



Değerli Meslektaşlarım;

Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi “MCBÜ-SBED” internet ortamında yayımlanan, ulusal, hakemli bir dergidir. Dergimiz ilk kez 2006 yılında yayınlanmış olup, yılda dört kez olmak üzere 2015 yılında yeniden yayın hayatına başlamıştır. Dergimizde genel tıp-sağlık alanında Türkçe veya İngilizce temel ve klinik araştırmalar, derleme makaleleri, olgu bildirileri ve editöre mektup şeklindeki yayınlar yer almaktadır. 5. cilt,4. sayısı ekte sunulan dergimizden bilime hizmet eden tüm araştırmacı ve okuyucuların yararlanması dileğiyle...

Prof. Dr. Bilal-i Habeş GÜMÜŞ

<http://edergi.cbu.edu.tr/ojs/index.php/cbusbed> isimli yazarın CBU-SBED başlıklı eseri bu Creative Commons Atıf-GayriTicari4.0 Uluslararası Lisansı ile lisanslanmıştır.





Editörler

Prof. Dr. Bilal-i Habeş GÜMÜŞ

Doç. Dr. Elgin TÜRKÖZ ULUER



MANİSA
CELAL BAYAR
ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü



ARAŞTIRMA MAKALESİ
RESEARCH ARTICLE
CBU-SBED, 2018, 5(4):159-163

Çocuk Yoğun Bakım Ünitelerinde Hemşirelerin Kullandıkları Ağız Bakım Yöntemlerinin Belirlenmesi

Emriye Hilal Yayan¹, Mehmet Emin Düken^{1*}

¹İnönü Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği A.D. ehayan@hotmail.com, eminduken@gmail.com

*Sorumlu Yazar / Corresponding Author: Mehmet Emin Düken

Gönderim Tarihi / Received:15.05.2018

Kabul Tarihi / Accepted: 19.10.2018

Öz

Amaç: Bu araştırma çocuk yoğun bakım ünitelerinde hemşirelerin kullandıkları ağız bakım yönteminin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

Gereç ve Yöntem: Kesitsel tipte olan araştırmaya Türkiye'nin tüm coğrafik bölgelerinden üç düzey çocuk yoğun bakıma sahip 133 hastane katılmıştır. Araştırmada veriler Ağız Bakım Anketi aracılığı ile telefonla görüşme yöntemi kullanılarak toplanmıştır.

Bulgular: Araştırmaya katılan hastanelerin %68.4'ü serum fizyolojik, %33.8'i ağız bakım seti, %41.4'ü sodyum bikarbonatlı solüsyon kullanmaktadır. Ağız bakımında serum fizyolojik uygulayanların %62.6'sı, bakım seti uygulayanların %46.7'si ve sodyum bikarbonatlı solüsyon uygulayanların %61.8'i günde üç kez uygulamaktadır.

Sonuç: Çocuk yoğun bakımlarda ağız bakımı için genel olarak serum fizyolojik ile günde 3 kez bakım verdikleri bulunmuştur.

Anahtar Kelimeler: Çocuk Yoğun Bakım, Ağız Bakımı, Hemşire.

Abstract

Objective: The purpose of this study was conducted to determine the oral care method used by nurses in children intensive care units.

Materials and Methods: The cross-sectional type of research, from all the geographical regions of Turkey 133 hospital with third-level children intensive care participated. It was collected by using the telephone interview method through the oral care questionnaire given in the study.

Results: 68.4% of the participating hospitals use normal saline, 33.8% use oral care set and 41.4% use sodium bicarbonate solution. In oral care, 62.6% of the normal saline practitioners, 46.7% of the oral care set practitioners and 61.8% of the sodium bicarbonate solution practitioners apply three times a day.

Conclusion: It has been found that child intensive care generally take 3 times a day with normal saline for oral care.

Keywords: Children Intensive Care, Oral Care, Nursing.

1. Giriş

Yoğun bakım üniteleri, teknolojik alt yapısı ve eğitimli personeli ile riskli hastaların izlendiği tedavi üniteleridir [1]. Kritik hastalığı olan çocukların tedavisinde önemli rol oynamaktadır ve son yıllarda artarak birlikte henüz yeterli düzeyde değildir [2]. Çocuk yoğun bakım ünitelerinde (ÇYBÜ) mekanik ventilatör (MV) ile solunum desteği hayat kurtarıcı bir tedavi olmakla birlikte, tedavi sırasında karşılaşılan komplikasyonlar nedeni ile morbidite ve mortalite risklerini beraberinde getirmektedir [3,4]. Mekanik ventilasyonun çocuk yoğun bakımlarda kullanılması, yoğun bakım şartlarının oluşturulması, uzman yoğun bakım hekim ve hemşirelerin bulunması, hasta bakım standartlarının oluşturulmasını beraberinde getirmiştir [5,3]. Ventilatörle ilişkili pnömoni (VİP), mekanik ventilasyon desteği alan hastaların %8-28'inde gelişen ve mortalite oranı %27-76'ya dek yükselen ciddi bir

