde yoğun yaşadığı stres etkeni ailesi ve sorumlulukları ile ilgili kontrol kaybı ve kendisine bakan kişilere yük olma olarak ifade edilmiştir (14,16,21). Yüksek riskli gebelerle çalışan sağlık profesyonellerinin klinik, acil servis, poliklinik gibi hasta ile karşılaşma noktalarında bu duygulanımlar açısından da değerlendirme yapmaları çok önemlidir. Nitekim hastane ortamında kesin/kısmi yatak istirahatındaki yüksek riskli gebelerde kapsamlı hemşirelik uygulamalarının, fiziksel ve psikolojik şikâyetlerin ve hastane stresörlerinin azaltılmasındaki etkinliği ortaya konulmuştur (8). Pamuk ve Arslan (2) hastanede yatan riskli gebelerin fiziksel ve psikolojik yakınmaların birbirleri ile ilişkili olduğunu ve hastanın demografik, obstetrik özellikleri ve sosyal destek kaynaklarıyla bağlantılı olarak arttığını ya da azaldığını saptamıştır. Bu yakınmaların azaltılmasında perinatoloji alanında hizmet veren sağlık profesyonelleri ve özellikle hemşirelerin etkili rol oynadıkları belirlenmiştir.

Yüksek riskli gebelik gebenin bedeni ve yaşamı üzerindeki kontrol duygusunu ve bağımsızlık duygusunu azaltan bir durumdur (14,16,22). Bu çalışmaya katılan bazı gebeler yaşadıkları bu duygularını şöyle ifade etmiştir.

“ İlk düşük olduğu için en başından beri bununda düşmesini istemedim. Çocuğın üç

Tablo 1. Bireylerin sosyo-demografik özelliklerinin dağılımı (N=23)	
Özellikler	n
Bireylerin yaş ortalaması	30.17+ 5.26 (21-38 yaş)
Eğitim durumu	
İlkokul	18
Lise	4
Üniversite ve üstü	1
Eğitim yılı ortalaması	5.50+1,15 (5-8 yıl)
Mesleği	
Ev hanımı	21
Hemşire	1
Diğer	1
Çalışma durumu	
Evet	1
Hayır	22
Gelir	
Geliri giderinden az	12
Geliri gidere eşit	11
Sağlık güvencesi	
Evet	12
Hayır	3
Aile tipi	
Çekirdek	19
Geniş	4

Tablo 2. Bireylerin kadın sağlığı ile ilgili özelliklerinin dağılımı (N=23)	
Özellikler	n
Gebelik ortalaması	2.83+ 1.11 (1-5 gebelik)
Kürtaj durumu	
Evet	3
Hayır	20
Düşük durumu	
Evet	3
Hayır	20
Ölü doğum durumu	
Evet	2
Hayır	21
Yaşayan çocuk sayısı ortalaması	1.82+0.64 (1-3 çocuk)
Başka çocuğu var mı?	
Evet	17
Hayır	15
Çocuklarına kim bakıyor?	
Aile üyesi	9
Bakıcı	1
Kendisi	8
Bu gebeliğin planlı olma durumu	
Evet	13
Hayır	10
Gebelik haftası ortalaması	
Daha önce sağlık sorunu olma durumu	
Evet	12
Hayır	8
Yatak istirahati durumu	
Evet	8
Hayır	15
Tanısı	
EDT	6
EDT, eşilik eden diğer hastalık	1
Kronik bir hastalık	2
İntrauterin gelişme geriliği	2
IVF gebelik	2
Gebelik ile ilgili sorunlar (tansiyon, gestasyonel diyabet, preeklamsi)	10

aydan sonra düşme tehlikesi olmaz diyorlar ve ben en çok öncekinden dolayı da bunda da ilk üç ayda düşer diye korktum. Ama üçüncü ayı doldurunca rahatladım." (22 yaş, ev hanımı).

"Şu anda kalçasında bir tümör var bebeğin vücudu su toplamış. Sona doktor ultrason yaptı ve bebeğin kalbi durmuş ve bu çocuğun anomalileri var dedi. Şok oldum ve dünya başıma yıkıldı. Sezaryen olmak istedim uyumak ve o çocuğu öyle görmek istemiyorum" (25 yaş, ev hanımı).

Yüksek riskli gebeler için kendilerine bakım veren sağlık personelleri ile iletişimin çok önemlidir. Yüksek riskli gebelik yaşayan kadınların antenatal bakımlarında kendilerinin ve bebeklerinin taşıdıkları riskler hakkında bilgilendirilmeleri gerekmektedir. Ancak yapılan çalışmalar sağlık personeli tarafından yüksek riskli gebelere kendilerine ve bebeğe ilişkin riskler hakkında yeterli bilgilendirmenin yapılmadığını göstermiştir (2,14,23). Bu çalışmanın sonuçları da önceki çalışmaların sonuçlarını doğrular niteliktedir. Katılımcılar sağlık personeli içerisinde özellikle hekimler tarafından yeterince bilgilendirilmediklerini belirtmiştir. Çalışmaya katılan bazı gebeler gebeliği ile ilgili bilgilendirme durumunu şu sözlerle ifade etmiştir.

"Valla bana dedikleri tansiyonum yüklenirse bebeğin beynine oksijen gitmezmiş ve benimde gitmeyebilirmiş çok da bir bilgim yok açıkçası" (30 yaş, ev hanımı). "Az bilen korkmuyor, çok bilen korkmuyor, yarım bilen hep endişeli, yarım yamalak biliyorum. İnternet sayesinde" (32 yaş, ev hanımı).

"Doktorum sana bir şey olmaz ama bebeğin etkilenir dedi, ama ne tür bir etkilenme söylemedi, bilmiyorum yani" (27 yaş, ev hanımı).

Yüksek riskli gebelerin gebelik süresince duygu durumlarını etkileyen en önemli faktörlerden biri eş desteğidir (16,23). Gebenin hastanede uzun

Tablo 3. Algılanan stres ölçeği'nden aldıkları toplam puanların dağılımı

Algılanan Stres Ölçeği	N	Ortalama	SS	Min	Maks	Persentil		
Toplam	23	29.57	4.68	19	44	25	50	75
						27.00	30.00	32.00

Tablo 4. Belirlenen başlıca temalar ve katılımcıların yanıtları

Başlıca Temalar	Yanıtlar
Yüksek riskli gebelik sırasında yaşanan olumsuzluklar	<ul style="list-style-type: none">- Hastaneye yatma- İlaç ve tedaviler- Ağrı- Kanama- Bulantı-kusma- Halsizlik- Hiperglisemi- Uykusuzluk
Yüksek riskli gebelik sırasında yaşanan duygular	<ul style="list-style-type: none">- Bebeği aldırılmayı düşünme- Bebeğini kaybetme korkusu- Üzüntü/keder- Endişe- Hastaneye yetişememe korkusu- Ölüm korkusu- Gebelikte yaşanan sağlık sorunların kalıcı olacağından korkma
Yüksek riskli gebelik süresince bilgilenme durumu	<ul style="list-style-type: none">- Bebeğe yönelik risklerle ilgili bilgi eksikliği<ul style="list-style-type: none">Yaşam şansıKuvözde kalma durumuSakat olma durumuSolunum güçlüğüİri bebek- Kadın sağlığı riskleri ile ilgili bilgi eksikliği- İnternette bilgi edinme- Hekimin yeterli bilgilendirmede bulunmaması- İlaç kullanımı ile ilgili bilgi eksikliği
Yüksek riskli gebelik süresince eş desteğinin varlığı	<ul style="list-style-type: none">- Yardımcı ve destekleyen eş tutumu- Eş desteğinin yoksunluğu- Eşin bebeği reddetmesi- İlgisiz eş
Sosyal destek	<ul style="list-style-type: none">- Sosyal destek yoksunluğu- Sosyal destek varlığı
Gebelerin değişmesini istediği durumlar	<ul style="list-style-type: none">- Rahat, sorunsuz bir gebelik- Sakin, stressiz bir gebelik- Bu hamileliğin olmamasını- Ağrı olmamasını- Maddi durumunun daha iyi olmasını- Bulantı olmamasını- Mutlu bir evliliğimin olmasını- Başetme Yöntemleri - Ağlama, bağırma- Yatma, uyuma- Dışarı çıkma- Dua etme- Birilerini arama- Ev işi yapma- El işi yapma- Olumlu düşünmeye çalışma

sürelerle kalması, ayrılma stresi, rol değişimi vb nedenlerle çiftin evlilik ilişkileri de daha hassas ve kırılabilir bir nitelik kazanabilmektedir (14,22). Çalışmada eşinden destek gördüğünü ifade edenler çoğunlukta olmakla birlikte eşinin yaşadığı durumu algılamadığını ve ilgisiz davrandığını ifade eden üç kadın yaşadıklarını şu sözlerle ifade etmiştir.

"Bazen yardım eder, bazen etmez. Genel olarak iyidir ama kaygısızca davranır ve bu da benim çok canımı sıkar. Mesela benim bu durumumu çok önemsemiyor. Yani böyle kaygısız ve önemsememesi beni kızdırıyor" (21 yaş, ev hanımı).

"Bazen beni anlamıyor, ben çok stresli ve öfkeli oluyorum bu şekerden dolayı da o zamanlar o da bana bağırıyor ve beni anlamıyor ama genelde iyi anlaşırız da bu aralar böyle oluyor işte elimizden gelmeden" (27 yaş, ev hanımı).

"Kötü, bebeğin babası sahip çıkmadı. Babası çocuğu istemedi. Bu eşim evli ve karısından boşanamadı yani nikahımız yok. Zaten bir iki yıl önce de hamile kaldım zorla çocuğumu aldırıldı"

(30 yaş, ev hanımı).

Eş desteği dışında katılımcıların sosyal destekleri de sorgulanmıştır. Genel olarak kadınlar gebelikleri süresince anne, abla, diğer çocukları tarafından desteklendiklerini ifade etmiştir. Örneğin çalışmaya katılan bir kadın, sosyal desteğini şu sözlerle ifade etmiştir.

"Eşim, kızım, oğlum. Başka burada kimsem yok. Bir de burada kız kardeşim var, arada da o gelir" (38 yaş, ev hanımı).

Görüşme sırasında bilgi toplanırken katılımcılara nelerin farklı olmasını istedikleri sorulduğunda kadınlar duygulanmış, gözleri dolmuş, hatta bazı katılımcılar konuşmak istememiştir. Çalışmaya katılan beş kadın duygularını şu sözlerle ifade etmiştir; *"Tabii ki daha rahat bir gebelik geçirmek isterdim. Kalbimde sorun çıkması beni mahvetti. Çok endişeleniyorum kötü bir şey çıkar da bu genç yaşlarda çocuklarımdan ayrılırım diye"* (30 yaş, ev hanımı). *"Sakin, stressiz, gamsız bir gebelik geçirmeyi çok isterdim. Böyle olmasın çok isterdim tabii ki de"* (31 yaş, ev hanımı). *"En*



Fotoğraf: Ebru Maranalı Fidan

başından beri hiç hamile kalmak istemezdim (ağlıyor), daha fazla konuşmak istemiyorum bu konuda" (25 yaş, ev hanımı). "Her şey düzenli olsun iyi gitsin isterdim (ağlıyor)" (33 yaş, ev hanımı). "Maddi durumumuzun biraz daha iyi olmasını isterdim en çok. Bir evimiz olsun ve borcu da bitmiş olsun isterdim ki diğer çocuklarım yokluk içinde büyüdü bu bebeğim biraz daha iyi koşullarda yetişsin diye, sağlığımın daha iyi olmasını isterdim. Doğumdan sonra beni nelerin beklediğini bilmiyorum. Doğumdan sonra hastalığım ilerleyecek mi? Çevrem beni bu konuda çok etkiliyor" (30 yaş, ev hanımı).

Katılımcıların yaşadıkları bu streslerle baş etme yöntemleri değerlendirildiğinde, manevi yöntemlerin daha çok kullanıldığı görülmüştür. Çalışmaya katılan dört kadın kullandıkları yöntemleri şu sözlerle ifade etmiştir; "Dua ediyorum bebeğe bir şey olmasın diye her şey



Fotoğraf: Ebru Maranalı Fidan

olacağına varır diye düşünüyorum, ne yapalım ne yaşamamız gerekiyorsa ne yazıldıysa onu yaşayacağız" (34 yaş, ev hanımı). "Kendimi tatmin etmeye kötüyü düşünmemeye çalışıyorum. Herkes yaşamda bir şeylerle karşılaşiyor, napalım elimden geleni yaparak bu gebeliği başarılı bir biçimde atlarmaya çalışacağım. Başka bir şey yapamam bol bol dua ediyorum bir de" (27 yaş, ev hanımı). "Genelde hep çok iyi düşünürüm ki iyi şeyler olsun. Ben kimseye küsmem kolay kolay, hiç kin gütmem, hep iyilik düşünürüm. Kötü hiçbir şey düşünmüyorum. Her zaman dua ediyorum eli ayağı sağlıklı olsun" (30 yaş, ev hanımı). "Bol bol ağlıyorum. Beni çevrem çok etkiliyor onların sürekli olumsuz şeyler söylemesi beni çok üzüyor. Bol bol dua ediyorum iyi olsun diye" (38 yaş, ev hanımı).

Sonuç

Sonuç olarak çalışmamız kapsamına alınan yüksek riskli gebeler tarafından ifade edilen stresörler gebelerin bireysel özelliklerine, tanısına ve sosyal destek kaynaklarına göre farklılık göstermektedir. Bu çalışma yalnızca Karaman Devlet Hastanesi Kadın Doğum Polikliniği ve Nisaiye Servisi'ne başvuran gebeler ile yapıldığı için araştırma sonuçları tüm gebelere genellenemez. Ayrıca çalışmanın kesitsel olarak yapılması, nitel bir çalışma olması ve örneklem büyüklüğünün 23 olması çalışmanın sınırlılıklarındandır. Çalışma sonuçları, gebeliğe ait yaşanan fiziksel sorunlar ile psikolojik sorunlar arasında anlamlı ve güçlü bir bağ olduğuna işaret etmiştir. Bu durumun gebenin ailesel ve sosyal desteği ile güçlü bir ilişkisi vardır. Yüksek riskli gebelerin bu zor süreçlerinde bireysel iletişim kanallarının güçlü tutulması, etkili bir stres ve kriz yönetimi ile prenatal ziyaretlere aile katılımının sağlanması, hastane ve ev ziyaretlerinin artırılması ve maneviyat ve boş zaman aktivitelerinin artırılması fayda sağlayabilir. Kaliteli bir bakım için riskli gebeliklerde kadının duygularının araştırılması, onunla doğrudan etkileşim sağlayan hemşirelerin hastanın gereksinimlerinin karşılanması stratejilerin geliştirilmesinde yol gösterici olabilir. Alanda hizmet veren hemşirelere riskli gebelikler konusunda güncel bilgiler içeren eğitim programları ve danışmanlık içeren bilgiler ile desteklenmesinin verilecek hemşirelik bakımının kalitesini artıracığı düşünülmektedir. Son olarak konu ile ilgili daha büyük gruplarda ve daha fazla çalışma yapılmasında yarar vardır.

İletişim: Yasemin Şanlı

E-posta: yasminalya.09@gmail.com

Kaynaklar

1. Aydemir H, Uyar Hazar H. (2014). Düşük Riskli, Riskli, Yüksek Riskli Gebelik ve Ebenin Rolü. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 3 (2): 815-833.
2. Pamuk S, Arslan H. (2009). Hastanede Yatan Riskli Gebelerde Hastane Stresörlerinin ve Bakım Gereksinimlerinin Belirlenmesi. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim Ve Sanatı Dergisi, 2(2): 23-32.
3. Karaçam Z, Şen E. (2012). Yüksek Riskli Gebelerin Evde Bakımı. Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi, 80-91.
4. Maternal-Fetal Tıp ve Perinatoloji Derneği (2005). Tanı ve Tedavi Klavuzları. Öncü Basımevi.
5. Riskli Gebelikler Yönetim Rehberi (2014). T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Kadın ve Üreme Sağlığı Daire Başkanlığı Ankara, Yayın No: 926.
6. Aydemir H, Hazar HU. (2014). Düşük Riskli, Riskli, Yüksek Riskli Gebelik Ve Ebenin Rolü. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 3(2): 815-833.
7. Taşkın L. (2014). Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği. 12. Basım Ankara: Akademisyen Tıp Kitapevi.
8. Oskay Ü, Coşkun A (2012). Hastanede Yatak İstirahatindeki Yüksek Riskli Gebelerde Ortaya Çıkan Sorunların Giderilmesinde Verilen Kapsamlı Hemşirelik Bakımının Etkinliği. TAF Prev Med Bull, 11 (2): 163-172.
9. Yeşilçiçek Çalık K, Aktaş S. (2011). Gebelikte Depresyon, Sıklık, Risk Faktörleri ve Tedavisi. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, 3 (1): 142-162.
10. Yılmaz Sd, Kızılkaya Beji N. (2010). Gebelerin Stresle Başa Çıkma, Depresyon ve Prenatal Bağlanma Düzeyleri ve Bunları Etkileyen Faktörler. Genel Tıp Derg., 20 (3): 99-108.
11. Gümüşdaş M, Ejder Apay Ş, Özorhan E Y. (2014). Riskli Olan ve Olmayan Gebelerin Psiko-Sosyal Sağlıklarının Karşılaştırılması. HSP2014;1(2):32-42.
12. Lowdermilk DL, Lerry SE. (2007). Maternity&women's health care. 9th Ed. Philadelphia: Mosby Inc; 762-764.
13. Özkan M, Kaçmaz N, Anuk D, İbrahimoglu L. (2004). Yüksek riskli gebelerde psikiyatrik morbidite, İstanbul Tıp Fakültesi Mecmuası; 67(4):210-217.
14. Oskay Ü. (2004). Yüksek Riskli Gebelerde Hemşirelik Bakımı. Perinatoloji Dergisi, 12(1): 11-16.
15. Akbaş E, Vırt O, Kalenderoğlu A, Savaş Ah, Sertbaş G. (2008). Gebelikte Sosyo-Demografik Değişkenlerin Kaygı ve Depresyon Düzeyleri İle İlişkisi. Nöropsikiyatri Arşivi, 45: 85-91.
16. Vasquez L, Pulido A, Montanez C. (2012). The Phenomenology Of The Experience Of High-Risk Pregnancy. Enfermeria Global, 28 Octubre: 307-314
17. Özdemir M. (2010). Nitel Veri Analizi: Sosyal Bilimlerde Yöntembilim Sorunsalı Üzerine Bir Çalışma. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi;11(1): 325-343.
18. Heale R, Forbes D. (2013). Understanding triangulation in research. Evid Based Nurs; 16 (4): 98.
19. Eskin M, Harlak H, Demirkıran F, Dereboy Ç. (2013). Algılanan Stres Ölçeğinin Türkçeye Uyarlanması: Güvenirlilik ve Geçerlilik Analizi. New Symposium Journal; 51(3): 132-140.
20. Gilbert ES, Harmon SJ. (2002). Yüksek Riskli Gebelik ve Doğum El Kitabı, Çeviri:Lale Taşkın, Palme Yayıncılık, Ankara: 2-103.
21. Bakır N, Ölçer Z, Oskay Ü. (2014). Yüksek Riskli Gebelerin Prenatal Bağlanma Düzeyi Ve Etkileyen Faktörler. Uluslararası Hakemli Kadın Hastalıkları Ve Anne Çocuk Sağlığı Dergisi; 181): 25-37.
22. Oliveira1 DC, Teixeira Mandú EN. (2015). Women with high-risk pregnancy: experiences and perceptions of needs and care. Esc Anna Nery;19(1):93-101.
23. Ölçer Z, Bakır N, Oskay Ü. (2016). Yüksek Riskli Gebelerin Öz Yeterlilik Ve Sosyal Destek Algıları. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi; 19(1): 25-33.

Üniversite Öğrencilerin Kendi Kendine Meme Muayenesi Bilgi Düzeyleri*

Level of Information of University Students on Breast Self-Examination

Dr. Vasfiye Bayram Değer¹, Sema Çifçi², Dr. Günay Saka³, Dr. Ali Ceylan³

Araştırma



Research

Geliş/Received : 19.12.2017

Kabul/Accepted : 14.04.2018

Öz

Amaç: Bu çalışma, Mardin Artuklu Üniversitesi Kredi Yurtlar Kurumu Kız Yurdunda kalan ve sağlık dışındaki bölümlerde okuyan öğrencilerin kendi kendine meme muayenesi ile ilgili uygulama, bilgi, tutum ve farkındalık düzeyini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Yöntem: Tanımlayıcı tipteki bu araştırma, Ekim 2015-Şubat 2016 tarihleri arasında yapılmıştır. Araştırmanın evrenini Mardin Kredi Yurtlar Kurumunda kalan sağlık dışındaki bölümlerde okuyan 520 öğrenci oluşturmuştur. Araştırmada, literatür taraması sonucu hazırlanan 3 bölümlük anket formu, yüz yüze görüşme tekniği ile uygulanmıştır. Verilerin analizinde yüzdeler hesaplanmıştır, ortalama Ki-Kare testi kullanılmıştır. $p < 0.05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

Bulgular: Araştırma kapsamına alınan öğrencilerin %87,5'i (n=398) lisans, %12,5'i (n=57) ön lisans öğrencisidir. Araştırmaya katılan öğrencilerin %54,9'unun (n=250) Kendi Kendine Meme Muayenesi' nin ne olduğunu bildiği, bunlardan %55,6'sının (n=216) gerekli bilgiyi sağlık personelinin aldığı görülmüştür. Öğrencilerin %63,5'i (n=289) Kendi Kendine Meme Muayenesi' ni kimlerin yapması gerektiği; %30,5'i (n=139) Kendi Kendine Meme Muayenesi' ne başlama yaşını; %12,1'i (n=55) Kendi Kendine Meme Muayenesi' nin zamanlamasının öğrenciler tarafından doğru bilindiği tespit edilmiştir. Öğrencilerin %49,2'si (n=224) Kendi Kendine Meme Muayenesi'nin nasıl yapıldığını bildiğini, %39,6' sının (n=180) Kendi Kendine Meme Muayenesi'ni yaptığını ifade etmiştir. Araştırma kapsamına alınan ve Kendi Kendine Meme Muayenesi' ni yapan öğrencilerin %43,3'ünün (n=78) ayda 1 defa düzenli olarak, %15,0'nin (n=27) adet kanamasından 5-7 gün sonra Kendi Kendine Meme Muayenesi' ni yaptığı belirlenmiştir. Kendi Kendine Meme Muayenesi' ni hiç uygulamayan öğrencilerin (n=275) %28,7'si "Nasıl yapılacağı gösterilmediği için", "Ne arayacağımı bilmediğim için" yanıtını vermişlerdir.

Sonuçlar: Araştırma bulgularına dayanarak öğrencilerin Kendi Kendine Meme Muayenesini yeterince bilmedikleri, Kendi Kendine Meme Muayenesi yaptığını ifade eden öğrencilerin ise yarısından azının her ay düzenli olarak yaptığı tespit edilmiştir. Kendi Kendine Meme Muayenesi hakkında bilgi sahibi olmama, çok meşgul olma, unutmama gibi faktörlerin muayene yapamamada etkili olduğu bulunmuştur.

Anahtar sözcükler: Mardin, Kendi kendine meme muayenesi, Üniversite öğrencileri

Abstract

Objective: This survey was conducted to determine the level of information, practice, attitude and awareness concerning breast self-examination of female students enrolled to departments other than health and staying in Girls Dormitory of Mardin Artuklu University Credit and Dormitories Institution.

Method: This descriptive study was conducted in the period October 2015-February 2016. The universe consisted of 520 students enrolled to various university departments other than health and staying in Mardin Credit and Dormitories Institution. In the survey, a questionnaire composed of 3 parts and designed after going over the literature was administered during face-to-face interviews. Percentages and average Chi-Square Test were used in data analysis. $p < 0.05$ was accepted as statistically significant.

Findings: 87.5% of students (n=398) covered by the survey are in undergraduate and 12.5% (n=57) are in two-year programme. 54.9% (n=250) of these students have information about what Breast Self-Examination is and 55.6% (n=216) of these students received this information from health personnel. 63.5% (n=289) of students have correct information on who should conduct Breast Self-Examination; 30.5% (n=139) on the age of starting Breast Self-Examination; and 12.1% (n=55) on the timing of Breast Self-Examination. 49.2% (n=224) of students know how to conduct Breast Self-Examination and 39.6% (n=180) stated to have conducted this examination. It is found that 43.3% (n=78) of students stating to have conducted Breast Self-Examination did this regularly once a month and 15.0% (n=27) 5-7 days after menstruation. As to students not doing Breast Self-Examination (n=275), 28.7% stated "it has never been demonstrated how to do it" and "for not knowing what to look for" as their reasons.

Outcomes: The findings of the survey indicate that students' information about Self-Examination is not sufficient and of those who are informed about this examination less than half do it regularly every month. It is also found that lack of information about Breast Self-Examination, extreme business and embarrassment are the factors that keep students away from this examination.

Key words: Mardin, Breast self-examination, University students

*Bu çalışma 15-19 Mart 2017 19.Ulusal Halk Sağlığı Kongresinde poster bildirisi olarak sunulmuştur.

1 Öğr. Üyesi, Artuklu Ü. Sağlık YO, Mardin

2 Öğr. Gör.; Artuklu Ü. Sağlık YO, Mardin

3 Prof.; Dicle Ü. Tıp Fak. Halk Sağlığı ABD, Diyarbakır

Giriş

Dünyada ve Türkiye’de kanser oranlarının günden güne artması önemli halk sağlığı sorunlarından biriyken, kadınlarda meme kanseri Türkiye dâhil farklı ekonomik düzeylerdeki tüm ülkeleri etkileyen, görülme oranı yıllara göre artış gösteren uluslararası bir sorun olmayı sürdürmektedir (1).

GLOBOCAN verilerine göre 2012 yılında dünyada toplam 14,1 milyon yeni kanser olgusu gelişmiş ve 8,2 milyon kişide kansere bağlı ölüm olmuştur. Dünyada en çok tanı konulan kanser türleri sırasıyla akciğer (%13,0), meme (%11,9) ve kolon (%9,7) iken kanserden ölümlerin ise en çok akciğer (%19,4), karaciğer (%9,1) ve mideden (%8,8) gerçekleştiği belirtilmiştir. Bu biçimde kanser artış hızının devam etmesi durumunda, Dünya nüfusunun artışına ve nüfustaki yaşlanmaya bağlı olarak 2025 yılında toplam 19,3 milyon yeni kanser olgusunun olabileceği belirtilmiştir. Özellikle meme kanserindeki artışa dikkat çekilmiştir. Kadınlarda meme kanser insidansının bir önceki tahminlere göre %20, meme kanserinden ölümlerin ise %14 arttığını belirtilmiştir. Dünyada kanser olan her 4 kadından biri meme kanseridir (2).

2012 yılında Sağlık Bakanlığı son verilerine göre meme kanserinin kadınlarda görülme sıklığı yüz binde 46,8’dir (3).

Meme kanseri yaygın olmasına karşın, yavaş bir seyir gösterdiği için, erken tanı konulduğunda oldukça başarılı sonuçlar elde edilebilen ve ölüm oranı azaltılabilen bir kanser türüdür (4-6).

Gelişmiş ülkelerde erken tanı ve tarama yöntemlerinin düzenli kullanımıyla, zamanında ve etkin tedavi olanaklarıyla meme kanseri sağ-kalımı arttığı bilinmektedir (7).

Günümüzde yaygın olarak kullanılan meme kanseri erken tanı ve tarama yöntemleri; kendi kendine meme muayenesi (KKMM), klinik meme muayenesi (KMM) ve mamografidir (4,7). Meme kanserinin ortaya çıkışında rol oynadığı düşünülen bazı risk faktörleri arasında kadın olmak, ileri yaşta olma, diğer memede kanser hikâyesi, ailede kanser hikâyesi, benign meme hastalığı hikâyesi, erken menarş, geç menapoz, ilk

doğumu 30 yaşından sonra yapma, emzirmeme, östrojen replasman tedavisi alma, radyasyona maruz kalma sayılabilir (8). Yaş, meme kanseri gelişiminde en önemli risk faktörüdür. 30 yaş altında düşük olan meme kanseri görülme sıklığı yaşla birlikte artmakta, menapoza giriş döneminde artış hızı yavaşlamakla birlikte, daha sonra tekrar artmaktadır. Olguların çoğu 50 yaşından sonra saptanmaktadır (8).

Amerikan Kanser Birliği, Amerikan Kanser Enstitüsü ve Türk Kanser Araştırma ve Savaş Kurumu, memesinde hiçbir belirti bulunmayan kadınların; 20 yaşından başlayarak her ay düzenli olarak KKMM yapması, 20-40 yaş arası her üç yılda bir meme kanseri konusunda eğitim almış hekimler tarafından KMM yaptırmasını, 40 yaşından sonra ise yine her ay düzenli olarak KKMM yapması, her yıl KKMM yaptırmasını ve her yıl MG çektirmesini önermektedir [9, 10]. Ancak Cochrane araştırmalarına göre de KKMM mortalite üzerine etkisiz bulunurken, gereksiz işlemlere yol açarak zarar verdiği ileri sürülmüştür. Meme kanserinde mortaliteyi azaltan en önemli tarama yöntemi mamografidir. Ancak mamografi deneyimli eleman gerektiren pahalı bir yöntemdir. Bu nedenle ülkemizde yaygın bir biçimde uygulanamamaktadır. Kadınlarda meme kanseri farkındalığını artırmada KKMM ve KMM’nin yararlı olduğu bilinmektedir (4,7).

Memedeki kitlelerin yaklaşık %80-90’ı kadınların kendileri tarafından fark edilmektedir. KKMM maliyeti olmayan, basit, güvenilir ve etkili bir yöntemdir. Düzenli olarak yapılacak KKMM ile memeye ilişkin bir referans bilgi oluşturarak kadının meme dokusunu tanımasını, oluşan değişiklikleri erken fark etmesini sağlar (11). Artan meme kanserine paralel olarak kadınların farkındalık düzeylerini artırmak, meme kanserine ilişkin taramalar konusunda onları bilgilendirmek, böylece sağlığı geliştirme davranışları kazanmalarına yardımcı olmak oldukça önemlidir (12).

Bu çalışma Mardin Artuklu Üniversitesi Kredi Yurtlar Kurumu Kız Yurdunda kalan Sağlık dışındaki Bölümleri Okuyan öğrencilerin kendi kendine meme muayenesi ile ilgili bilgi, tutum, uygulama ve farkındalık düzeyini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Gereç ve Yöntem

Artuklu Üniversitesi Mardin’de eğitim veren tek üniversite olup lisans eğitimi veren 7 bölüm, önlisans eğitimi veren 6 bölümü vardır. 2015 - 2016 yılındaki kayıtlara göre Lisans öğrencisi sayısı toplam 3.062 (1.693/Kız, 1.369/Erkek), önlisans öğrencisi sayısı ise toplam 3.987’dir (1.438/Kız, 2.549/Erkek).

Bu araştırma, kesitsel ve tanımlayıcı tipte bir araştırmadır. Etik Kurul izninin alınmasının ardından araştırmanın saha çalışması Ekim 2015- Şubat 2016 tarihleri arasında yapılmıştır. Araştırmanın evrenini Mardin KYK Yurdunda kalan sağlık dışındaki bölümlerde okuyan 520 öğrenci oluşturmuştur. Evrenin tamamına ulaşılması amaçlanmış ancak 520 kişilik evrenin 455’ine ulaşılabilmektedir (araştırmaya katılmayı kabul etmeme, ulaşamama gibi nedenlerden dolayı). Cevaplılık oranı; %87,5 olmuştur. Araştırmada kullanılacak verileri elde etmek için araştırmacı tarafından literatür taraması sonucunda oluşturulan ve katılımcıların sosyo-demografik özellikleri, KKMM bilgi düzeylerinin incelendiği 3 bölümlük anket formu kullanılmıştır.

Anket formunun birinci bölümünde sosyo-demografik özellikler ile ilgili bilgiler sorgulanmıştır. İkinci bölümde öğrencilerin KKMM ile ilgili bilgi düzeylerinin saptanması amaçlanmıştır. Üçüncü bölümde ise KKMM ile ilgili uygulamaları ve KKMM uygulama tekniği basamaklarını doğru ve uygun biçimde yapıp yapmadıklarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Literatürde belirtilen KKMM’yi uygulamaya başlama yaşı, uygulama zamanı ve uygulama sıklığı bilgilerine göre; 20 yaşından sonra başlanmalı, adet kanamasından sonraki 5-7 günlerde uygulanmalı, uygulama sıklığı ayda bir olmalı, erişkin tüm kadınlar KKMM yapmalı yanıtları doğru bilgi ve uygulama olarak değerlendirilmiştir. Ayda bir KKMM yapan kadınlar ise KKMM’yi düzenli uyguluyor olarak kabul edilmişlerdir.

Anket formu araştırmacı tarafından yüz yüze uygulanmıştır. Araştırmada elde edilen veriler istatistiksel paket programına kaydedilerek, hata kontrolleri, tablolar, istatistiksel analizler bu program aracılığıyla yapılmıştır. Verilerin analizinde yüzdeler hesaplanmıştır, ortalama,

önemlilik testi olarak “Pearson Ki-Kare” testi kullanılmıştır, $p < 0.05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir. Araştırmanın yürütülebilmesi için Mardin Artuklu Üniversitesi KYK Yurt Müdürlüğünden gerekli yazılı izinler alınmıştır. Anket çalışması öncesinde, araştırmacı; katılımcıları çalışmanın yapılaş amacını sesli bir biçimde okumak suretiyle bilgilendirmiş ve çalışma sonrasında elde edilerek veri ve bilgilerin bilimsel çalışmalar dışında hiçbir yerde kullanılmayacağını ifade ederek sözlü rıza ve onaylarını almıştır. Anket çalışmalarına kişilerin katılımını artırabilmek ve bilgilerin gerçeklik derecelerini yükseltebilmek amacıyla ad ve soyadları alınmamıştır.

Bulgular

Araştırmaya katılan öğrencilerin ($n=455$) yaş ortalaması 21,25 olup (min=16, max=29), öğrencilerin sosyodemografik özelliklerinin dağılımları Tablo 1’de görülmektedir.

Araştırmaya katılan öğrencilerin yarısından fazlası KKMM’ nin ne olduğunu bildiğini ifade etmiştir. Öğrencilerin; Kendi kendine meme muayenesinin ne olduğunu biliyor musunuz? Sorusuna yanıtlarının dağılımı Tablo 2’de verilmiştir. Araştırmaya katılan öğrencilerin KKMM’ yi kimler yapmalı?, KKMM’ ye başlama yaşı, KKMM’ nin yapılma zamanı, KKMM’ nin nasıl yapıldığı gibi genel bilgilerle ilgili sorulara yanıtlarının dağılımı Tablo 2’de verilmiştir.

Tablo 1. Araştırmaya katılan öğrencilerin bazı tanımlayıcı özelliklerinin dağılımı

Tanımlayıcı Özellikler (n=455)	Sayı	%
Yaş		
18 yaş ve altı	30	6,6
18-25 yaş	387	85,1
25 yaş ve üstü	38	8,4
Bölüm		
Lisans	398	87,5
Ön lisans	57	12,5
Sınıf		
1.sınıf	148	32,5
2.sınıf	144	31,6
3.sınıf	95	20,9
4.sınıf	48	10,5
Hazırlık	20	4,4
Toplam	455	100,0

Araştırmaya katılan öğrencilerin %39,6' sının (n=180) hiç KKMM yaptınız mı sorusuna evet yanıtını verirken %60,4' ü hayır yanıtını vermiştir. KKMM' yi yaptığını ifade eden öğrencilerin dağılımı Tablo 2'de verilmiştir.

KKMM' yi yapan öğrencilerin (n=180) meme muayenesini uygulama sıklıkları ve kendi kendine meme muayenesini hangi dönemde yaptıklarının dağılımı Tablo 2'de verilmiştir. Öğrencilerin %43,3' ü (n=78) KKMM' yi ayda bir düzenli olarak yapmaktadır.

Kendi kendine meme muayenesini yapan öğrenciler (n=180) KKMM' yi uygulama nedenleri arasında; %45,55' i (n=82) meme ca için önceden önlem almak, %38,35' i (n=69) önemli olduğunu düşündüğüm için, %8,33' ü (n=15) risk grubunda olduğum için, %7,77' si (n=14) ise korunmak için gibi nedenler bildirmişlerdir.

Tablo 2'de kendi kendine meme muayenesi yapan öğrencilerin meme muayenesi tekniğini uygulama durumlarının dağılımı verilmiştir. KKMM' yi uygulayan öğrencilerin %66,11' i gözle meme muayenesini, %47,22'si palpasyon yöntemlerinden birini kullandığını belirtmiştir. Öğrencilerin %52,78'inin ayakta palpasyonda pozisyon tekniğini uygulamasına karşın yatarak palpasyon tekniğini uygulayanların %36,11' lik bir oranla daha düşük olduğu görülmektedir.

KKMM' yi hiç uygulamayan öğrencilerin meme muayenesini uygulamama nedenleri arasında ilk sırada %28,72 (n=79) ile 'Nasıl yapılacağı gösterilmediği için-ne arayacağımı bilmediğim için' yanıtı yer almaktadır. Öğrencilerin %20,73' ü (n=57) ise 'Çok meşgulüm-unutuyorum' derken, 'Çok utanıyordum-mememe dokunmaktan utanıyordum' diyenlerin oranı %11,64 (n=32), Yaşım genç olduğundan diyenlerin oranı %11,64 (n=32), Meme kanserini düşünmediğim için diyenlerin oranı %11,64 (n=32), Korktuğumdan diyenlerin oranı (n=13) %4,73, Önemsemedim diyenlerin oranı ise (n=30) %10,90'dır.

Araştırmaya katılmayı kabul eden, kendi kendine meme muayenesini hiç uygulamayan öğrencilerin %56,72' si (n=156) 'meme muayenesi yapma tekniği gösterilip gerekli bilgi verilirse KKMM' yi yapar mısınız' sorusuna evet yanıtını vermiştir.

Öğrencilerin %25,10'u (n=69) bilmiyorum yanıtını vermiştir.

Tablo 3'te araştırmaya katılan, KKMM' nin ne olduğunu bildiğini ifade eden öğrencilerin bu konu ile ilgili bilgi kaynaklarının dağılımı görülmektedir. Katılımcıların KKMM ile ilgili bilgilerini en çok sağlık personelinden (%55,6) aldıkları saptanmıştır.

Araştırmaya katılan öğrencilerin yaş gruplarına ve bölümlerine göre KKMM hakkında bilgi sahibi olma durumlarının dağılımı tablo 4' de verilmiştir. Yaş gruplarına ve bölümlerine göre meme muayenesi hakkında bilgi sahibi olma arasında istatistiksel olarak fark bulunamamıştır (p > 0,05).

Araştırmaya katılan ve KKMM' nin nasıl yapıldığını bilen öğrencilerin yaş gruplarına ve bölümlerine göre meme muayenesini uygulama durumları Tablo 4'de verilmiştir. KKMM' nin nasıl yapıldığını bilen öğrencilerin yaş gruplarına ve bölümlerine göre KKMM uygulama durumları arasında istatistiksel anlamlılık yoktur (p > 0,05).

Araştırmaya katılan öğrencilerin yaş gruplarına ve bölümlerine göre KKMM'nin kaç yaşında başladığını bilme, kimlerin KKMM yapması gerektiğini bilme, KKMM 'nin ne zaman yapılması gerektiğini bilme durumları arasında da istatistiksel olarak fark bulunamamıştır (p > 0,05). Ayrıca Öğrencilerin yaş gruplarına ve bölümlerine göre KKMM' yi düzenli yapma nedeni arasında da istatistiksel anlamlılık bulunmamıştır (p > 0,05).

Tartışma

Araştırma kapsamına alınan öğrencilerin %87,5'i (n=398) lisans öğrencisi olup, %12,5'i (n=57) ön lisans öğrencisi'dir. Bu öğrencilerin %32,5'i (n=148) 1.sınıf, %31,6'sı (n=144) 2.sınıf, %20,9'u (n=95) 3.sınıf, %10,5'i (n=48) 4.sınıf, %4,4'ü (n=20) hazırlık sınıfındadır.

Araştırmaya katılan öğrencilerin %54,9'u (n=250) KKMM' nin ne olduğunu bildiğini, %45,1'i (n=205) ise bilmediğini ifade etmiştir. Konuyla ilgili üniversite öğrencileriyle yapılmış çalışmalarda KKMM' yi bilme oranları %21,00 ile %92,5 arasında değişmektedir (11, 13-16). KKMM kısa sürede yapılabilen, maliyeti olmayan,

Tablo 2. Araştırmaya katılan öğrencilerin kendi kendine meme muayenesi konusunda bilgi düzeyleri ve uygulama sıklıkları

Kendi kendine meme muayenesinin ne olduğunu biliyor musunuz?	Sayı	%
sorusuna yanıtları (n =455)		
Evet	250	54,9
Hayır	205	45,1
Kendi kendine meme muayenesiyle ilgili bilgileri (n=455)		
Kendi kendine meme muayenesini kimler yapmalı?		
Doğru bilen	289	63,5
Yanlış bilen	105	23,1
Bilmeyen	61	13,4
Kendi kendine meme muayenesine başlama yaşı		
Doğru bilen	139	30,5
Yanlış bilen	191	42,0
Bilmeyen	125	27,5
Kendi kendine meme muayenesinin ne zaman yapılması gerektiğini		
Doğru bilen	55	12,1
Yanlış bilen	297	65,3
Bilmeyen	103	22,6
Kendi kendine meme muayenesinin nasıl yapıldığı biliyor musunuz?		
Evet	224	49,2
Hayır	231	50,8
Meme başını sıkma ve anormallikleri gözleme	83 46.11	97 53.89
Palpasyonda kullanılan parmakların iç yüzünün kullanımı	104 57.77	76 42.23
Palpasyon yöntemlerinden birini kullanma (Yatay, dikey, dairesel)	85 47.22	95 52.78
Yatarak muayenede pozisyon tekniği	65 36.11	115 63.89
Ayakta muayenede pozisyon tekniği	95 52.78	85 47.22
Koltuk altı bölgesini inceleme	97 53.88	83 46.12
Kendi kendine meme muayenesi yaptınız mı? (n=455)		
Evet	180	39,6
Hayır	275	60,4
Kendi kendine meme muayenesi uygulama sıklığı (n=180)		
Ayda bir defadan fazla	42	23,4
Ayda bir defa	78	43,3
Senede bir defa	24	13,3
Senede 2-3 defa	19	10,5
Seneden bir defadan az	17	9,4
Kendi kendine meme muayenesini hangi dönemde yaptıklarının dağılımı (n=180)		
Ne zaman aklıma gelirse	94	52,22
Adet kanamasından önce	28	15,55
Adet kanaması esnasında	11	6,12
Adet kanamasından 5-7 gün sonra	27	15,0
Her ayın birinci gününde	20	11,11
Kendi kendine meme muayenesi tekniği (n=180) *	Yapıyor	Yapmıyor
	Sayı %	Sayı %
Ayna karşısında gözle inceleme	119 66.11	61 33.89

*Sorulara birden fazla yanıt vardır. Yüzdeler "n" üzerinden alınmıştır.

Tablo 3. Araştırmaya katılan öğrencilerden kendi kendine meme muayenesi hakkında bilgi sahibi olanların bilgi kaynaklarının dağılımı

Bilgi Kaynağı (n=250)*	Sayı	%
Sağlık Personeli	216	55,6
Magazin	59	15,2
Arkadaş	54	14,0
Televizyon	51	13,1
Seminer	7	1,80
İnternet	1	0,25

*Sorulara birden fazla yanıt vardır. Yüzdeler "n" üzerinden alınmıştır.

basit, invaziv girişim gerektirmeyen bir uygulama olmasına karşın araştırmamızda öğrencilerin yarıya yakını bu uygulamayı bilmediğini ifade etmiştir.

Araştırma kapsamında yer alan öğrencilerin KKMM hakkında genel bilgilerle ilgili sorulara verdikleri yanıtları değerlendirdiğimizde KKMM'yi kimler yapmalı sorusuna öğrencilerin %63,5'inin (n=289), KKMM'ye başlama yaşını öğrencilerin %30,5'inin (n=139), KKMM'nin

zamanlamasını öğrencilerin %12,1'inin (n=55) doğru bildiği tespit edilmiştir. Öğrencilerin %49,2'si (n=224) ise KKMM'nin nasıl yapıldığını biliyor musunuz? Sorusuna evet yanıtını vermiştir (Tablo 2).

Araştırmaya katılan öğrencilerin %39,6'sı (n=180) KKMM'yi yaptığını ifade etmiştir (Tablo 2). Yapılan literatür değerlendirmesinde KKMM yapma sıklığı %14,3 ile %47,9 arasında değişmektedir (11,12,15,16,19-24).

Çalışmamızda elde edilen sonuçla birlikte literatür sonuçları da KKMM oranının oldukça düşük olduğunu göstermekle birlikte meme kanserinin tanısında önemli yeri olan KKMM konusunda kadınların bilinç düzeylerinin düşük olduğunu da göstermektedir.

Araştırma kapsamına alınan ve KKMM'yi yapan öğrencilerden ayda 1 defa düzenli olarak yapan öğrenci oranı %43,3 (n=78), senede 1 defa yapan öğrenci oranı %13,3 (n=24), senede 2-3 defa yapan öğrenci oranı ise %10,5 (n=19) olarak bulunmuştur. Yine bu öğrencilerin

Tablo 4. Araştırmaya katılan öğrencilerin kendi kendine meme muayenesi konusunda bilgi düzeyleri ve uygulama sıklıkları

Yaş grupları	KKMM'si hakkında bilgi sahibi olma durumları				
	Evet		Hayır		X2/p
Yaş grupları	Sayı	%	Sayı	%	
18 yaş altı	13	43.3	17	56.7	2.132/0.344
18-24 yaş	214	55.3	173	44.7	
25 yaş ve üstü	23	60.5	15	39.5	
Bölümleri					0.008/0.928
Lisans	219	55.0	179	45.0	
Ön Lisans	31	54.4	26	45.6	
Toplam	250	54.9	205	45.1	
	Yaş grupları KKMM'ni uygulama durumları				
	Evet		Hayır		X2/p
Yaş grupları	Sayı	%	Sayı	%	
18 yaş altı	7	23.3	23	76.7	3.821/0.148
18-24 yaş	156	40.3	231	59.7	
25 yaş ve üstü	17	44.7	21	55.3	
Bölümleri					1.057/0.304
Lisans	161	40.5	237	59.5	
Ön Lisans	19	33.3	38	66.7	
Toplam	180	39.6	275	60.4	

KKMM'yi hangi dönemde yaptıklarının dağılımına baktığımızda 'Ne zaman aklıma gelirse' diyen öğrenci oranı %52,22 (n=94), adet kanamasından önce diyen öğrenci oranı %15,55 (n=28), adet kanamasından 5-7 gün sonra diyen öğrenci oranı %15,0 (n=27), her ayın 1. günü diyen öğrenci oranı %11,11 (n=20) olarak tespit edilmiştir (Tablo 2). Ankara Gölbaşı İlçesinde bir grup kadınla yapılan bir çalışmaya göre KKMM'yi doğru sıklıkta ve zamanda (ayda 1 ve adet kanaması bitiminde) yapanların oranı %23,3 olarak bulunmuştur (8). Bir başka çalışmaya göre KKMM'yi aylık-düzenli yapanların oranı %4,6, aklına geldikçe yapan kadınların oranı %24,6 olarak bulunmuştur [19]. Üniversite öğrencileriyle yapılan bir diğer çalışmaya göre öğrencilerin yalnızca %6,0'ının düzenli olarak bu muayeneyi yaptığı belirlenmiştir (16). Öğretmenlerle yapılan bir çalışmaya göre araştırmaya katılan öğretmenlerden KKMM'yi yapanların %66,6'sinin istediği zaman ve yılda 1 kez, %24,3'ünün adet kanamasından 1 hafta sonra, %64'ünün adet kanamasından 1 hafta önce, %2,7'sinin adet kanaması esnasında yaptığı saptanmıştır (23). Kars' ta yaşayan kadınlarla yapılan bir çalışmaya göre ise KKMM yaptığını ifade eden 388 kadının %53,2'sinin aklına geldikçe yaptığı saptanmıştır (25). Araştırmamızda düzenli olarak KKMM yapma oranımız literatür sonuçlarına göre yüksek olmasına karşın istenilen düzeyin altında olmakla birlikte meme kanserinin erken teşhisinde önemli rolü olan bu muayeneden yeterince yararlanılmadığı görülmektedir. KKMM'nin doğru zamanlaması ile ilgili bulgumuz ise (%15,0) literatür bulgularından daha düşük olup, ne zaman aklıma gelirse yaparım diyenlerin oranı Kars' ta yaşayan kadınlarla yapılan çalışmanın bulgularıyla uyumluuydu (25).

KKMM'yi hiç uygulamayan öğrenciler (n=275) meme muayenesini uygulamama nedenleri arasında ilk sırada %28,72 ile 'Nasıl yapılacağı gösterilmediği için, ne arayacağımı bilmediğim için' yanıtını vermişlerdir. Öğrencilerin %20,73'ü ikinci neden olarak 'çok meşgulüm-unutuyorum' yanıtını vermişlerdir. Konuyla ilgili literatür taramasında 19 Mayıs Üniversitesinde yurtta kalan kız öğrencilerle yapılan bir çalışmada öğrencilerin meme muayenesi yapmama nedenleri arasında en önemli sebebin (%62,5) nasıl yapılacağını bilmeme olduğu ifade edilmiştir

(13). 2007 yılında Atatürk Üniversitesi kız yurdunda kalan öğrencilerle yapılan bir diğer çalışmaya göre öğrencilerin meme muayenesi yapmama nedenleri incelendiğinde; nasıl yapılacağını bilmeme, bu muayeneyi yapmak için yaşının genç olduğunu düşünme, zaman yokluğu, herhangi bir kitle bulma korkusu, böyle bir uygulamaya gerek olmadığını belirtme gibi çeşitli nedenler sıralanmışlardır (14). Literatürde öğrencilerin KKMM yapmama nedenleri ve sıralaması değişmekle birlikte, en önemli ve ilk sırada yer alan sebebin 'nasıl yapılacağını bilmeme' olduğu görülmekte ve bu eğitimin önemini bir kez daha ortaya koymaktadır. Bu konuda verilen eğitimin bilgi ve tutum oluşturmalarının anlamlı olduğunu gösteren literatür çalışmasının varlığı da bu sonucu doğrulamaktadır (15). Aynı biçimde Tuna yapmış olduğu çalışmada KKMM yapan öğrencilerin bilgi düzeyi ile KKMM yapma sıklığı arasında anlamlı ilişki olduğunu, KKMM'yi düzenli yapanların bilgi düzeyinin diğerlerine göre daha iyi olduğunu ifade etmiştir [26].

Araştırmaya katılan ve KKMM'nin ne olduğunu bilen öğrencilerin bu konu ile ilgili bilgi kaynaklarının sırasıyla %55,6 (n=216) ile sağlık personeli, %15,2 (n=59) ile magazin, %14,0 (n=54) ile arkadaş, %13,1 (n=51) Tv olduğu görülmektedir (Tablo 3). Kadın ve aile sağlığı merkezine başvuran kadınların meme kanseri erken tanısı konusunda bilgi, tutum ve davranışlarının belirlenmesi amacıyla yapılan bir çalışmada kadınların %77,2'sinin sağlık personelinde eğitim aldığı belirtilmiştir (17). Kadınların meme kanseri, koruyucu önlemler ve KKMM ile ilgili bilgi ve uygulamalarının belirlenmesi amacıyla yapılan bir diğer çalışmada ise sağlık personelinde eğitim alanların oranı %12 olarak yine ilk sırada belirtilmiştir (18). Konuyla ilgili bir başka çalışmada katılımcıların KKMM hakkındaki bilgilerinin kaynağı olarak ilk sırada sağlık personeli ve TV/gazete yer almıştır (8). Üniversite öğrencileriyle yapılan bir çalışmada KKMM ile ilgili bilgi kaynakları arasında ilk sırada radyo/Tv, kitap/dergi ve sağlık personeli yer almaktadır (16). Bir başka çalışmada ise kız öğrencilerin tamamına yakınının KKMM'yi Tv, sağlık ocağı (hastane vb. kaynaklardan) bildiğini ifade etmiştir (11). Bu literatür bulguları araştırma sonucumuzla uyumlu olup KKMM eğitiminde

sağlık personelinin eğitici ve etkin rolünü bir kez daha gözler önüne sermektedir.

Araştırma kapsamına alınan öğrencilerin yaş gruplarına ve programlarına göre (Lisans ya da Ön lisans öğrencisi olma) KKMM hakkında bilgi sahibi olma ve KKMM'yi uygulama durumları arasında istatistiksel anlamlılık bulunmamıştır (Tablo 4, $p>0.05$). Konuyla ilgili bir çalışmada 21 yaş ve üzeri yaş grubunda olan, sağlıkla ilgili bölümlerde öğrenim gören öğrencilerin bilgilerinin daha fazla olduğu belirlenmiştir (16). Konuyla ilgili Fen Edebiyat Fakültesi ile Sağlık Yüksekokulu öğrencileri arasında yapılan bir çalışmaya göre yaş ile meme muayenesini bilme ve uygulama arasında anlamlı ilişki tespit edilmiş, bu durumun Sağlık Yüksek Okulunda okuyan öğrencilerin 1.sınıftan sonra meme muayenesi hakkında bilgi almalarından ve yaşlarının büyümesinden kaynaklanmış olabileceği dile getirilmiştir (13). Bizim araştırma sonucumuzun literatürle benzerlik göstermemesi SYO öğrencilerinin çalışma dışı bırakılmış olmasından kaynaklanmış olabileceği düşünülmüştür.

Sonuç ve Öneriler

Araştırma bulgularına dayanarak öğrencilerin meme muayenesini yeterince bilmedikleri, KKMM hakkında bilgi sahibi olanların bilgi kaynağının sağlık personeli olduğu, öğrencilerin bu konudaki genel bilgilerinin yetersiz olduğu, KKMM yapan öğrenci oranının oldukça az olduğu, bu muayeneyi yaptığını ifade eden öğrencilerin ise yarıdan azının düzenli olarak, ayda bir yaptığı, muayeneyi yapmama nedeni olarak muayene hakkında bilgi sahibi olmama, çok meşgul olma, unutma, utanma gibi faktörlerin etkili olduğu, KKMM'yi bilme ve uygulama durumlarıyla yaş grupları ve bulunduğu eğitim programının etkisinin olmadığı sonucuna varılmıştır.

Bu sonuçlar doğrultusunda;

- KKMM'yi ve önemini anlatan eğitim programlarının düzenlenmesi (Özellikle görsel materyallerle desteklenerek),

- Bu konuda en fazla bilgi kaynağının sağlık personeli olduğu gerçeği göz önüne alındığında özellikle sağlık personellerinin farkındalıkları artırılıp, eğitim programlarında sağlık personellerinden daha fazla yararlanılması gerekliliği üzerinde durulması,

- Yine bu konuda yapılacak bilimsel çalışmaların artırılması ve sonuçlar doğrultusunda planlamalar yapılması,

- Daha çok kadına ulaşılabilmesi için projeler yapılması ve desteklenmesi gibi önerilerde bulunulabilir.

Sınırlılıklar: Anket uygulamasına mesai saatleri içerisinde gidildiğinden öğrencilerin ders saatlerine denk gelmesi önemli bir ulaşımama nedeni olmuştur. Ayrıca bu araştırmanın 20 yaş altı bireyleri de içermesi araştırmamızın kısıtlılıklarındandır.

Çıkar ilişkisi: Çıkar çatışması olmadığı yazarlar tarafından beyan edilmiştir.

İletişim: Dr. Vasfiye Bayram Değer

E-posta: vasfiyedeg@gmail.com

Kaynakça

1. Kolutek R, Aydın Avcı İ. Eğitim ve evde izlemin, evli kadınların meme ve serviks kanseri ile ilgili bilgi düzeylerine ve uygulamalarına etkisi. *J Breast Health* 2015;11:155-162.
2. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Kanser Daire Başkanlığı. <http://kanser.gov.tr/daire-faaliyetleri/kanser-istatistikleri/860-yeni-d%C3%BCnya-kanser-istatistikleri-yay%C4%B1nland%C4%B1.html>. Erişim Tarihi 20 Haziran 2016.
3. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Kanser Daire Başkanlığı. http://kanser.gov.tr/Dosya/ca_istatistik/ANA_rapor_2012soonn.pdf. Erişim Tarihi 20 Haziran 2016.
4. Koca B. Kendi kendine meme muayenesini bilmenin kadın sağlığı açısından önemi. *Yeni Tıp Dergisi* 2010;27:10-14.
5. Kılıç S, Uçar M, Seymen E, İnce S, Ergüvenli Ö, Yıldırım A, ve ark. kendi kendine meme muayenesi bilgi ve uygulamasının gata eğitim hastanesinde görevli hemşire, hemşirelik öğrencileri ve hastaneye müracaat eden kadın hastalarda araştırılması. *Gülhane Tıp Dergisi* 2006;48:200-204.
6. Uzun Ö, Karabulut N, Karaman Z. Hemşirelik öğrencilerinin kkmm ile ilgili bilgi ve uygulamaları. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2004;7:10.
7. Açıkgöz A, Çehreli R, Ellidokuz H. Hastanede çalışan kadınların meme kanseri konusunda erken tanı yöntemlerine yönelik bilgi ve davranışlarının belirlenmesi, uygulanan planlı eğitimin etkinliğinin incelenmesi. *J Breast Health* 2015;11:31-38.

8. Göçgeldi E, Açıklık CH, Hasde M, ve ark. Ankara-Gölbaşı ilçesinde bir grup kadının kendi kendine meme muayenesi yapma konusundaki tutum ve davranışlarının belirlenmesi. *Fırat Tıp Dergisi* 2008;13:261-265.
9. Gençtürk N. Kadın Sağlık Profesyonellerinin Meme Kanseri Erken Tanı Yöntemlerini Bilme Ve Uygulama Durumları. *Meme Sağlığı Dergisi* 2013; 9 (1): 5-9.
10. Kösters JP, Gøtzsche PC. Regular self-examination or clinical examination for early detection of breast cancer. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2003, Issue 2. Art. No.: CD003373. DOI: 10.1002/14651858.CD003373.TheCochrane Library. <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD003373/full>. Erişim Tarihi: 13.06.2017.
11. Alpteker H, Gümüş D, Doğan Ş, ve ark. Kız öğrencilerin meme kanseri ve kkm bilgi ve uygulamalarının değerlendirilmesi. *The Journal of Breast Health* 2011;7:176-181.
12. Özen B, Zincir H, Kaya Ertan Z, ve ark. Genç kadınların meme kanseri ve kkm konusundaki bilgi ve tutumları ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları. *J Breast Health* 2013;9:200-204.
13. Aydın İlknur. Üniversite öğrencilerinin kendi kendine meme muayenesi hakkındaki bilgileri ve uygulamaları. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2004;7:26-34.
14. Kılıç D, Sağlam R, Kara Ö. Üniversite öğrencilerinde meme kanseri farkındalığını etkileyen faktörlerin incelenmesi. *The Journal of Breast Health* 2009;5:195-199.
15. Taşçı Beydağ KD, Karaoğlan H. kendi kendine meme muayenesi eğitiminin öğrencilerin bilgi ve tutumlarına etkisi. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni* 2007;6:106-111.
16. Gölbaşı Z, Çetin R, Kalkan S, Durmuş T. üniversite öğrencisi kızların meme kanseri ve kendi kendine meme muayenesi ile ilgili bilgi ve davranışları. *The Journal of Breast Health* 2010;6:69-73.
17. Sönmez Y, Keskin Y, Lüleci E. Kadın ve aile sağlığı merkezine başvuranların meme kanseri erken tanısı konusunda bilgi, tutum ve davranışları. *Meme Sağlığı Dergisi* 2010;6:150-155.
18. Koç Z, Sağlam Z. Kadınların meme kanseri, koruyucu önlemler ve kkm ile ilgili bilgi ve uygulamalarının belirlenmesi ve eğitimin etkinliği. *Meme Sağlığı Dergisi* 2009;5:25-33.
19. Başak F. Konya İli Bozkır ilçesinde meme kanseri tarama ile ilgili bilgi ve davranışlarının değerlendirilmesi. *Bezmialem Science* 2016;1:19-24.
20. Kacaroglu Vicdan A, Koçyiğit A, Kabak A. Üniversite öğrencilerinin meme kanseri ve kendi kendine meme muayenesi hakkındaki bilgi düzeylerinin belirlenmesi. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi* 2010;Sempozyum Özel Sayısı. Syf:338.
21. Erkal Aksoy Y, Çeber Turfan E, Sert E ve ark. Meme kanseri erken tanı yöntemlerine ilişkin engeller. *J Breast Health* 2015;11:26-30.
22. Balaman P, Pehlivan E, Güneş G. Malatya il merkezinde 18 yaş ve üzeri kadınların kanserle ilgili bazı tutumları ve kkm uygulamaları. *İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 2010;17:107-112.
23. Solak Kabataş M, Kızıl H, Duman D. Bayan öğretmenlerin meme kanseri ve kendi kendine meme muayenesi hakkında bilgi, tutum ve davranışlarının incelenmesi. *The Journal of Breast Health* 2010;6:150-155.
24. Çoşkun Güner İ, Tetik A, Gönener HD. Kadınların kendi kendine meme muayenesi (kkm) ile ilgili bilgi, tutum ve davranışlarının belirlenmesi. *Gaziantep Tıp Dergisi* 2007;55-60.
25. Akgün Şahin Z, Kardaş Özdemir F. Kars' ta yaşayan kadınların kendi kendine meme muayenesi uygulamasına yönelik bilgi, inanç ve tutumlarının değerlendirilmesi. *Tıp Araştırmaları Dergisi* 2015;13:54-61.
26. Tuna A. Üniversite öğrencilerinin kendi kendine meme muayenesini öğrenmelerinde akran eğitim modelinin etkinliğinin incelenmesi. *Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir, 2002.*



Dr. Şükrüye Ece Abay¹, Dr. Şevkat Bahar Özvarış²

Geliş/Received : 08.06.2018

Kabul/Accepted : 01.11.2018

Öz

Okullar çocuk ve gençlere yönelik sağlık eğitimi için en ideal yerlerdir. Okullarda yürütülen sağlık eğitimi ve sağlığı geliştirme programlarında beslenme ve kişisel hijyen eğitimleri ilk sıralarda yer almaktadır. Dünya Sağlık Örgütü tarafından hijyen eğitiminin ve el yıkamanın geliştirilmesinin, diyare olgularının %45'e kadar azaltılmasını sağlayabilen basit ve maliyet etkin uygulamalar olduğu belirtilmektedir.

Amaç: Görece sosyo-ekonomik düzeyi düşük olan Ankara ili Çankaya İlçe Milli Eğitim Müdürlüğüne bağlı okullarda ilköğretim 3. sınıf öğrencilerinin kişisel hijyen ve el yıkama becerisi ile ilgili ihtiyaç analizi yapmaktır. Çalışma 2012-2013 eğitim-öğretim yılında Ankara İli Çankaya İlçesine bağlı beş ilköğretim okulunda gerçekleştirilmiştir. Çalışma grubunu beş ilkokulun toplam 199 3. sınıf öğrencisi oluşturmaktadır. Çalışmada öğrencilerin kişisel hijyen bilgi düzeyi ve el yıkama becerileri değerlendirilmiştir. Bilgi düzeyini ölçmek için 10 sorudan oluşan bir test ve beceri eğitimini değerlendirmek için de 10 basamaktan oluşan hijyenik el yıkama beceri rehberi kullanılmıştır. Çalışmada öğrencilere ait sosyo-demografik veriler de toplanmıştır.

Bulgular: El yıkama becerisinin değerlendirilmesinde 199 öğrenciden sadece bir tanesi tüm basamakları doğru ve sırasında yapmıştır. Bilgi testinde tam puan alan öğrenci olmamıştır. yedi ve üzeri puan alan öğrenci sayısı 127 (%63,8)'dir.

Sonuç: Kişisel hijyen konusunda öğrencilerin istenilen bilgi düzeyinde olmadığı ve el yıkama becerisi düzeylerinin düşük olduğu ortaya çıkmıştır. Bu bağlamda ilkokul kademesinde öğrenim gören öğrenciler için kişisel hijyen uygulamalarının geliştirilmesi ve bu eğitimlerin verilmesi uygun olacaktır.

Anahtar sözcükler: Kişisel hijyen, El yıkama becerisi, Okul sağlığı

Abstract

Schools are ideal places for educating children and adolescents in health issues. General health education in schools accompanied by information in nutrition and personal hygiene constitute an important component of health improvement programmes. The World Health Organization states that improvements in hygiene and hand-washing practices are simple and cost-effective solutions that may reduce the incidence of diarrhoea by 45%.

Objective: The objective of the present survey is to conduct needs analysis related to personal hygiene and hand-washing practice covering 3rd grade students attending to primary schools under the Çankaya District Directorate of National Education, a district inhabited mainly by families of relatively lower socioeconomic status.

Method: The survey was conducted in five primary schools in Çankaya District in the school year 2012-2013. The survey group consists of 199 3rd grade students attending to primary schools.

Findings: The survey assessed the level of information of students in personal hygiene and their skills in hand-washing. For the level of information in personal hygiene, a test with 10 questions was applied whereas the guide to hygienic hand-washing skills in 10 steps was used to measure skills in this area. The survey also collected socio-demographic data relating to children.

Results: In assessing hand-washing skills it was observed that only one out of 199 students could practice all 10 steps correctly and in appropriate order. There was no student with full score in information level test. 127 students (63.8%) had scores 7 and above. The survey revealed that students were not at the level desired in personal hygiene issues and their skills in hand-washing were low. This shows that it is necessary to give training in and improve personal hygiene practices of primary school students.

Key words: Personal hygiene, Hand-washing skills, School hygiene

1 Öğr. Gör.; Hacettepe Ü. Tıp Fak. Tıp Eğitimi ve Bilişimi AD, Ankara

2 Prof.; Hacettepe Ü. Tıp Fak. Halk Sağlığı AD, Ankara

Giriş

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından 1978 yılında Alma-Ata'da düzenlenen konferansının sonunda yayınlanan ve uluslararası bir sağlık sözleşmesi olan Alma-Ata Bildirgesi'nde Temel Sağlık Hizmetlerinin kapsamı içinde, "bir toplumda yaygın olarak görülen sağlık sorunları, bunların önlenmesi ve denetimi ile ilgili konularda halkın eğitilmesi" olarak tanımlanan sağlık eğitimi vazgeçilemez, anahtar hizmetlerden biri olarak yer almıştır (1,2).

Okul, ev, hastane ve danışma merkezleri gibi çeşitli kurumlar; çocuk ve gençlere yönelik sağlığın geliştirilmesi programlarının yürütüldüğü kurumlar arasındadır. Bununla birlikte çocuk ve gençler açısından bakıldığında sağlığı geliştirme programlarının en iyi uygulanabileceği yerlerin temelde iki önemli özelliği bulunmalıdır:

1. Çocuk ve gençlerin zamanlarının çok önemli bir kısmını geçirdikleri yer olması,
2. Böyle bir yerde onları etkileyebilecek kişilerin bulunması (3,4).

Pek çok nedenden ötürü okullar özellikle çocuk ve gençlere yönelik sağlığı geliştirme programları için oldukça uygundur (5,6). Öncelikle gerek gün bazında, gerekse haftalık düzeyde çocukların zamanlarının çoğunu okulda geçirmeleri ve onlar için önemli sosyal ve fiziksel çevre olmaları avantajları arasında yer almaktadır. Bu avantajlara karşılık kaynaklarının sınırlı olması, akademik önceliklerin farklı olması ve toplumun da akademik eğitimi aksatacağı yönünde negatif bakış açısının olması olumsuz yönleri arasında gelir (5).

Okul sağlığı açısından sağlık eğitiminin amacı öğrencilere doğru sağlık davranışları kazandırmak ve olumsuz alışkanlıkları değiştirmek yoluyla sağlıklı yaşamın anahtarını vermektir. Öğrencilere kendi yaş düzeylerine uygun olarak sağlık konusunda basit bilgiler verilmelidir. Kendi sağlığını nasıl koruyacağını ve nasıl izleyebileceğini bilen öğrenci ailesinden başlayarak yaşadığı toplumun da sağlığını nasıl düzeltip geliştireceğini öğrenir (7).

Okullarda yürütülen sağlığı geliştirme programları iki başlık altında ele alınmaktadır.

Birinci başlık "Kapsamlı Okul Sağlığı Eğitimi" adı altında öğrencilerin sağlık okur-yazarlığını, becerilerini, tutumlarını ve iyilik hallerini artırmaya ve sağlıklarını korumaya yönelik planlı, ardışık ve gelişimlerine uygun programların hazırlanması ve sunulmasını içermektedir (8). İkinci başlık olan "Koordineli Okul Sağlığı Programı" ise öğrenci ve okul çalışanlarının sağlığını geliştirmeye ve korumaya yönelik organize bir dizi tedbir, işlem ve aktiviteleri içerir. Bu program kapsamlı okul sağlığı eğitiminin yanında okul sağlık hizmetlerini, sağlıklı okul çevresini, danışmanlık hizmetlerini, psikolojik ve sosyal hizmet servislerini, egzersiz, okul beslenme hizmetlerini, okul sağlığında aile ve toplum katılımını ve personel için okul dışı sağlığın geliştirilmesini içerir (9).

Okul-aile işbirliği Türk Milli Eğitiminde işbirliğini düzenleyen esaslar başlıklı 1739 nolu Kanunun 16. Maddesinde "Eğitim kurumlarının amaçlarının gerçekleştirilmesinde katkıda bulunması için okul ile aile arasında işbirliği sağlanır" şeklinde ifade edilmektedir. M.E.B. Okul-Aile İşbirliği Yönetmeliği'nin içinde "Okul çağındaki çocukların bakımı, gelişimi ve eğitimi konularında konferanslar düzenlenmesi" ayrı bir madde olarak yer almaktadır (10) .

Okul programları içerisinde tüm yaş grupları için özellikle beslenme ve kişisel hijyen konusunda yapılan programlar ağırlıktadır. Özellikle ilköğretim ikinci kademe ve lise döneminde bu konulara ek olarak güvenli cinsel sağlık ve madde kullanımı yer bulmaktadır (11). Yaş gruplarına göre verilmesi gereken sağlık eğitimi konuları açısından bu araştırmadaki çalışma grubunu oluşturan 8-10 yaş grubu için önerilen sağlık eğitimi konuları ise şu şekilde sıralanmaktadır (7):

1. Sağlıklı beslenme,
2. Kişisel hijyen,
3. Hastalıklardan korunma,
4. Spor ve fizik egzersiz,
5. Kazalardan korunma,
6. Çevre temizliği.

DSÖ tarafından hijyen eğitiminin ve el yıkamanın geliştirilmesinin, diyare olgularının %45'e kadar azaltılmasını sağlayabilen basit ve maliyet etkin

uygulamalar olduğu belirtilmektedir (12,13). Dünya genelinde 2,6 milyar insanın yeterli hijyen olanaklarından mahrum olduğu tahmin edilmektedir (14). Bu durum aralarında diyare, dizanteri, tifo ve hepatit A'nın da yer aldığı suyla bulaşan hastalıklar için risk oluşturmaktadır. İnsanlar sürekli olarak dış ortam kirleticilerinin etkileri altındadırlar, elleriyle dış ortamdaki birçok kirletici etmene dokunurlar. Temizlik bireysel bir konu olmakla ve rutin uygulamaları kişiden kişiye değişebilir olmakla birlikte, tuvaletten sonra ve yemekten önce ellerin yıkanmasının gerekliliği özellikle belirtilmektedir (15).

Dünya genelinde ölüme yol açan hastalık yükünün dağılımı içinde ilk iki sırada alt solunum yolu infeksiyonları (94,5 milyon Yeti Yitimine Ayarlanmış Yaşam Yılı (Disability Adjusted Life Years; DALY) ile toplam DALY'nin %6,2'si) ve diyare (72,8 milyon DALY ile toplam DALY'nin %4,8'i) yer almaktadır. Sindirim sistemi ve solunum yolu infeksiyonları çocuklarda ve sosyoekonomik düzeyi düşük olanlarda daha ağır morbidite ve mortaliteye neden olmaktadır. Öyle ki düşük gelir grubundaki ülkelerde bu hastalıkların neden olduğu hastalık yükünün toplam hastalık yüküne oranı daha yüksektir. (Alt solunum yolu infeksiyonları toplam DALY'lerin %9,3'üne ve diyare %7,2'sine karşılık gelmektedir). Diğer yandan dünya genelinde 5 yaş altı ölüm nedenleri içinde akut solunum yolu infeksiyonları (%17) ve diyare (%17) ilk sırayı paylaşmaktadır (14).

İçme suyu kaynağı, sanitasyon olanakları ve hijyen davranışlarının etkinliklerinin incelendiği 60 farklı çalışmayı içeren bir meta analizin sonuçları; tüm bu girişimlerin herhangi bir salgının söz konusu olmadığı durumlarda diyare morbiditesini nerede ise yarı yarıya azalttığını göstermektedir (16).

Spesifik olarak el yıkamanın geliştirilmesinin diyare morbiditesinde önemli azalma sağladığını gösteren çok sayıda çalışma mevcuttur (17). El yıkama enfeksiyöz hastalıkların önleminde maliyet etkin bir yöntemdir (18). El yıkamanın geliştirilmesinin çocuklarda ve yetişkinlerde diyare sıklığının azaltılmasına etkisini değerlendirmek amacıyla, randomize kontrollü çalışmaları seçim kapsamı içinde tutan meta analiz, sağlığın geliştirilmesi faaliyetlerinin

sonuçlarını ortaya koymaktadır. El yıkamayı teşvikin okul ve hastane gibi kuruluşlarda yapıldığı araştırmaların (8 çalışma) yer aldığı yüksek gelir grubundaki ülkelerde; diyare epizodlarının %29 azaldığı; topluma dayalı araştırmaların (5 çalışma) yer aldığı düşük-orta gelir grubundaki ülkelerde %31 azaldığı saptanmıştır (19).

El yıkamanın oral fekal bulaşın hangi aşamasında engel oluşturduğu ile ilgili daha az çalışma olmasına karşın, bunların çoğu yemeklerden önce ve tuvaletten sonra el yıkamanın diyare morbiditesinde düşüşle ilişkisi olduğunu belirtmektedir (17).

El yıkama sadece oral fekal bulaşan hastalıklar için değil solunum yolu ile bulaşan hastalıklar için de temel koruma yöntemleri arasında yer almaktadır (20). Farklı yaş gruplarındaki öğrencilerde veya toplu yaşam alanlarında yaşarlarda yapılan çalışmalar bu sonucu desteklemektedir. Okul öncesi çocuklara yönelik kreşler ya da bakım merkezlerinde yapılan çalışmalarda; el yıkamanın geliştirilmesi ile solunum yolu infeksiyonları ya da soğuk algınlığı sıklığında %32'ye varan azalmalar sağlanmıştır (21).

Okul çocuklarında yapılan çalışmada el yıkamanın geliştirilmesi programı ile solunum yolu infeksiyonundan kaynaklanan devamsızlıkta %21 azalma sağlanmıştır (22). Üniversite öğrencilerinde el yıkamanın geliştirilmesi ile üst solunum yolu infeksiyonu semptomları sıklığında (%40) ve devamsızlıkta (%43) azalma sağlanmıştır (23).

Hijyenin çocuk ölümlerinin iki ana sebebi olan diyare ve solunum hastalıklarıyla ilişkili olmasına rağmen, önemi hala gözden kaçan bir halk sağlığı sorunu olduğu belirtilmektedir. Yeterli su kaynaklarına fiziksel erişimin temin edilmesi tek başına yeterli olmamakta, bu çabaların etkinliğinin artabilmesi için hijyen davranışlarının geliştirilmesini amaçlayan desteklere ihtiyaç duyulmaktadır (24).

Hijyen davranışlarının geliştirilmesi, yeni teknolojilerin ve ürünlerin geliştirilmesini gerektirmemektedir; üstelik de hijyen davranışları kolay uygulanabilir, düşük maliyetli, etkili

uygulamalardır (25). Konunun ekonomik boyutuna bakıldığında hijyenin geliştirilmesi için yapılacak her bir dolarlık yatırımın, yaklaşık dokuzdolarlık bir geri dönüşünün olacağı hesaplanmaktadır (26).

Yöntem

Çalışma, Ankara İli Çankaya İlçe Milli Eğitim Müdürlüğü'ne bağlı 5 ilköğretim okulunda yürütülmüştür. Ankara ilinin en kalabalık ikinci ilçesi olan Çankaya'nın toplam nüfusu 792.189'dur. Toplam 129.836 ilköğretim öğrencisi bulunan ilçede ilköğretim birinci kademeye devam eden öğrenci sayısı 69.014 olup bu öğrenciler 104 resmi okulda eğitim görmektedir. Çankaya İlçe Milli Eğitim Müdürlüğü ile yapılan görüşmelerde çalışmaya alınması düşünülen okullarda sosyo-ekonomik ve kültürel benzerliği sağlamak için daha dezavantajlı bölgelerden beş ilköğretim okulunun adı alınmıştır. Dezavantajlı bölge kriterleri olarak varoşlarda yer alması, ekonomik gelirin göreceli olarak az olması, kalabalık ailelerin bulunması, aile bireylerinin eğitimlerinin düşük olması alınmıştır. Çalışma Ankara İli Çankaya İlçesi'ne bağlı beş ilkokulun üçüncü sınıflarından 208 öğrenci ile yürütülmüştür.

Üçüncü sınıf öğrencilerine bilgi testi öğretmenler tarafından belirlenen herhangi bir dersin bir bölümü alınarak uygulanmıştır. Bilgi testi 10 soru içermektedir ve cevaplanması için öğrencilere verilen süre 20 dakikadır. Bu test içinde yer alan sorulardan yedisi çoktan seçmeli, diğer üçü ise boşluk doldurma şeklindedir Bilgi testinden yedi puan ve üstünde alan öğrenciler "başarılı" kabul edilmiştir.

Bilgi testinin uygulandığı dersin kalan yarısı ve teneffüs saatinde ise öğretmenlerin önerileri doğrultusunda öğrencilerin el yıkama becerileri kontrol listesi kullanılarak değerlendirilmiştir. El yıkama becerisi değerlendirme formu 10 basamaktan oluşmuştur. El yıkama becerisi sırasında öğrencinin tek bir basamağı bile yanlış uygulaması veya basamağı atlaması "başarısız" olarak değerlendirilmiştir. El yıkama becerisi değerlendirilmesi okulun lavabosunda yapılmıştır. Değerlendirme sırasında sınıf mevcutlarının az olması ve kız öğrenciler ile erkek öğrencilerin ayrı ayrı alınması değerlendirmenin zaman kısıtlaması olmaması nedeniyle rahat yapılmasına olanak

sağlamıştır. Öğrencilerin el yıkama becerileri değerlendirildikten sonra öğrenci gruplarına araştırmacı tarafından her birinin görmesinin sağlanması amacıyla 4'lü gruplar halinde demonstrasyon yapılmıştır.

Bilgi ve beceri değerlendirilmesinin yapıldığı gün anket formları öğretmenler aracılığı ile ailelere ulaştırılmıştır. Bir hafta sonra okullara gidilerek anket formları toplanmıştır. Bilgi testi ve el yıkama becerisi değerlendirmeleri öğretmenler tarafından uygun görülen ders saatleri kullanılarak verilmiştir

Bulgular

Verilerin analizinde SPSS 13.0 istatistik paket programı kullanılmıştır. Tanımlayıcı ve analitik bulgular için frekans tabloları ve çapraz tablolar yapılmıştır.

Çalışmaya katılan öğrencilerin cinsiyetine göre dağılımına baktığımızda kız öğrenci sayısı 114 (%52,7), erkek öğrenci sayısı ise 99 (%47,3) bulunmuştur. Öğrencilerin yaşları minimum sekiz yaş, maksimum 11 yaş olup yaş ortalaması $8,5 \pm 0,65$ 'dir.

Tablo 1. Araştırmaya katılan öğrencilerin cinsiyete göre dağılımı

	n	%
Kız	114	54,8
Erkek	94	45,2
Toplam	208	100

Öğrencinin ilk çocuk olup olmaması kişisel hijyen davranışlarında kendine rol model alabileceği bir büyük kardeşinin olması açısından değerlendirildiğinde 62 öğrenci (%27,6) ailenin ilk çocuğu olarak bulunmuştur.

51 öğrenci (%25,6) daha önce anaokulunda, kreşte, evde veya sağlık kuruluşunda kişisel hijyen eğitimi almışlar.

Tablo 2. Araştırmaya katılan öğrencilerin daha önce kişisel hijyen eğitimi alma durumuna göre dağılımı

	n	%
Evet	51	24,5
Hayır	157	75,5
Toplam	208	100

Çalışma gruplarındaki öğrencilerin annelerinin öğrenim durumuna baktığımızda 20 anne (%8,9) okur yazar değil, 116 anne (%51,6) ilkököl mezunu, 32 anne (14,2) ve 40 anne (%17,8) lise ve üstü öğrenim düzeyindedirler. Annelerin çalışma durumuna bakıldığında 192 (%92,3) annenin bir işte çalışmadığı, 16 annenin (%7,7) ise düzenli gelir getiren bir işte çalıştığı ifade edilmiştir. Babaların çalışma durumuna bakıldığında 27 (%12,9) baba hiç çalışmadığını, 137 (%56,5) baba düzenli gelir getiren bir işte çalıştığını ve 44 (%21,1) baba ise düzenli gelir getirmeyen işte çalıştıklarını belirtmişlerdir.

Kentleşme süreci açısından ailelerin Ankara'da oturma süreleri incelendiğinde ise aileler, minimum bir yıl ve maksimum 52 yıl süre ile bu ilde ikamet ettiklerini belirtmişlerdir. Ankara'da kalma süresi ortancası 20 yıl ve ortalaması ise 22,02 yıldır. Tüm çalışma grupları içinde 169 aile çekirdek aile (%81,2) tipi, 39 aile ise (%18,7) geniş aile tipi grubuna ait olduğu saptanmıştır. Yakın aile bireyleri arasında sağlık çalışanı bulunan öğrenci sayısı 13 (%6,3), evlerinde şebeke suyu bulunan aile sayısı 195 (%93,7)'dir.

El yıkama becerisinin değerlendirilmesinde 208 öğrenciden sadece bir tanesi tüm basamakları doğru ve sırasında yapmıştır. Bilgi testinde tam puan alan öğrenci olmamıştır. Yedi ve üzeri puan alan öğrenci sayısı 127 (%63,8)'dir.

Bu alanda yapılan çalışmalara bakıldığında annenin eğitim durumu, daha önce kişisel hijyen eğitimi alma durumu ve evde şebeke suyunun varlığı çocukların bilgi düzeyinde farklılık yaratırken bu beceri değerlendirme açısından başarılı tek bir öğrenci bulunması nedeniyle istatistiksel çalışma yapılamamıştır.

Anne öğrenim durumu	Bilgi testi başarı durumu			
	Başarılı		Başarısız	
	n	%	n	%
Okur yazar değil	8	7,8	12	11,4
İlkökököl	48	46,6	68	64,8
Ortaökököl	19	18,4	13	12,4
Lise ve üzeri	28	27,2	12	11,4
Toplam	103	100	105	100

$\chi^2=11,755; p=0,008$

Şebeke suyu	Bilgi testi başarı durumu			
	Başarılı		Başarısız	
	n	%	n	%
Var	85	82,5	70	66,7
Yok	18	17,5	35	33,3
Toplam	103	100	105	100

$\chi^2=6,88; p=0,009$

Bu çalışmada bilgi düzeyinde anne öğrenim durumu ve evde şebeke suyunun bulunması durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı fark bulunurken daha önce bu konuda eğitim alma durumuna göre ise eğitim alan öğrenci sayısının istatistik çalışma için az olması nedeniyle çalışma yapılamamıştır. Evde şebeke suyu bulunan öğrenciler ve anne eğitimi yükseldikçe öğrenci başarıları artış göstermiştir.

Tartışma

Ülkemizde 2002 yılında Sivas ilinde 65 ilköğretim okulu öğrencisi üzerinde yapılan bir çalışmada çocukların genel vücut hijyeniyle ilgili uygulamalarda eksiklikler tespit edilmiştir. Çalışmada yer alan öğrencilerin %15,4'ünün saçlarının %73,8'inin kulaklarının, %92,3'ünün ise dışlarının kirli olduğu bulunmuştur. Ayrıca öğrencilerin %67,7'sinin ellerinin kirli ve %21,5'unun ise el tırnaklarının kirli ve uzun olduğu tespit edilmiştir (Güler ve Kubilay 2004). Güler ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada fiziki bulgularla kişisel hijyenin istenilen düzeyde olmadığı kanıtlanırken bu çalışmada da bilgi düzeyinin de istenilen düzeyde olmadığını kanıtlamıştır.

Sonuç

Araştırma sonucunda, kişisel hijyen konusunda öğrencilerin istenilen bilgi düzeyinde olmadığı ve el yıkama becerisi düzeylerinin düşük olduğu ortaya çıkmıştır. Bu bağlamda ilkökököl kademesinde öğrenim gören öğrenciler için kişisel hijyen uygulamalarının geliştirilmesi ve bu eğitimlerin verilmesi uygun olacaktır.

İletişim: Dr. Şükriye Ece Abay
E-posta: seceabay@hotmail.com

Kaynaklar

1. Öztekin, Z. (1992). Temel Sağlık Bilimleri. Ankara: Hacettepe Halk Sağlığı Vakfı.
2. Öztekin, Z., Üner, S. ve Eren, N. (2012). Halk Sağlığı Temel Bilgiler. Ç. Güler ve L. Akın (Ed.). Halk Sağlığı Kavramı ve Gelişmesi (ss. 2-24). Ankara: Hacettepe Üniversitesi Yayınları.
3. Withlaw, S., Baxendale, A., Bryce, C., MacHardy, L., Young, I. ve Witney, E. (2001). "Settings" Based Health Promotion: A Review ("Kuruluşlara" Dayalı Sağlığı Geliştirme: Gözden Geçirme). Health Promotion International, 16, 339-353.
4. Gilbert, G.G., Sawyer, R.G. ve McNeil, E.B. (2000). Health Education Creating Strategies and Community Health. Canada: Jones and Bartlett Publishers
5. Poland, B.D., Green, L.W. ve Rootman, I. (2000). Review of Settings for Health Promotion. G.S.Parcel, S.H. Kelder, K. Basen-Engquist (Ed.). The School as a Setting for Health Promotion (pp. 86-120). Canada: Sage Publications.
6. Hassoy, H., Mandiracıoğlu, A., Ergin, I., Durusoy, R. ve Davas, A. (2011) Tıp Fakültesi Öğrencilerinin Okul Sağlığı Eğitim Programı: Ege Üniversitesi Örneği. TAF Preventive Medicine Bulletin, 10 (6), 649-656
7. Pekcan, H. (2012). Halk Sağlığı Temel Bilgiler. Ç. Güler ve L. Akın (Ed.). Halk Sağlığı Kavramı ve Gelişmesi (ss. 462). Ankara: Hacettepe Üniversitesi Yayınları.
8. Heit, P., Meeks, L. ve Page, R. (2005). Comprehensive School Health Education. Paperback.
9. McKenzie, D.F., Richmond, J.B. (1998). Health is academic: A Guide To Coordinated School Health Programs. Marx, Eva (Ed); Wooley, Susan Frelick (Ed) New York, NY, US: Teachers College Press.
10. Eğitim Mevzuatı. Erişim tarihi: 16.06.2014 www.egitimmevzuat.com/index.php/20091122429/Kanun/mlli-etm-temel-kanunu-1739.html
11. Lee, C.Y., Kim, H.S., Ahn, Y.H. ve Cho, Y.H. (2009). Development of A Community Health Promotion Center Based on the World Health Organization's Ottawa Charter Health Promotion Strategies. Japan Journal of Nursing Science, 6(2), 83-90.
12. Curtis, V. ve Cairncross, S. (2003). Effect of Washing Hands With Soap On Diarrhoea Risk In The Community: A Systemic Review. Lancet Infect Dis, 3(5), 275-281.
13. Han, A.M. ve Hlaing, T. (1989). Prevention Of Diarrhoea And Dysentery By Handwashing. Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene 83(1):128-131.
14. Dünya Sağlık Örgütü (2008) The global burden of disease: 2004 update. World Health Organization
15. Güler, Ç. (2004). Kişisel Hijyen. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni, 3(6) 119-132.
16. Fewtrell L, Colford JM. Water, sanitation and hygiene: interventions and diarrhoea: a systematic review and meta-analysis [Report No 34960]. Washington DC: The International Bank for Reconstruction and Development/The World Bank, 2004.
17. Curtis, V., Cairncross, S. ve Yonli, R. (2000). Domestic Hygiene And Diarrhoea – Pinpointing the Problem. Tropical Medicine and International Health, 5(1), 22-32.
18. Mackert, M., Liang, M. ve Champlin, S. (2013). "Think the sink:" Preliminary Evaluation of a Handwashing Promotion Campaign. American Journal of Infection Control, 41, 275-277
19. Ejemot, R.I., Ehiri, J.E., Meremikwu, M.M. ve Critchley, J.A. (2008). Hand Washing for Preventing Diarrhoea. Cochrane Database of Systematic Reviews, 1(2), (Erişim tarihi: 16 Şubat 2013 <http://www.researchgate.net/publication/223988466>)
20. Luby, S.P., Halder, A.K., Huda, T.M., Unicomb, L. ve Jhonston, R.B. (2011). Using Child Health Outcomes To Identify Effective Measures of Hand Washing, Am J Trop. Med. Hyg, 85 (5), 882-892.
21. Roberts, L., Smith, W., Jorm, L., Patel, M., Douglas, R. M., & McGilchrist, C. (2000). Effect of infection control measures on the frequency of upper respiratory infection in child care: a randomized, controlled trial. Pediatrics, 105(4), 738-742.
22. Nandrup-Bus, I. (2010). El Yıkama Öğrencilerin Hastalık Nedeniyle Okula Gelmemelerini Engeller. Sygeplejersken, 7, 46-50
23. White, C., Kolble, R., Carlson, R., Lipson, N., Dolan, M., Ali, Y., & Cline, M. (2003). The effect of hand hygiene on illness rate among students in university residence halls. American journal of infection control, 31(6), 364-370.
24. Porzig-Drummond, R., Stevenson, R., Case, T., & Oaten, M. (2009). Can the emotion of disgust be harnessed to promote hand hygiene? Experimental and field-based tests. Social science & medicine, 68(6), 1006-1012.
25. Curtis, V.A., Schmidt, W., Luby, S., Florrez, R., Toure, O. & Biran A. (2011). Hygiene: New Hopes, New Horizons. Lancet Infect Dis, 11,312-321.
26. WHO(2011). Erişim tarihi: 14 Şubat 2013 <http://www.who.int/features/factfiles/sanitation/facts/en/index.html>
27. Güler, G. ve Kubilay, G. (2004). Bir İlköğretim Okulu Öğrencilerinin Fiziksel Bakım Sorunlarının Belirlenmesi. C.Ü. Tıp Fakültesi Dergisi, 26(2), 60-65.



Dr. Nuriye Erbaş¹

Geliş/Received : 12.05.2017

Kabul/Accepted : 21.08.2017

Öz

Eğitim istendik davranış değişikliklerini gerçekleştirecek bilimsel yapıdaki planlı etkinlikler bütünüdür. Bu nedenle hasta eğitimi hastanın istendik davranışları kazanarak sağlığına en kısa sürede ulaşmasını amaçlamakta, öğretme-öğrenme süreci doğrultusunda gerçekleştirilmektedir. Bilimsel yaklaşımı, eleştirel düşünme yoluyla sorun çözümlenmeyi hedefleyen bu sürecin aşamaları, hemşirelik süreciyle bütünleşmiştir. Birbiri ile etkileşen; tanılama-planlama-uygulama-değerlendirme aşamalarından oluşur. Bu nedenle hemşirelik sürecine atılan ilk adımla hasta eğitimi sürecine de girilmiş olunur. Hasta eğitim süreci, hasta eğitimine bilimsel ve planlı bir yaklaşım getirmiştir. Bu derleme sağlık hizmetlerinde hemşirelik ve hasta eğitiminin birbirleriyle bağlantılı olduğuna ve insanın olduğu her alanda kullanılabileceğine dikkat çekmek amacıyla ele alınmıştır.

Anahtar sözcükler: Sağlık hizmetleri, Hasta öğretim, Hasta eğitim, Hemşirelik süreci

Abstract

Training the behavior changes when they are requested to perform scientific activities planning. Therefore, patient education patient when they are requested by winning health behaviors that are aimed at achieving as soon as possible, in accordance with the teaching-learning process. The scientific approach, aiming to resolve the issues through critical thinking, this process is integrated with the nursing process phases. Interacting with each other; diagnostic-planning-implementation-evaluation phase. Therefore the first step nursing process and entered the process of patient education. Patient education process, has a planned approach to scientific and patient education. This review is aimed to draw attention to the fact that nursing and patient education in health care services are connected with each other and that every field that is human can be used.

Key words: Health service, Patient education, Patient education, Nursing process

¹ Öğr. Üyesi; Cumhuriyet Ü.Sağlık Bilimleri Fak. Hemşirelik Bölümü, Kadın sağlığı ve Hastalıkları AD, Sivas

Giriş

Hasta eğitimi, sağlık çalışanları ile hastalar arasındaki öğretme ve öğrenme sürecidir. Amerikan Aile Hekimleri Eğiticileri Topluluğu (STFM) hasta eğitimini; "Sağlığı iyileştirme amacıyla hasta davranışlarını etkileyerek bilgi, beceri ve tavırlarını değiştirmek" olarak tanımlamaktadır (1). Tarihte hasta eğitimi çalışmasıyla ün yapan kuruluş İtalya'daki "Palermo Tıp Okulu"dur. Bu okul 1414 yılında bir kitap yayınlamıştır. Kitap, şiiirle sağlık kurallarını anlatmaktadır ve günümüzde hala geçerliliğini koruyan bilgileri içermektedir (2). 19. yüzyılda sağlık ve hasta eğitimi ile ilgili ilk çalışmalar, Florence Nightingale ve onun ekolünü takip eden hemşireler tarafından, hastalara ve topluma sanitasyon-temizlik ve hasta bakımı konularında yapılan eğitimlerdir. 1960'lı yıllar tüm dünyada hasta eğitiminin başlangıcı olarak kabul edilmektedir. Ancak, hasta eğitimi ile ilgili çalışmalar 1980'li yılların başlarında literatürde yer almaya başlamıştır. Hasta eğitimine talebin artmasıyla hemşirelerin hasta eğitimindeki sorumluluğu ile ilgili çalışmalar artış göstermiştir (3,4).

Hasta eğitiminin, sağlık hizmetlerinin bir parçası olarak görülmeye başlamasıyla birlikte hasta eğitiminin yararlarına birçok araştırmada değinilmiştir. Hastalara preoperatif dönemde verilen eğitimin postoperatif dönemdeki derin nefes alma ve öksürme becerisini artırdığı ve hastanede kalma süresini kısalttığı belirtilmiştir. Hastanede kalma ve bilgi eksikliğine bağlı stresin eğitim süresince azaldığı gözlemlenmiş, olumlu tutumun ve hastanın isteğinin, yapılan her türlü eğitimin etkisini artırdığı belirtilmiştir (5). Hasta ve ailesinin eğitiminde, bireyin öğrenmesini kolaylaştıran, etkin ve verimli öğrenmenin/davranış değişikliğinin sağlanmasında öğrenmeyi etkileyen temel ilkeler dikkate alınmalıdır. Bu ilkeler eğitimi etkileyen faktörlerle yakından ilişkilidir ve hemşirenin, öğretme-öğrenme süreci ile ilgili işlevlerini yönlendirmelidir (6,7,8). İlgili literatürde, hasta eğitimini etkileyen hastaya bağlı faktörler; hastalığın etkileri, ağrı, yorgunluk gibi fizyolojik etkenler; hastalığa adaptasyon, öğrenmeye hazır bulunuşluk, anksiyete, depresyon gibi psikolojik etkenler; yaş, gelişme düzeyi gibi biyolojik etkenler; geçmiş yaşantılar, tutum ve inançlar, sosyo- kültürel-ekonomik etkenler olarak

belirtilmektedir. Hasta eğitimini etkileyen kurumsal ve sağlık personeline bağlı faktörler; sağlık politikaları, sağlık kurumlarının fiziksel koşulları, yönetimin desteği, sağlık personelinin eğitim konusundaki yeterliliği ve inançları olarak vurgulanmaktadır (3,7,9). Hasta eğitimi, belirli bir amaca yönelik olarak planlanmış öğretme-öğrenme sürecini, etkin iletişim ve etkileşimi kapsar. Bir başka deyişle, sağlıklı / hasta birey, aile ve toplumun olumlu sağlık davranışları geliştirmesine yardım eden etkileşim sürecidir. Bu süreçte hasta, hasta ailesi/yakınları, hemşire ve diğer sağlık ekibi üyeleri yer alır (8). Hasta eğitimi, yalnızca bilginin kazanılmasını ve gelişimini değil aynı zamanda kültürel ve ahlaki normları içermektedir (10).

Hasta eğitiminde hastayla birlikte yakınlarına da eğitim verilmekte ve aile odaklı yaklaşım benimsenmektedir. Hemşire hasta ailesinin yaşam tarzını, eğitim gereksinimlerini belirlemekte ve eğitimi planlarken hasta ve ailesini bir bütün olarak ele almaktadır. Hasta ve ailesinin, iyileşme döneminde evde yapması gerekenler hakkında yeterince eğitilmiş olmaları gerekmektedir (11,12). Hasta eğitim süreci hemşirelerin, hastanın sağlık sorunlarını tanımasını ve çözmesini amaçlamakta ve sorun çözme yaklaşımını gerektirmektedir. Sorun çözme; istenilen hedefe ulaşmak için çeşitli olanaklar arasından etkili ve yararlı davranışları seçme ve kullanma; yeni olay ya da durum karşısında var olan ilişkileri ortaya çıkarma, yeni ilişkiler kurma ve amaca göre belli bir sonuç elde etmedir. Sorun çözme hemşirelik uygulamalarının odağıdır ve bir dizi bilişsel, duyuşsal ve davranışsal değişikliği içerir (13,14).

Hasta eğitim sürecinin sorun çözme sürecine temellenmesinin nedenleri şu biçimde sıralanabilir:

- Sorunun her yönüyle anlaşılmasını sağlar, ön yargıyı engeller.
- Doğru, tutarlı, yaratıcı kararlar verilmesini sağlar.
- Öğretme-öğrenme sürecini akılcı biçimde açıklar.
- Hasta eğitiminde yeni bilgilerin kullanılmasını sağlar. Disiplinler arası ilişkileri ve işbirliğini destekler.

- Eğitim kalitesini artırır.
- Başarı ve mesleki doyumunu artırır.
- Hemşireyi ve eğitim uygulamalarını geliştirir.
- Hemşireye çok yönlü eleştirel düşünme alışkanlığı kazandırır.
- Hemşirelik bilimini geliştirecek kayıtlara, araştırmalara kaynak oluşturur.
- Hemşirenin planlı ve amaca yönelik çalışması, zaman ve işgücü kaybını azaltır.
- Hemşireliğe bilimsel bir kimlik kazandırır (8,15).

Hasta Eğitimi Süreci

Eğitim istendik davranış değişikliklerini gerçekleştirecek bilimsel yapıdaki planlı etkinlikler bütünüdür. Bu nedenle hasta eğitimi hastanın istendik davranışları kazanarak sağlığına en kısa sürede ulaşmasını amaçlamakta, öğretme-öğrenme süreci doğrultusunda

gerçekleştirilmektedir. Bilimsel yaklaşımı, eleştirel düşünme yoluyla sorun çözümlenmeyi hedefleyen bu sürecin aşamaları, hemşirelik süreciyle bütünleşmiştir. Birbiri ile etkileşen; tanılama-planlama-uygulama-değerlendirme aşamalarından oluşur. Bu nedenle hemşirelik sürecine atılan ilk adımla hasta eğitimi sürecine de girilmiş olunur. Hasta eğitim süreci, hasta eğitimine bilimsel ve planlı bir yaklaşım getirmiştir. (3,8,15).

Hemşirelik süreci, birbirini izleyen ve bütünleyen her biri eşit öneme sahip, her birinin doğruluk ve etkinliği diğerlerine yansıyan, fakat her birinde farklı yöntemler kullanılan; veri toplama, tanılama, planlama, uygulama, değerlendirme, kaydetme aşamalarından oluşur (16,17,18,19).

Hasta Eğitiminde Veri Toplama

Bu aşamada hemşire bireyin eğitim gereksinimlerini, motivasyonunu, öğrenme yeteneğini, yas ve eğitim durumlarını göz önünde bulundurularak eğitim kaynaklarını analiz eder ve eğitim içeriğini belirler. Yetişkinde eğitim gereksinimlerini saptamada temel olarak bireyin kendi değerlendirmesi önemlidir ve eğitim bireyin

Tablo 1. Hemşirelik süreci ile hasta eğitim sürecinin karşılaştırılması

Temel aşamalar	Hemşirelik Süreci	Hasta Eğitim Süreci
Veri toplama	Bireyin/ hastanın fiziksel psikolojik, sosyal, kültürel, gelişimsel ve spiritual gereksinimleri konusunda bireyin kendisinden, ailesinden, tanı testlerinden,kayıtlardan, hemşirelik öyküsünden, literatürden veri toplamak	Bireyin kendisinden, ailesinden, çevresinden, tıbbi kayıtlarından, hemşirelik öyküsünden, Bireyin/hastanın, öğrenme gereksinimleri ve öğrenme, yeteneğine yönelik veri toplamak
Tanı koyma	Uygun hemşirelik tanıları belirlemek	Öğrenmenin 3 tipini (bilgi, tutum, beceri) esas alarak bireyin öğrenme gereksinimlerini belirlemek
Planlama	Bireye özel bakım planı geliştirmek Bakım planı üzerinde hasta ile işbirliği içinde olmak	Eğitim amaçlarını saptamak Bireyin öğrenme gereksinimlerini göz önüne alarak öncelikleri belirlemek Eğitim planı üzerinde hasta ile işbirliği içinde olmak Kullanılacak eğitim metodunu hasta ile birlikte belirlemek
Uygulama	Hemşirelik bakım girişimlerini uygulamak Bireyi bakıma aktif olarak katmak uygunsa, aileyi de bakıma katmak	Eğitim yöntemlerini uygulamak Bireyi, öğrenme aktivitelerine aktif olarak katmak, uygunsa aileyi de katmak
Değerlendirme ve kaydetme	Hemşirelik bakımına ait istendik sonuç ve amaçlara ulaşıp ulaşılmadığını tanımlamak	Eğitim- öğrenme sürecinin sonuçlarını belirlemek Bireyin eğitim amaçlarına ulaşma düzeyini değerlendirmek Gerekirse eğitimi tekrarlamak

gereksinimlerini karşılamaya yönelik yapılmaktadır. Eğitim gereksinimleri aynı zamanda bireylerin davranışlarından, sorularından da anlaşılabilir. Bireyin öğrenme gereksinimleri iyileşme sürecine göre değişebilir. Gereksinimler hasta hastaneye yattığında, taburcu olduğunda ve evinde kendi bakımını üstlendiği zamanlarda farklı olabilir. Bu nedenle hemşire hastanın potansiyel gereksinimlerini değerlendirmesini bir süreç içinde yapmalıdır (8,17). Hemşire bireyin dikkat süresini, hafızasını, konsantrasyon yeteneğini hemşirelik öyküsünü alırken öğrenmelidir. Fiziksel sağlığın kötü olması, yorgunluk, bitkinlik, soru ve kavramları anlama yetersizliği dikkat süresini olumsuz etkilemektedir. Bu nedenle eğitim bireyin fiziksel, ruhsal ve zaman açısından eğitim için hazır olduğu zamanda yapılması eğitimin etkinliği açısından önem taşır. Hastanın öğrenmeye hazır olduğunu düşündüren örnek sorular: durumum nedir?, neden basıma geldi?, ne yapmam gerekir?, evde ne olacağım?, bana kim yardım edebilir?... gibi sorulardır. Birey öğrenmeye hazır değilse durumdan kaçabilir, başkalarının kendisi için bu bakımı yapacağını düşünebilir, bas ağrısı, mide sorunu gibi somatik belirtiler gösterebilir. Bu bulgular bireyin öğrenmeye hazır olmadığını gösterir. Bireyin olgunluğu, yeterliliği ve yaşı eğitimde önem taşır bu nedenle hemşire bu özelliklere uygun veri toplamalıdır. Ayrıca ailenin inanç ve tutumları, ailenin kaynak ve işlevsel yeterliliği göz önünde bulundurulmalıdır (3,16,20). Öğrenmeyi etkileyen diğer bir özellik motivasyondur. Motivasyon bireyin öğrenmeyi isteyip istemediğini tanımlayan bir iç uyarandır ve bir kişinin harekete geçmesini sağlar. Dış motivasyon ise hastanın öğrenmeye isteğini artırmak için ona psikolojik destek vermekle sağlanabilir. İyi iletişim hasta eğitiminin anahtarıdır (18,19). Hemşire eğitim planına başlamadan önce, bireylerin var olan olgunlaşma ve fizyolojik gelişim düzeylerini, entelektüel yeteneklerini ve bilgi düzeylerini, belirleyen verileri toplamalıdır. Uygun biyolojik, motor, dil ve sosyal gelişim olmaksızın, öğrenme sağlanamayabilir. Psikomotor becerileri öğrenme bireyin gücüne, koordinasyon yeteneğine, görme ve işitme gibi duyarlarının keskinliğine bağlıdır. Örneğin bir bireyin vücudunun üst kısmında yeterince güç yoksa yataktan sandalyeye geçiş öğretilemez, eğer gözleri zayıf görüyor ya da

bandajı sıkıca kavrayamıyorsa elastik bandaj uygulama öğretilemez. Bu nedenlerle hemşire bireyin tüm bu özelliklerini belirlemeye yönelik veri toplamalıdır. Diğer taraftan çevre öğrenmeyi güçleştirebilir ya da hoş bir duruma getirebilir. Hemşire eğitim çevresini belirlerken eğitim yapılacak kişilerin sayısını bilmeli, eğitimi yalnız mı tercih ediyor aile üyelerinin katılımını istiyor mu bireye sormalıdır. Eğitime uygun bir çevre oluşturabilmek için ortamın ısı, nem, ışıklandırma, aydınlatma, gürültü, havalandırma, mobilya, koku gibi fiziksel özelliklerini belirlemelidir. Çünkü sürekli devam eden gürültü ve bölünmeler eğitimi olumsuz etkileyebilir. Ayrıca öğrenmeyi etkileyecek olan din, sosyo kültürel faktörler, daha önceki tecrübeleri gibi özelliklerin veri toplarken belirlenmesi gerekir. Verilerin sistematik olarak toplanabilmesi için hastalıkların özellikleri dikkate alınarak hazırlanmış formlar kullanılmalıdır (16,21).

Öğrenme için diğer önemli bir nokta kaynaklardır. Hasta birey, ailenin diğer üyelerinin ya da kendisi için önemli olan diğer kişilerin desteğine gereksinim duyabilir. Bu durumda hemşire ailenin ve arkadaşlarının hastanın bakımı için gerekli bilgileri öğrenmeye karşı istekli ve yetenekli olup olmadıklarını belirlemelidir (16).

Hasta Eğitiminde Tanılama

Hasta eğitimi sürecinin ikinci aşamasında hemşire toplanan verileri çözümlüyüp, yorumlayıp, gruplandırarak hastanın öğrenim gereksinimlerine karar verir ve sorunu tanımlar. Tanılama aşaması, hastanın öğrenme gereksinimleri ve öğrenme hazırlığı ile ilgili bilginin sistematik bir biçimde toplanmasına yol gösterir. Eğitim gereksinimine ilişkin bir tanı konduğunda eğitim bakım planının bir parçası olur ve böylece süreç başlar. Birçok hemşirelik tanısı öğrenme gereksinimleri ile ilgilidir. Her bir tanı ifadesi hastanın öğrenme gereksinimini ve nedenini tanımlar (8,16,21).

Öğrenme alanları (bilişsel, duyuşsal, davranışsal) dikkate alınarak belirlenen ve hastanın öğrenme gereksinimlerini belirten hemşirelik tanıları, ilgili hemşirelik kuruluşlarının (NANDA vb.) önerisi doğrultusunda "Bilgi eksikliği" olarak ifade edilir. Öğrenmenin üç alanı (bilgi, tutum, beceri) ile tanıları sınıflamaya çalışmak hemşireye neyi nasıl öğreteceğine yardım eder. Bu üç alana örnek

olarak; yeni tanılanmış hastalığa, yeni önerilen tedaviye bağlı bilgi eksikliği (bilgi), prognozu yanlış anlamaya bağlı bilgi eksikliği (tutum), beceride deneyimsizliğe bağlı bilgi eksikliği (beceri) tanıları verilebilir (8,9,16,21). Bir işlem öncesi özgül bir eğitim gerekiyorsa, hemşirelik tanısı olarak alışılmadık bir çevre ya da işleme bağlı anksiyete tanısı kullanılır. Eğer bilgi, evdeki öz-bakım ile ilgili olarak bireye/aileye yardım etmek için veriliyorsa terapötik bakımın etkin olmayan yönetimi tanısı gerekli olabilir. Eğitimle ilgili tanıya; "öz bakım önlemlerine ilişkin bilgi eksikliğine bağlı anksiyete", "kanama belirti ve bulgularına ilişkin bilgi eksikliğine bağlı anksiyete" tanıları örnek verilebilir. Konulan hemşirelik tanılarında hastanın eğer birden fazla öğrenim gereksinimi varsa hemşirenin öncelikleri belirlemesi gerekir. Bunun için hemşire tanılarını özgül olarak belirlemelidir (9,16).

Hasta Eğitiminde Planlama

Hasta eğitiminin başarıyla sonuçlanması yapılacak olan planlamaya bağlıdır. Toplanan verilere dayanarak hastanın öğrenme gereksinimini belirten bir hemşirelik tanısını tanımladıktan sonra hemşire hedefleri/ amaçlarını tanımlar ve bireye özgü eğitim planı hazırlar. Hedef/ amaç saptamak, su andaki ya da ileriye dönük bir eğitimin sonucunu önceden belirlemek ve o sonuca ulaşma eğilimini göstermek demektir. Bu nedenle eğitimin hedefleri aynı zamanda sonuçlarıdır, hem eğiticiyi hem de öğrenen bireyi bu sonuca götürmek için bir araçtır. Hedefler aynı zamanda istenilen sonuca ulaşmak için uygun yöntem ve araçların seçimi, atılması gereken adımların sırası hakkında da bilgi verir (9). Hedefler; öğrenme etkileşimi sonrasında hastada gelişmesi beklenen davranışı göstermeli, anlaşılır olmalı, gözlenip ölçülebilir olmalıdır (8). Planlamada belirlenen hedef tek bir davranışı içermeli, gözlenebilir ve ölçülebilir olmalı, ölçütleri olmalı, hemşire ve öğrenen birlikte oluşturmalıdır. İstenen davranış için belirlenen şartlar/ koşullar hedeflerin ölçütlerini de belirtir. Ölçütler çeşitli biçimlerde ifade edilebilir. Örn; "Hasta ameliyattan 8 saat sonra odasında yürüyecek" (zaman limiti), "Hasta diyabet belirtilerinden 4'ünü sıralayabilecek" (bilgi miktarı), "Hasta kolostomi torbasını hiçbir sızıntı yapmayacak biçimde yerleştirecek" (aktivitenin doğruluğunun önemli bir karakteri), "Hasta öğrenim rehberine uygun olarak kan sekerini ölçecek" (rehberi ölçüt

olarak belirlemek). Hedeflerin birden fazla ölçütü kapsamaması gerekir (16). Bloom taksonomisine göre hedefler, bilişsel, duyuşsal ve devinişsel alanlarda belirlenir. Bilişsel alan zihinsel öğrenmelerin çoğunlukta olduğu alanlardır ve bilgiyi kapsar. Örnek olarak; "Hasta hipoglisemi ve hiperglisemi terimleri arasındaki farkı söyleyecek" hedefi verilebilir. Duyuşsal alan; sevgi, korku, ilgi, tutum gibi duygusal yönlerin baskın olduğu alanlardır, tutum değişmesini amaçlar. Bu alandaki hedefe; birey polikliniğe geldiğinde sigarayı bırakmak isteğini ifade edecek hedefi örnek verilebilir. Devinişsel alan; zihin ve kas koordinasyonunu gerektiren becerilerin olduğu alandır, aktivitenin yapılmasını içerir. Buna örnek olarak; "Hasta protezini bir rahatsızlık yaratmayacak biçimde takacak" hedefi verilebilir. Doğru ifadelendirilmiş, hemşire ve hastanın birlikte oluşturduğu öğrenme hedefleri eğitim planına rehberlik eder. Kötü ifade edilmiş hedefler öğrenme sürecinde anlaşmazlıklara neden olur. Bu nedenle öğrenme hedefleri bakım planında olduğu gibi hedef ya da sonuç (çıktı) olarak aynı ölçütleri içermelidir (8,16).

Hemşirelik tanısı konulduktan sonra yazılı olarak geliştirilen eğitim planı, hasta eğitiminin başarıyla sonuçlanması açısından önem taşır. Hasta eğitim sürecinin tüm öğeleri dikkate alınarak hazırlanan eğitim planı; hemşirenin kendine güvenmesini, öğrenme amaçlarının ve hedeflerinin belirlenmesini, içeriğin seçilmesini, uygun eğitim yöntemlerinin seçilmesini, kullanılacak araç-gerecin belirlenmesini ve değerlendirme yönteminin belirlenmesini kapsar (21). Eğitim içeriği ve hedefler belirlendikten sonra eğitim yöntemleri seçilmelidir. Bu metotlar içeriğin bireye nasıl sunulacağını belirler. Eğitim yöntemlerinin seçimi ortama, kaynakların elverişliliğine, eğitim yapılacak konunun içeriğine, öğrenim sonunda ulaşılmaması planlanan hedeflere, eğitim verilecek birey sayısına göre yapılmalıdır. En çok kullanılan eğitim yöntemi düz anlatımdır. Ancak birden fazla eğitim yönteminin bir arada kullanılarak eğitimin etkinliğinin sağlanması gerekir. Bireyin öğrenime daha fazla katılımını sağlayan interaktif eğitim metotları (role play, demonstrasyon, beyin fırtınası, grup tartışması, olgu çalışması vb.) eğitimde tercih edilmelidir. Birebir ve grupla yapılan tartışmalar, soru ve cevap, role play, bilgisayar destekli eğitim, psikomotor öğrenmede demonstrasyon şeklinde bir uygulama planı

oluşturabilir. Hemşire her durum için bir çok eğitim metodu olduğunu bilmeli ve uygun olanları seçerek eğitim yapmalıdır (8). Kısaca, hasta eğitimi planlanmış bir süreç olmalıdır. Planda hastanın eğitim gereksinimleri belirlenmeli, hastanın algıları, öncelikleri, öğrenme amaçları dikkate alınarak hasta eğitimi sürecine hasta yakınları da dahil ederek uygulamaya geçilmelidir (22).

Hasta Eğitiminde Uygulama

Hasta eğitiminin uygulama aşaması, planlanmış olan eğitimlerin hasta ve ailesinin öğrenmesini destekleyecek biçimde uygulamaya geçirilmesidir. Eğitimi uygulama esnasında; bireyin öğrenmeye hazır olduğu bir zamanı seçmek önemlidir. Eğitim için bireyin zamanının, fiziksel ve psikolojik durumunun uygun olması gerekir. Eğitim yapılırken ziyaret saatleri, bireyin ağrılı, stresli olduğu zamanlar seçilmemelidir. Eğitim için bireyin fiziksel, psikolojik açıdan rahat olduğu, bizi dinlemeye, eğitime katılmaya istekli olduğu zamanlar seçilmelidir (16,21,23) Eğitim yaparken süreyi de çok iyi ayarlamak gereklidir. Hastaya göre değişmekle birlikte, süre 30-45 dakikayı geçmemelidir. Bu zamanı belirlemede bireyin yaşını da dikkate almak gerekir. Bireyin konuyu araştırmasına izin verilmesi, aktif katılım sağlanması eğitimin etkinliğini artırır (3,16). Başarılı bir eğitim için uygun bir çevre/ortam, uygun araç-gereç ve kaynaklar sağlanmalıdır. Herkesin öğrenme tarzı farklı olduğundan görsel işitsel malzeme kullanmak özellikle grup eğitimi yapıldığında eğiticiye daha fazla kişiye ulaşma şansı verir. Eğitici uygulama sırasında bireylerin nasıl öğrendiği konusuna duyarlı olmalı, uygun eğitim yöntemlerini seçmeli, konu hakkında yeterli bilgi ve ilgiye sahip olmalıdır. Eğitim sırasında seçtiği kelimeler anlaşılır olmalıdır, önceden hazırlanan planları kullanma eğitimde hatırlatıcı olabilir, tekrar yapılarak öğrenilenler pekiştirilmeli, destek ve geri bildirim verilmelidir, eğitim yapan kişinin görünüşü, hareketleri de öğrenimi etkiler, eğitici bunlara da dikkat etmelidir (24,25).

Hasta Eğitiminde Değerlendirme

Eğitim, bir davranış değiştirme sürecidir. Söz konusu olan değişme, kuşkusuz, istenilen yönde ve doğrultudaki bir değişmedir (25). Değerlendirme, bu davranışların daha önce

belirlenmiş olan ölçütler doğrultusunda ne derece gerçekleştiğinin saptanması sürecidir. Değerlendirme bir karar verme sürecidir, bu yönüyle ölçmeden ayrılır. Değerlendirmede ölçme sonuçları, ölçütle karşılaştırılır ve sonucun, belirlenen koşulu karşılayıp karşılamadığına bakılır. Değerlendirme, ölçülen özelliğe ilişkin bir kararlar sonuçlanır (22,26). Hasta eğitiminde değerlendirme, öğretim sürecinin her aşamasında yer alır. Hastanın verilen eğitimi uygulayıp uygulamadığını tahmin etmek zor olduğundan sık sık tekrarlanır. Hemşire, öğretme-öğrenme sürecinin her aşamasını ve her ögesini sistematik ve sürekli olarak değerlendirmelidir. Amaç; elde edilen sonuçları, öğrenme hedefleri ile kıyaslayarak öğretimin etkinliğinin, aksaklıklarının ve yapılması gereken değişikliklerin neler olduğuna karar vermektir. Değerlendirmenin bir diğer amacı ise; hasta ve ailesinden alınan geri bildirimler yolu ile hemşirenin öğretimdeki performansını belirlemektir. Değerlendirme, hedeflere ulaşma derecesi ve hastanın ne kadar öğrendiği, bir sonraki eğitim basamağına hazır olup olmadığı konusunda bilgi verir. Sonuçlara göre, yeni öğretim stratejileri belirlenir. Eğitimiye ulaştığı hedeflere ilişkin geri bildirim sağladığından doyum ve motivasyon sağlar. Bu yönü ile eğitimiye daha iyi öğretme konusunda yönlendirir, öğretme gücünü artırır (27,28). Değerlendirme genel olarak; hasta ve ailesini, hemşireyi, öğretim strateji, yöntem, ortam, araç-gereç ve kaynakları kapsar. Eğitim sürecinde yer alan her öğeyi yakından ilgilendirmesine karşın, değerlendirmeye gereken özen gösterilmemektedir (8).

Hemşirelik sürecinin tüm aşamalarında olduğu gibi hasta eğitiminde de kayıtlar önemlidir. Hasta eğitimi genellikle informal olduğu için kayıt altına alınması oldukça güçtür. Ancak hasta eğitimi hemşirenin rol ve işlevleri içerisinde yer aldığı için, yapılan hasta eğitiminin tüm aşamalarının kayıt edilmesi gerekir (1,14).

Sonuç ve Öneriler

Hasta eğitimi etkinliklerinin eğitim hizmetleri yoluyla sürekli olarak geliştirilmesi zorunludur. Gerekli olan bu misyonun ülke sağlığındaki öneminin kavranması ilgili politika, yasa, standart ve düzenlemelerin hazırlanarak uygulanmalıdır. Bu standartlar sürekli değerlendirilip gerekli

düzenlemeler ve düzeltmeler yapılmalıdır. Sağlık hizmetlerinde en büyük gruba sahip olan ve hasta haklarını savunmaya temel değerleri arasında yer veren hemşireler ise, bu sürecin içinde etkin biçimde yer alarak profesyonel sorumluluklarını yerine getirmeli, değişmeli, değiştirmeli ve sürekli gelişmelidir.

İletişim: Dr. Nuriye Erbaş

E-posta: nerbas2006@gmail.com

Kaynaklar

1. Aktürk Z, Özer C, Şahin EM. Dağdeviren, N. Birinci Basamakta Hasta Eğitimi. Sted 2002; 11(1): 11-14
2. Özden M . Sağlık Eğitimi, Pozitif Tasarım Yayıncılık, Ankara, 2003.
3. Rankin SH, Stallings KD. Patient Education, Lippincott, 2001, New York, 2001.
4. Özkan S. Hasta Eğitiminde Hemşirenin Rolü. İçinde: I.Uluslararası ve V. Ulusal Hemşirelik Eğitimi Kongre Kitabı, 2001; 275-302
5. Tan M, Özdelikara A, Polat H. Hasta Öğrenim Gereksinimlerinin Belirlenmesi, F.N. Hem. Derg, 2013; 21 (1): 1-8
6. Başaran İE . Eğitim Psikolojisi, Nobel Yayıncılık, İstanbul, 2005.
7. Selçuk Z . Gelişim ve Öğrenme-Eğitim Psikolojisi, Nobel Yayıncılık, İstanbul, 2005
8. Taşocak, G. Hasta Eğitimi. İstanbul Üniversitesi Basım ve Yayınevi Müdürlüğü, 2003.
9. Hacıoğlu N. Hemşirelikte Öğretim Öğrenme ve Eğitim, Nobel Tıp Kitabevi, 1. Baskı, İstanbul, 2013.
10. Lacroix A, Assal JP. Hastaların Terapötik Eğitimi (Çeviri Editörü: Birgül Piyal, Ruhi Selçuk Tabak), Palme Yayıncılık, Ankara, 2003.
11. Öztürk M. Öğretimde Planlama ve Değerlendirme. Lisans Yayıncılık.2005.
12. Özvarış Ş. Sağlık Eğitimi ve Sağlığı Geliştirme. Hacettepe Halk Sağlığı Vakfı, Yayın No: 01/08, Ankara, 2001.
13. Kuzgun Y, Deryakulu D. Eğitimde Bireysel Farklılıklar. Nobel Yayınevi, Ankara, 2. Baskı.2006
14. Ocak G . Öğretim İlke ve Yöntemleri. Pegema Yayıncılık.2007.
15. Birol L. Hemşirelik Süreci. 4. Baskı, Etki Matbaacılık Yayıncılık, İzmir, 2004.
16. Bayat M. Öğretim Süreci ve Hemşirelik, Sağlık Bilimleri Dergisi (Journal of Health Sciences), 2005; 14 (Ek Sayı: Hemşirelik Özel Sayısı), 66-72.
17. Ünal S, Ada S. Eğitim Bilimine Giriş, Nobel Yayıncılık, İstanbul, 2007.
18. Yıldırım B, Özkahraman Ş. Critical Thinking in Nursing Process and Education ,International Journal of Humanities and Social Science, 2011a; 1(13): 257-262.
19. Özkahraman Ş, Yıldırım B. An Overview of Critical Thinking in Nursing and Education, American International Journal of Contemporary Research, 2011; 1(2): 190-196.
20. Yıldırım B, Özkahraman Ş. Critical Thinking Theory and Nursing Education. International Journal of Humanities and Social Science, 2011b; 1(17): 176-185.
21. Yıldırım B, Özkahraman Ş. Critical Thinking in Nursing and Learning Styles. International Journal of Humanities and Social Science, 2011c; 1(18): 127-133.
22. Şenyuva E, Taşocak G. Hemşirelerin Hasta Eğitimi Etkinlikleri ve Hasta Eğitim Süreci, İ. Ü.F.N. Hem. Derg, 2007;15(59) :100-106.
23. Bilen M . Plandan Uygulamaya Öğretim. Anı Yayınları. 2006.
24. Tekbaş F. Sağlık Eğitiminde Materyallerin Etkin Kullanımı, GATA Halk Sağlığı Anabilim Dalı Yayını. 2005.
25. Sönmez V. Öğretim İlke ve Yöntemleri. Anı Yayıncılık, 2. Baskı, Ankara, 2007.
26. Young LE, Paterson BL. Teaching Nursing. Lippincott Williams & Wilkins, 2007
27. Tabak RS. Sağlık Eğitimi, Somgür Yayıncılık, Ankara, 2000.
28. Demirel Ö. Planlamadan Değerlendirmeye Öğretme Sanatı. Pegem Yayıncılık, 5. Baskı, Ankara, 2013.



Dr. Şükran Gülin Evinç¹

Geliş/Received : 31.08.2018
Kabul/Accepted : 08.10.2018

Öz

Çocuğa verilen değer arttıkça hem ebeveynler hem uzmanlar çocuk yetiştirme stilleri üzerinde daha çok düşünmeye başlamıştır. Yazında en çok kabul edilen haliyle çocuğa karşı kötü muamele çocuğun optimal gelişimini engelleyen, yavaşlatan herhangi bir eylem ya da eylemsizliktir. Çocuk ihmal ve istismarının sıklığına ilişkin bildirilen oranlar çalışmalarda esas alınan tanımlara göre değişmektedir. Bununla birlikte özellikle fiziksel disiplinin çocuk yetiştirme yöntemi olarak kabul gördüğü kültürlerde çocuğun fiziksel kötüye kullanımı/istismarının sık görüldüğü öngörülmektedir. Her ne kadar anne babalar fiziksel disiplin kullanırken çocuklarını istismar etme niyetinde olmasalar da fiziksel disiplin ile istismar arasında çok ince bir çizgi olduğu ve fiziksel disiplinin sıklıkla fiziksel istismarla sonuçlandığı bilinmektedir. Günümüzde yapılan çalışmalar, fiziksel istismarın, ağır sağlık sorunları ve ölüm riskinin yanı sıra, yaşam boyu kişinin işlevselliğini olumsuz etkileyen psikolojik sorunlara da yol açabildiğini bu nedenle erken dönemde ele alınmasında yarar olduğunu göstermektedir. Bu yazıda fiziksel istismarın risk etkenleri ve çocuk üzerindeki ruhsal etkileri anlatılacaktır.

Anahtar sözcükler: Çocuk, Fiziksel istismar, Kötü muamele

Abstract

As value attached to the child increases both parents and experts have started to think more about ways of raising children. In its most widely adopted definition in literature, child maltreatment is any action or inaction preventing or slowing down child's optimal development. Data on the prevalence of child neglect and abuse vary by definitions adopted in relevant surveys. Nevertheless, it is established that physical abuse of children is more prevalent especially in cultures where physical disciplining is adopted as way of raising children. Even when parents do not intend to abuse their children while resorting to physical methods of discipline, it is known that there is very thin line between this form of discipline and abuse and physical methods of discipline frequently leads to physical abuse. Studies conducted lately suggest that physical abuse may lead to life-long psychological problems besides serious health problems and risk of death and thus the problem must be addressed in early years. The article exposes risk factors associated with physical abuse and its emotional effects on children.

Key words: Child, physical abuse, maltreatment

Fiziksel İstismar

18 yaşının altındaki bir çocuğa kendinden büyük biri tarafından bilerek verilen fiziksel zarara fiziksel istismar denilmektedir. Amerikan sağlık hizmetleri birimi 2012'de 1000 çocuktan 9'unun kötü muameleye maruz kaldığını bildirmiştir (1). Benzer biçimde Türkiye'de bu alanda yapılan bir çalışmada Hacettepe Üniversitesi'nde istismar riski açısından değerlendirilen 0-17 yaş arası çocukların %9'unun fiziksel istismara uğradığı belirtilmiştir (2).

Çocuk ihmal ve istismarında risk etmenlerini tanımlamak amacıyla istismar edenin, istismara uğrayanın ve istismarın gerçekleştiği ortamın özelliklerini daha iyi anlamak için araştırmacılar çeşitli kategorizasyonlar yapmışlardır. Bunlardan en bilineni Bronfenbrenner'in modelidir (3). Bronfenbrenner risk etmenlerini dört düzeyde tanımlamıştır; mikrosistem (içinde bulunulan ortam), mezosistem (ortamlar arası ilişkiler), ekzosistem (daha geniş sosyal sistem), ve makrosistem (ideolojik ve kurumsal sistemler). Mikro sistem, çocuk, ebeveyn, aile ve içlerinde buldukları koşulları, mezosistem mikro sistemde sayılan çocuk, aile, ebeveyn faktörlerinin birbiriyle ilişkisini, ekzosistem içinde bulunulan toplumun koşullarını ve toplumsal etkenleri, makrosistem kabul edilen ideoloji ve kültürel etkenleri içerir. Sonuç olarak; kültürel etkenler ve kültürel olarak kabul edilen disiplin tutumları, ebeveyn özellikleri (geçmiş ve süregiden yaşantılarını da kapsayarak) ve çocuk özellikleri risk etmeni olabilmektedir.

Fiziksel istismarın tanınması ve tanımlanmasında kültürün çok önemli rolü vardır. Bazı kültürlerde her tür bedensel ceza fiziksel istismar olarak kabul edilirken bazıları kalıcı ya da yaşamı tehdit edici etkisi olmayan bedensel cezaları disiplin yöntemi olarak kabul edebilmektedir. Bedensel cezalandırmanın disiplin yöntemi olarak kabul gördüğü kültürlerde istismar riskinin arttığı unutulmamalı ancak yukarıda sözü geçen nedenlerle fiziksel istismar kavramı ebeveynin ait olduğu kültür göz önünde tutularak kullanılmalıdır. Son yıllarda fiziksel cezanın etkinliğine inanan ve bu ceza türünü cezayı onaylayan ebeveynlerin bunu kullanma olasılıklarının daha yüksek olduğu gösterilmiştir (4,5) Ebeveynler başta daha hafif fiziksel cezalar verse de fiziksel cezanın aile ortamında kabul

görmesi zamanla fiziksel istismara dönüşmesine yol açabilir nitekim araştırmalar duygusal ve fiziksel cezanın zamanla daha az etkili olmaya başladığını ve etkinliğini yitirdikçe şiddetinin arttığını göstermektedir. Ayrıca fiziksel istismarla büyüyen bir gencin öğrendiği anne babalık stili ve sorun çözme yöntemi de şiddet olacaktır ki bu durum da nesiller arası aktarım yoluyla istismarın sürmesini destekler.

Tüm bunlarla birlikte, nesiller arası aktarılan bu yöntem anlık olarak istenmeyen davranışı sonlandırır da gerçekte uygun davranışın öğrenilmesini sağlamaz. Çalışmalar çocukların bedensel cezalandırmanın nedenini doğru yordayamadığı ya da hatırlayamadığı için bu cezalandırma türünün doğru davranışı öğrenmelerini sağlamadığını, bu çocukların sorun çözme yöntemi olarak fiziksel şiddet kullanmaya başlamasına yol açabildiğini göstermektedir.

Fiziksel istismarı daha iyi tanımak ve istismarı gerçekleştirdiği ailelere daha uygun müdahaleleri belirlemek için bu ailelerin özelliklerini de iyi anlamak gereklidir. Fiziksel istismarın ev ortamında büyük stres zamanlarında ortaya çıkma olasılığı yüksektir. Çalışmalar daha genç yaştaki, daha düşük eğitim düzeyine sahip ebeveynlerin fiziksel istismara eğiliminin daha yüksek olduğunu göstermektedir. Yirmi yaşından genç anne olma, evli olmama, 3 ya da daha fazla çocuk sahibi olma, 5 yaş öncesi 1'den fazla çocuk sahibi olma, gebeliği süresince sigara kullanımı fiziksel istismar için yordayıcı olarak bildirilmiştir. Ev içi şiddet bir diğer önemli risk etmenidir. Ev içi şiddette çocuklar fiziksel istismara doğrudan ya da dolaylı olarak maruz kalmaktadır. Eşler arası şiddete tanık olma ve beraberinde şiddete maruz kalma oranı oldukça yüksektir. Ev içi şiddet ebeveynlik becerilerini olumsuz etkilemekte ve çocuğun temel gereksinimlerinin karşılanma olasılığını azaltmaktadır. Ev içi şiddet ve eş zamanlı çocuk istismarı %30-60 olarak bildirilmiştir. Sosyal çevresi kısıtlı, sosyal desteği zayıf olan ebeveynlerin de fiziksel istismar uygulama oranlarının daha yüksek olduğu görülmektedir. Buna ek olarak işsiz kalmanın, düşük gelirin ebeveynin istismarla ilgili farkındalığının düşük olmasının da istismar riskini artırdığı bilinmektedir. Ayrıca ebeveynin zihinsel ve fiziksel sağlık sorunlarının olmasının da istismara yakınlıkla ilişkili olduğu gösterilmiştir (6).

Sağlık sorununa ek olarak ebeveynlerin bazı bilişsel becerileri de fiziksel istismarla ilişkili gösterilmiştir. Örneğin; ebeveynlerle yapılan bir çalışma duygu tanıma becerisi daha zayıf olan babaların çocuklarına fiziksel şiddet uygulama risklerinin daha yüksek olduğunu göstermiştir. Benzer biçimde empati yapma becerisi de ebeveynlik tutumları üzerinde etkilidir. Empati becerisi düşük olan ebeveynler çocuklarının olumsuz davranışları olduğundan daha kötü ve kasıtlı algılamakta ve uyguladıkları fiziksel cezanın çocukları üzerinde nasıl bir etki yarattığını anlayamamaktadır. Bu nedenle empati yapmakta zorlanan ebeveynler fiziksel istismara da daha yatkın olabilmektedir. Düşük duygu tanıma ve empati becerisine ek olarak ebeveynin psikopatolojisinin olması, stresli bir yaşamının olması istismara yatkınlığını artırmaktadır. Çocukluğunda fiziksel ya da cinsel istismar olması ise annelerin kendi ebeveynlik becerilerini yetersiz algılamalarına ve istismar içeren disiplin tutumlarının onaylamalarına yol açabilmektedir (7,8).

Ebeveynlerin özellikleri gibi hangi çocukların daha fazla risk altında olduğunu belirlemek için istismar riskini artıran çocuklar özelliklerini de anlamak önemlidir. Bebeklik ve erken çocukluk döneminde (6 yaş öncesi) çocukların ebeveynlerine bağımlı olması, savunmasız olmaları ve incinebilirliklerinin yüksek olması nedeniyle ebeveynleri tarafından istismar edilme olasılıkları daha yüksektir ve istismara bağlı yaralanma ve ölümler bu yaş grubunda artmaktadır. İstismara uğrayan çocukların yaş grupları incelendiğinde en büyük kısmını 0-3 yaş grubunun oluşturduğu görülmektedir (9). Bu çocuklardan en çok küçük yaş grubunun kötü muamele nedeniyle yarandığı ya da öldüğü bildirilmiştir. Dört yaş altı çocukların %77'sinin bir tür istismara bağlı olarak öldüğü görülmüştür. Çalışmalar yaşa ek olarak gelişimsel geriliği-bozukluğu olan, fiziksel engelinin bulunan daha agresif, karşı gelici, daha sık davranış sorunları sergileyen çocukların diğerlerine kıyasla daha yüksek oranda istismara maruz kaldığını göstermektedir. Davranış sorunları ve agresyon istismarı tetikleyebileceği gibi istismarın sonucu olarak da ortaya çıkabilir. Belsky'nin (1980) belirttiği gibi çocuğun özellikleri ebeveynin bu yöndeki tutumuyla eşleştiği zaman istismarı yordar (10).

Fiziksel İstismarın Çocuklardaki Ruhsal Sonuçları

Çocuk istismarı duygusal ve davranışsal sorunlara yol açabilmektedir çünkü çocuğun kendisi, etrafındaki kişiler ve dünya hakkındaki algısını bozmakta ve baş etme becerilerini olumsuz etkilemektedir. Fiziksel istismara uğramak değersizlik, çaresizlik, yetersizlik hissine yol açabilir ve kişinin çevresini olduğundan daha tehlikeli algılamasına neden olabilir. Yapılan çalışmalar düşük benlik saygısı, öğrenilmiş çaresizlik, depresyon ve intihar eğilimi görülme sıklığının istismara uğrayan çocuklarda daha yüksek olduğunu göstermektedir. Bu çocuklarda saldırgan davranışlara eğilim, yaşıt ilişkisinde sorunlar yaşama, okul devamsızlığının fazla olması, erken dönemde okulu bırakma, sosyal içe çekilme ve kaygı bozukluğu sıklıkla görülmektedir.

İstismarın uzun dönemde de çok ciddi sorunlara yol açabildiği bilinmektedir. Medley ve Sacs-Ericsonn (2013) kendi çocukluğunda istismara uğrayan kişilerin içselleştirme ve dışsallaştırma bozukluğu geliştirmeye daha yatkın olduklarını ve dolayısı ile bu kişilerin ebeveyn olduklarında kendi çocuklarını istismar etme risklerinin yüksek olduğunu ileri sürmüştür (11). Psikopatoloji açısından bakıldığında yeme bozuklukları, kişilik bozuklukları, istismarcı olma ve yeniden kurban olma davranışı, depresyon ve kaygı bozuklukları, travma sonrası stres bozukluğu gibi tanıların da çocukluğunda istismara uğrayan kişilerde daha sık görüldüğü bildirilmektedir. Uyku bozukluklarının çocukluk istismarıyla ilişkisini araştıran bir çalışma ise olumsuz çocukluk yaşantılarının 10 yıl sonraki uyku bozukluklarıyla ilişkili olduğunu göstermiştir.

Fiziksel istismarda çocuğun ebeveyniyle bağlanma örüntüsü güvensiz ve kaçınan, kaygılı ya da düzensiz bağlanma şeklinde karşımıza çıkabilmektedir (12). Fiziksel istismara uğrayan daha büyük çocuklar ebeveynin olumsuz davranışlarını önceden öngörebildikleri için kendilerini koruyabilmektedir. Ancak bebek ve küçük çocuklar ebeveyninden gelecek zararın ne zaman geleceğini öngöremedikleri için sürekli tetikte olma ve aşırı kaygılanma sıklıkla tabloya eşlik etmektedir. Bu durum irritabilite, regresif davranışlar, uyku bozuklukları, yalnız kalmaktan korkma gibi belirtilere neden olabilmektedir. Çocuklar zamanla fiziksel istismara uyum sağlamak ve bilişsel olarak dünyayı tehlikeli bir

yer olarak algılamaya başlamaktadır. Çok küçük tehlikeleri bile tehdit olarak algılamakta ve korunma ihtiyacı duymaktadırlar. Fiziksel istismar bu çocukların sosyal bilgileri işlemelerinin yanlı gelişmesine neden olabilmekte ve başkalarının niyetleri hakkında düşmanca atıf yapmalarına buna bağlı olarak misilleme davranışına daha çok girmelerine ve ilişkilerinde agresif davranışlara neden olmaktadır (13).

Bununla uyumlu olarak fiziksel istismara uğradığını bildiren kişilerin daha yüksek oranda öfke kontrol sorunu yaşadığı, daha sıklıkla suçla karıştıkları gösterilmektedir. Yapılan çalışmalar belirsiz bir sahne gösterildiğinde gençliğinde fiziksel istismara uğramış kişilerin uğramamış kişilere kıyasla sahneyi daha yüksek oranda şiddet içerikli yorumladıklarını göstermektedir. Bu kişiler erişkinlikte dünyayı diğer insanlara kıyasla daha tehlikeli algıladıkları için kaygı bozukluklarına meyilli olabildikleri gibi sürekli kendilerini koruma ihtiyacı hissettikleri için daha yüksek oranda saldırgan tutum sergileyebilmektedirler.

Genellikle cinsel istismara uğrayan çocuğun tekrar cinsel istismara maruz kalma riskinin, fiziksel istismara maruz kalan çocukların ise ileriki yaşamlarında tekrar fiziksel istismara uğrama risklerinin yüksek olduğu düşünülür. Ancak araştırmalar herhangi bir istismar türüne maruz kalan çocukların erişkinlikte tüm diğer istismar türleri açısından risk altında olduğunu göstermektedir. Örneğin çocukluğunda babasının fiziksel istismarına uğrayan kızların bu tarzda bir kötü muameleye uğramayan kızlara göre ergenlikte ve erişkinlikte erkek arkadaşları ya da eşlerinin cinsel tacizine maruz kaldıkları gösterilmiştir. Bu durumun olası sebebi tüm istismar türlerinin benzer biçimde kişinin yaşama, çevresine ve dünyaya olan güvenini sarsması olduğu düşünülebilir. Tüm bunlar göz önünde tutulduğunda fiziksel istismar, duygusal ve cinsel istismar gibi kişinin tüm yaşamını etkileyebilecek ruhsal sorunlara yol açabilir, erişkinlikte tekrarlayan travmalara maruz kalmasına neden olabilir. Bu nedenlerle fiziksel istismarın önlenmesi, fark edilmesi ve fark edildiği durumda istismara uğrayan çocuğun en kısa zamanda ruhsal tedavisinin planlanması önemlidir.



Erişim adresi: <http://www.asianage.com/discourse/121117/parental-neglect-emotional-physical-abuse-can-have-a-life-long-impact-on-kids.html>

Özetle; fiziksel istismar oranları tüm dünyada göz ardı edilemeyecek kadar yüksektir. Yeterince tanınmadığı kültürlerde daha sık uygulanması, çok sayıda olumsuz sonucu olması nedeniyle bu konunun ele alınması çok önemlidir. Koruyucu önlemler ve uygun müdahaleleri belirleyebilmek için hangi ebeveynlerin daha riskli ve hangi çocukların daha fazla risk altında olduğunu anlamak önemli görünmektedir. Çalışmalar psikolojik sıkıntılar yaşayan, empati becerisi zayıf, sosyal desteği düşük, stres etkenleri yüksek ebeveynler tarafından daha sıklıkla fiziksel istismar uyguladığını davranış sorunu, fiziksel ya da zihinsel engeli olan çocukların daha yüksek oranda fiziksel istismar uğradığını göstermektedir.

Buna ek olarak kültürün çocuğa, ebeveyne ve disiplin tutumlarına yaklaşımı da bedensel ceza içeren bir hareketin istismar olarak algılanmasında ve dolayısıyla fiziksel istismarın uygulanmasında önemli role sahiptir. Buna bağlı olarak fiziksel istismar içinde bulunan kültür, ebeveynin özellikleri ve çocuğun özellikleri göz önünde bulundurularak değerlendirilmelidir. Çocuk istismarının kısa ve uzun dönemde çok sayıda olumsuz sonucu olduğu bilinmektedir. Çocukluğunda fiziksel istismara uğrayan kişinin erişkinlikte çeşitli psikopatolojiler sergileyebildiği, çevresine ve kendi çocuğuna da fiziksel olarak şiddet uygulayabildiği ya da kendisinin tekrarlayan travmalara maruz kalabildiği çalışmalarca gösterilmektedir. Bu nedenlerle fiziksel istismarın psikolojik etkileri iyi bilinmesi ve istismar fark edildiği zaman en kısa sürede çocuğun o dönemde görülen ya da ileride çıkabilecek psikolojik sorunları açısından tedavi planının yapılması oldukça önemlidir.

İletişim: Dr. Şükran Gülin Evinç

E-posta: gulinevinc@gmail.com

Kaynaklar

1. U.S. Department of Health and Human Services, Administration for Children and Families, Administration on Children, Youth and Families, & Children's Bureau. Child maltreatment 2011. Washington; 2012.
2. Foto-Özdemir D, Özmert E, Balseven-Odabaşı A, Evinç ŞG, Tekşam Ö, Gökler B. ve ark. The Analysis of Child Abuse and Neglect Cases Assessed by A Multidisciplinary Study Group Between 2005–2008. Turk J Pediatr, 2012; 54: 333-343.
3. Bronfenbrenner U. Toward an experimental ecology of human development. Am Psychol, 1977; 32: 513-530.
4. Evinç ŞG, Gençöz T, Foto-Özdemir D, Akdemir D, Karadağ F, Ünal F (2014) Child maltreatment and associated factors among children with ADHD: A comparative study. Turk J Pediatr, 2014; 56 (1): 11-22.
5. Evinç ŞG, Foto Özdemir D. Risk and Consequences of Child Abuse in Attention Deficit Hyperactivity Disorder. Psikiyatride Guncel Yaklasimler - Current Approaches in Psychiatry, 2015; 7 (2): 166-177.
6. Legano L, McHugh MT, Palusci VJ. Child abuse and neglect. Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care 2009; 39: 31.e1-31.e26
7. Perez-albeniz A de Paul J. Gender differences in empathy in parents at high- and low-risk of child physical abuse. Child abuse & neglect, 2003; 28 (3): 289-300.
8. Triguero Veloz Teixeira MC, de Freitas Marino RL, Rodrigues Carreiro LR. Associations between Inadequate Parenting Practices and Behavioral Problems in Children and Adolescents with Attention Deficit Hyperactivity Disorder. The Scientific World Journal. 2015;683062. doi:10.1155/2015/683062.
9. U.S. Department of Health and Human Services, Administration on Children, Youth, and Families. Child maltreatment 2005. Washington, DC: U.S. Government Printing Office, 2007.
10. Belsky J. 'Child maltreatment: an ecological integration', Am Psychol, 1980; 35 (4): 320-335.
11. Medley A, Sacs-Ericson N Predictors of parental physical abuse: The contribution of internalizing and externalizing disorders and childhood experiences of abuse J Affect Disord., 2013; 113(3): 244–254.
12. Barnett D, Ganiban J, Cicchetti D. Maltreatment, negative expressivity, and the development of Type D attachments from 12 to 24 months of age. Monographs of the Society for Research in Child Development; 64: 97–118.
13. Lansford JE; Miller-Johnson S; Berlin LJ; Dodge KA; Bates JE; Pettit GS Early Physical Abuse and Later Violent Delinquency: A Prospective Longitudinal Study Child Maltreatment, 2007; 12(3): 233-245.



*Dr. Gamze Öztürk¹, Dr. Gökhan Yılmaz¹, Dr. Hülya Eyigör¹, Dr. Mustafa Deniz Yılmaz¹,
Dr. Üstün Osma¹, Dr. Ömer Tarık Selçuk¹, Dr. Tuba Kartal²*

Geliş/Received : 29.12.2017
Kabul/Accepted : 07.04.2018

Öz

Fasiyal vasküler lezyonlar grubunda pek çok lezyon yer alır. Bu lezyonların yaş gruplarına göre görülme sıklığı değişir. Pediatrik yaş grubunda infantil hemanjiyomlar ve porto şarabı lekesi gibi konjenital vasküler anomaliler ön plana çıkmaktadır. Hemanjiyomlar çocukluk çağında en sık görülen konjenital anomalilerdir. Hemanjiyomlar iyi vaskülarize olmuş, yumuşak, sünger kıvamında olan benign tümöral oluşumlardır. Yaklaşık %80'i parotiste, %18'i submandibuler bezde ve %2'si sublingual ve minör grup bezlerde gözlenmiştir. Kliniğimize sağ parotis bölgesinde yaklaşık 3x4 cm şişlik yakınması ile başvuran ve ultrason raporunda hemanjiyom ile uyumlu kitle rapor edilen 7 günlük yenidoğan klinik bulgular ile sunulmuştur.

Anahtar sözcükler: Hemanjiyom, Parotis, Infantil

Abstarct

Many lesions can be observed in the group of facial vascular lesions. The incidence of these lesions varies by age groups. Infantile haemangioma and congenital vascular anomalies like port-wine stain come to the fore in paediatric age group. Haemangioma constitute the most frequently observed congenital anomalies in childhood. Haemangiomas are well-vascularized, soft, sponge-like benign tumours. About 80% of relevant cases are observed in parotid, 18% in submandibular gland, and 2% in sublingual and minor group glands. The article presents clinic findings related to a one week old baby having a swelling of size 3x4 cm on right parotid region and whose ultrasonography reported the existence of a mass suggesting haemangioma.

Key words: Haemangioma, Parotid, Infantile

1 Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kulak Burun Boğaz AD, Antalya

2 Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Radyoloji AD, Antalya

Giriş

Anjiyomlar çocukluk çağında sık rastlanan damarsal kökenli tümörlerdir. Histolojik yapılarına göre hemanjiyom, lenfanjiyom ve hemanjiyoperisitom gibi gruplara ayrılabilirler. Hemanjiyomlar, iyi vaskülarize, yumuşak yapıda, sünger kıvamında bası ile küçülen bası kalktığında eski haline gelen tümöral oluşumlardır. İlk dekadın en sık rastlanan tümörlerindedir ve ayrıca çocukluk çağında en sık görülen tükürük bezi tümörleridir (1). 7 günlük yenidoğan sağ parotis bölgesinde bulunan 3x4 cm lik hemanjiyom ile uyumlu kitle nedeniyle klinik bulgular eşliğinde sunulmuştur.

Olgu Sunumu

Yedi günlük yenidoğan hasta kliniğimize sağ kulak önünde ciltten kabarık, mor renkli bir şişlik şikayeti ile başvurdu. Fizik muayenede sağ parotis bölgesinde 3x4 cm yumuşak kıvamlı kitle mevcuttu. Diğer Kulak Burun Boğaz muayeneleri olağandı. Yapılan yüzeyel doku ultrasonografide 19x6 mm, doppler incelemede belirgin vasküler sinyal alınan izoekoik heterojen yapıda lezyon izlendi. Bu bulgular ile parotis bölgesi hemanjiyomu tanısı aldı. Ailesine bu durumun genelde geçici olduğu anlatılarak takip önerildi. Takiplerinde kitlenin rengi ve boyutunda değişiklik gözlenmedi. Hasta rutin Kulak Burun Boğaz poliklinik takibine alındı.

Tartışma

Hemanjiyom çocuklarda genellikle doğumla birlikte görülür. Erişkinlerde oldukça nadirdir. Kız çocuklarda erkek çocuklardan daha sıktır. Çocuklarda mavi-mor bir kitle olarak görülür. Sıklıkla 6ay ve 5 yaş arasında kendiliğinden kaybolabilir. Çoğunlukla baş ve boyun bölgesinde, daha nadir olarak ise gövdede ve ekstremitelerde yer alırlar (2). Tükürük bezlerinde yaklaşık %80'i parotiste, %18'i submandibuler bezde ve %2'si sublingual ve minör grup bezlerde gözlenir (1). Bizim hastamızda parotis bölgesinde bulunmaktaydı. Hemanjiomlar, baş ve boyun bölgesinde ise en sık kutanöz, subglottik ve parotis hemanjiomları olarak görülür (2). İnfantil hemanjiomlar asemptomatik olabilir, fonksiyon kaybına neden olabilir, nadiren de hayatı tehdit edici komplikasyonlara yol açabilir. Subglottik ve trakeal infantil hemanjiomlar hayatı tehdit edici tümörlerdir.



Resim Sağ parotis bölgesinde hemanjiyom

Baş ve boyunda yer alan kutanöz hemanjiomlar ise hastamızda olduğu gibi estetik sorunlara yol açabilir (3). Hemanjiyomlar genelde kendiliğinden gerilerler fakat bazen kanama, hematoma, trombositopeni ve hava yolu tıkanıklığı

yapabilirler. Bu gibi durumlarda acil tedavi gerektirirler (4). Tükürük bezi hemanjiyomlarında çoğunlukla tedavi önerilmez, kitlenin yaşla beraber spontan regresyona uğrayacağı genel kanıdır. Bizde hastamıza takip önerildi ve takiplerde kitle boyutunda büyüme saptanmadı. Ancak kitlenin hızlı büyüdüğü veya yeri itibarıyla hastanın morbiditesini arttırdığı durumlarda tedavi önerilir. Tedavisinde medikal ve cerrahi tedavi seçenekleri bulunmaktadır (1). Medikal tedavinin amacı tümör boyutunda küçülmeyi sağlamaktır. Kortikosteroidler, interferon alfa, vinkristin, siklofosfamid ve propranolol medikal tedavi seçenekleri arasında yer alır. Hava yolu tıkanıklığına neden olan subglottik ve trakeal hemanjiomlarda lokal steroid enjeksiyonu, endoskopik ya da açık cerrahi, lazer tedavisi ve trakeotomi gibi daha invaziv tedaviler kullanılmaktadır. Oral steroidler ilk seçenek olarak tercih edilse de bu ilaçların Cushing sendromu, büyüme gelişme geriliği, arteriyel hipertansiyon, kardiyomyopati, immunsupresyon ve enfeksiyona eğilim oluşturma gibi ciddi yan etkileri bulunmaktadır. İnterferon-alfa, vinkristin ve siklofosfamid gibi ajanların ise ciddi toksik etkileri mevcuttur (3). Son zamanlarda yapılan araştırmalar, infantil hemanjiyom için bir beta bloker olan Propranolol'ün özellikle tümörün proliferasyon fazında, önceki tedavi seçeneklerinden daha etkili ve daha az yan etkiye sahip bir tedavi olduğunu göstermiştir (4).

Sonuç

Hemanjiyomlar çocukluk çağında en sık görülen tümöral oluşumlardır. Sıklıkla kendiliğinden gerilemektedirler. Çoğunlukla asemptomatiklerdir. Ancak kozmetik sıkıntı yaratan, hayatı tehdit etmeyip organ işlev kaybına yer açabilecek olanlar (gözde pupil önünü kapatarak görmeyi engelleyen, dilde konuşma bozukluğuna yola açan vb.) ya da hayatı tehdit edici komplikasyonlara neden olabilecek hemanjiyomlar tedavi edilmelidirler.

İletişim: Dr. Gamze Öztürk

E-posta: gambu_9199@hotmail.com

Kaynaklar

1. Haytoğlu S, Kuran G, Kadıköylü S, Dengiz R, Arıkan OK; Boyunda Kitle Olarak Dev Submandibular Kavernöz Hemanjiyom: Olgu Sunumu; Adana Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıp Dergisi; 2013;1 (1):41-44
2. Doğan R, Korkut AY, Eren SB; Intramasseter hemanjiom; Türk Otolarengoloji Arşivi Cilt 50, Sayı 3; 2012
3. Torun YA, Ergül AB, Dursun İ; Propranolol infantil hemanjiomda birinci basamak tedavisi olarak kullanılabilir mi; Dicle Tıp Dergisi; 2011;38 (1): 95-97
4. Akduman D, Solmaz F, Haksever M, Döner F; Yutma Ve Konuşma Güçlüğüne Neden Olan Dilde Dev Bir Hemanjiyom; Entcase; 2015;1:57



Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi (STED), Türk Tabipleri Birliği'nce birinci basamak sağlık hizmeti veren hekimlerin bilgi ve becerilerinin yenilenmesi ve geliştirilmesi amacıyla iki ayda bir yayımlanan bilimsel, hakemli bir dergi olup 2005-2007 arasında TÜBİTAK Türk Tıp Dizini'nde yer aldı. STED, 2012 yılı başında yeniden TÜBİTAK Türk Tıp Dizini'ne girdi. STED'de birinci basamağın çalışma alanına giren konularda yapılmış araştırma yazıları, derlemeler, olgu sunumları yayımlanır.

Yayımlanacak makalelerde aranan özellikler:

- Yazılar daha önce başka yerde yayımlanmamış olmalıdır. Konuların işleme biçimi sorun çözümüne yönelik olmalıdır. Yazılarda yalın, anlaşılır Türkçe kullanılmalıdır. Kapsayıcı ve insancıl bir dil kullanılmalı, cinsel ya da ırksal yan tutmadan kaçınılmalıdır.

- Yazılar birinci basamak sağlık hizmetine katkı sağlayacak nitelikte olmalı; konuların en sık rastlanan sorunlara yönelik olmasına, hastalıkların en çok görülen biçim ve yönlerinin vurgulanmasına özen gösterilmelidir.

- Etik kurul kararı gerektiren klinik ve deneysel çalışmalar için ayrı etik kurul kararı alınmış olmalı, kararlar metin içinde belirtilmeli ve belgelendirilmelidir. Ulusal ve uluslararası geçerli etik kurallara uyulmalıdır (Bakınız, www.ulakbim.gov.tr). Sözü edilen özellikte çalışmalar, etik onaylar olmadan değerlendirmeye alınmayacaktır.

- Makale, aşağıda belirtilen bölümlerden oluşmalıdır:

1. Başlık Sayfası: Bu sayfada bulunması gerekenler:

- **Başlık:** Kısa (en fazla 90 karakter), yeterince bilgi verici ve ilgi çekici olmalıdır.

- **Yazarlar:** Her yazarın akademik derecesi, çalıştığı kuruluş, iletişim bilgileri, eposta adresi, adı soyadı ve ORCID numarası (<https://orcid.org/>) belirtilmelidir. Yazar sayısı birden fazla ise, altı yazara dek adları yazılmalı, altıncıdan sonraki yazarlar "ve ark." biçiminde belirtilmelidir.

- Metinle ilgili yazışmadan sorumlu yazarın adı, e-posta ve açık adresi, mali destek ve diğer kaynaklar, ana metnin sözcük sayısı, şekil ve tabloların sayısı belirtilmelidir.

2. Öz (Abstract) ve Anahtar Sözcükler: İkinci sayfada yer alacak öz ve İngilizce özet, çalışmanın ya da araştırmanın amaçları, temel işlemler, başlıca bulgular ve varılan sonuçlar bulunmalıdır. Öz ve İngilizce özet 150-175 sözcükten oluşabilir. İngilizce özet özün aynen çevirisi olmalıdır.

Özün altında üç ile 10 anahtar sözcük yer almalıdır. Anahtar sözcüklerin, Index Medicus'un Medical Subjects Headings (MeSH) başlığı altındaki "Tıbbi Konu Başlıkları" terimlerinden seçilmesi gerekmektedir. Türkçe anahtar sözcükler için, bu amaçla hazırlanmış MeSH - Medical Subject Headings terimlerinin Türkçe karşılıklarını içeren anahtar sözcükler dizini olan Türkiye Bilim Terimleri kullanılmalıdır. (<http://www.bilimterimleri.com>)

3. Giriş: Bu bölümde, makale ile ilgili önbilgiler, amaç, gerekçe belirtilmelidir.

4. Gereç ve Yöntem: Bu bölümde çalışmanın gereç ve yöntemi ayrıntılı olarak yer almalıdır. Yöntemler için kaynak gösteriniz. Yeni olan yöntemleri tanımlayınız. Etik kurallara uyum konusunda yapılan işleri ve uyulan belgeleri belirtiniz. Kullanılan istatistik yöntemlerini, bilgisayar programını ayrıntılı olarak açıklayınız.

5. Sonuçlar: Bulguları metin, tablo ve şekiller üzerinde gösteriniz. Metin içinde önemli verileri vurgulayıp özetleyiniz. Teknik ayrıntılar ek olarak verilebilir. Bulguları, sayı ve yüzde olarak belirtiniz.

6. Tartışma: Çalışmanın yeni ve önemli yönlerini ve çıkan sonuçları vurgulayınız. Bulguların ne anlama geldiğine ve bunların sınırlarına yer verilmelidir. Sonuçların amaçlarla bağlantısı kurulmalıdır. Verilerin tam olarak desteklemediği sonuç ve açıklamalardan kaçınılmalıdır. Öneriler de bu bölümde yer alabilir.

7. Teşekkür: Çalışmaya katkıda bulunanlara, teknik yardımcı olanlara, mali ve gereçsel destek verenlere teşekkür edilen bölümdür.

8. Kaynaklar: Kullanılan kaynakların yeni ve aktarılan bilgileri güncel olmasına dikkat edilmelidir. Kaynakları ana metinde ilk geçtikleri sıraya göre numaralayınız. Ana metin, tablolar ve alt

yazılardaki kaynakları rakamlarla (1,2,4-7) belirtiniz. Dergi adları, Index Medicus'ta kullanıldığı biçimde kısaltılmalıdır. "Yayımlanmamış gözlemler" ve "kişisel görüşmeler" kaynak olarak kullanılamaz. En fazla otuz (30) kaynak kullanılabilir.

Kaynaklar aşağıda gösterildiği gibi yazılmalıdır.

Tipik dergi makalesi: Vega KJ, Pina I. Heart transplantation is associated with an increased risk for pancreatobiliary disease. Ann Intern Med 1996;124:980-3. ya da 1996 Jun 1;124(11):980-3.

Kitap: Ringsven MK, Bond D. Gerontology and leadership skills for nurses. 2nd ed. Albany: Delmar Publishers;1966.

Kitap bölümü: Murray IL. Care of the elderly. In: Taylor RB, ed. Family medicine: principles and practice. 3rd ed. New York: Springer - Verlag;1988. p.521-32.

Web Sitesi: Clinical evidence on tinnitus. BMS Publishing group. Accessed November 12, 2003, at <http://www.clinicalevidence.com>

9. Tablolar: Tablolara ana metin içinde ilk geçtikleri sıraya göre numara veriniz. Her tablonun bir başlığı olmalıdır. Tablonun her sütununa kısa ya da kısaltılmış bir başlık koyunuz. Kullanılan standart dışı kısaltmalar ve açıklayıcı bilgileri dipnotta veriniz. Dipnotlar için sırayla kullanılacak simgeler: *, †, §.

Tablo içinde yatay ve dikey çizgi kullanılmamalı, başka bir kaynağın verileri kullanılıyorsa izin alınmalı ve bu durum belirtilmelidir.

10. Şekiller ve Fotoğraflar: Fotoğraf, şekiller ana metinde ilk değindikleri sıraya göre numaralandırılmalıdır. Başka yerde yayımlanmış şekiller için kaynak belirtilmelidir.

Yazılarda Uygulanacak Biçimsel Özellikler Kılavuzu

1. Sayfa numaraları: Sayfalara başlık sayfasından başlayarak, sırayla numara verilmeli, sayfa numaraları her sayfanın sağ alt köşesine yazılmalıdır.

2. Başlıklar: Yazının ana başlıkları ve ara başlıkların baş harfleri büyük olmalıdır.

3. Birimler: Ölçü birimi olarak metrik birimler kullanılmalıdır. Metrik ölçümlerden sonra nokta konmamalıdır: 3,5 mmol/L, 11,6 mg/kg gibi. Tüm hematolojik ve klinik kimya ölçümleri "Uluslararası Birimler Sistemi" ile (SI) uyumlu olarak metrik sistemde bildirilmelidir.

4. Rakamlar: Bir ile dokuz arası rakamları yazıyla yazınız. 10 ve üstünü sayıyla yazınız. İstisna: Dozaj, yüzde, sıcaklık derecesi ve metrik ölçümleri her zaman sayıyla belirtiniz. "Tam sayılardan sonra ondalık değerleri nokta ile değil, virgül ile ayrılarak belirtiniz."

5. İlaç adları: Tüm ilaçların jenerik adlarını kullanınız. Ticari adlar, ilacın metinde ilk geçişinde parantez içinde verilebilir.

6. Kısaltmalar: Standart kısaltmalar ve ölçüm birimleri dışında, kısaltmadan olanak ölçüsünde kaçınılmalıdır. Kısaltma, metindeki ilk geçişinde açık yazılışla birlikte verilmelidir. Başlıkta ve özetle kısaltma kullanılmamalıdır.

7. Yüzdeler: Yüzde işareti (%) ile belirtilebilir.

8. Sözcük sayısı: Yazıların sözcük sayısı en az 1.500 en fazla 4.500 olmalıdır.

9. Çeviri: Çeviri yazılarda çeviriyi yapanın adı, unvanı, görevi yazılmış olmalı, çeviri yapılan yazının aslı da (fotokopi olarak) gönderilmelidir.

Metinlerin Gönderilmesi: Metinler, tüm yazarların imzaladığı bir üst yazıyla gönderilmelidir. Bu yazıda metnin tüm yazarlarca okunduğu ve onaylandığı, yazarlık hakkı koşullarının gerçekleştiği belirtilmelidir. Yazılar; <http://dergipark.gov.tr/sted> adresi üzerinden gönderilir. Yayımlanması uygun görülen yazılarda, belirlenen eksikliklerle ilgili düzeltme ve düzenlemeler Yayın Kurulu'nca yapılabilir. Yayımlanmayan yazılar geri gönderilmez. **Klinik ve toplumsal araştırma çalışmalarında yerel etik kurul onayı alınmış olmalıdır.** Etik kurulun bulunmadığı yerler için sted@ttb.org.tr e-posta adresinden bilgi istenebilir.

Yazarların Yayın Hakkı Devir Formu ile birlikte çalışmalarını göndermeleri gerekmektedir. Yayın Hakkı Devir Formu olmayan çalışmalar değerlendirilmeye alınmayacaktır.