komplikasyondur [6]. Hastane enfeksiyonlarının; iki ay altındaki yenidoğanlarda %18, 2 ay ile 5 yaş arası çocuklarda %20, 1-12 yaş arası çocuklarda %26 ve 12 yaştan büyük çocuklarda %21'nin ventilatörle ilişkili pnömoniden kaynaklandığı bilinmektedir [7]. Yoğun bakım ortamında, yüksek nazokomiyal enfeksiyon oranları özellikle ventilatör ile ilişkili pnömoni, artan dental plak birikimi, orofarenks bakteriyel kolonizasyon ve kötü ağız hijyeni sorumlu olmuştur [5]. Oral kavite, organizmanın en kompleks, en yoğun ve çeşitli mikroorganizma popülasyonunu içinde barındıran ve kendine özgü ekosisteme sahip organdır. Oral flora başta bakteriler olmak üzere çok sayıda mantar, protozoa ve virüsler içerir. Ağızda bulunan mikroorganizmalar iyimser bir tahminle 300 cinsi kapsar ve bu durum ağız dokularının zengin bir bakteri topluluğuna yer verdiğini ortaya çıkarmaktadır. Bazı araştırmalara göre her bakteriyi ağız florasyndan izole

etmek mümkündür [8]. Ağız florasının bu özelliği ile birlikte mekanik ventilatöre bağlı hastalarda tedavi için kullanılan ilaçlar, endotrakeal tüpün varlığı ve tespit için kullanılan flasterler, ağız yoluyla sıvı ve besin alınmaması, ağız ve çevresindeki doku bütünlüğünün bozulmasına ve ağız florasında değişikliklere neden olmaktadır [9]. Dişteki dental plak iyi bir ev sahipliği ederek mikroorganizmaları desteklemektedir [5]. Ağız bakımı günlük hemşirelik bakımının bir parçası ve VIP sıklığını düşürücü bir yöntem olup hariç tutmaksızın tüm ağız bakımı yöntemlerinde amaç hastanın konforudur [4, 10, 11]. Yoğun bakımlarda oral bakım sağlayan hemşire çalışmaları; medikal ağız bakım prosedürlerinin olmaması, ağız bakımını değerlendirme araçlarının olmaması, medikal tedavinin içinde ağız bakımına öncelik verilmemesi ve ağız bakımı ile ilgili eğitimlerin yetersiz olmasının ağız bakımının yetersiz verilmesine neden olduğunu göstermektedir [5, 10,12]. Bu nedenle bu araştırma çocuk yoğun bakım ünitelerinde hemşirelerin kullandıkları ağız bakım yönteminin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

2. Gereç ve Yöntem

Bu araştırma Kasım 2017- Nisan 2018 tarihleri arasında Türkiye'nin tüm coğrafik bölgelerinde hizmet veren Üniversite Hastaneleri ve Sağlık Bakanlığına bağlı 3'üncü düzey Çocuk Yoğun bakım ünitelerinde gerçekleştirilmiştir. Araştırma kesitsel tipte bir araştırmadır. Araştırmanın evreni Türkiye'nin tüm coğrafik bölgelerinde hizmet veren Üniversite Hastaneleri ve Sağlık Bakanlığına bağlı 3'üncü düzey Çocuk Yoğun bakım üniteleridir. Araştırmanın örneklem seçiminde Sağlık Bakanlığı ve Üniversite hastanelerinin listesi çıkarılmış her bölgeden 5 hastanenin katılımının sağlanması kriteri ile örneklem seçimine gidilmemiş araştırmaya katılmayı kabul eden tüm hastaneler araştırmaya dahil edilmiştir. Araştırmaya 133 hastane katılmıştır. Araştırmada klinikte hangi ağız bakımı yönteminin uygulandığı, uygulanan ağız bakımı yönteminin doktor isteminde yer alıp almadığı, rutinde günde kaç kez uygulandığı, kullanılan ağız bakımı yöntemine kimin karar verdiği, çocuk ağız bakımı ile ilgili klinik eğitim alıp almadıklarını içeren 5 sorudan oluşan "Ağız Bakımı Anket" formu kullanılmıştır.

Üniversite Hastaneleri ve Sağlık Bakanlığına bağlı 3'üncü düzey Çocuk Yoğun Bakım Ünitelerinin resmi web siteleri aracılığı ile telefonlarına ulaşılmış ve kliniğin sorumlu hemşiresi ile görüşülerek veriler toplanmıştır. Verilerin analizinde SPSS 23 programı kullanılarak tanımlayıcı istatistikler kullanılmıştır.

3. Bulgular

Araştırmaya 66'sı Üniversite hastanesi 67'si Sağlık Bakanlığına bağlı hastaneler olmak üzere 133 hastanenin çocuk yoğun bakım ünitesi katılmıştır. Araştırmaya katılan hastanelerin tamamında uygulanan ağız bakımı yöntemini hemşirelerin rutin olarak uyguladığı tespit edilmiştir. Rutin ağız bakımı uygulama sıklığı Üniversite hastaneleri ve Sağlık Bakanlığı olmak

üzere incelenmiştir. Üniversite hastanelerinde ağız bakımını % 4,5'i günde iki kez, %57,6'sı üç kez, %28,8'i dört kez ve %9,1'i altı kez uygulamaktadır. Sağlık Bakanlığına bağlı hastanelerin %13,4'ü günde iki kez, %61,2'si üç kez, %2,4'ü dört kez ve %3'ü altı kez uygulamaktadır. Ağız bakımında serum fizyolojik uygulayanların %62,6'sı, bakım seti uygulayanların %46,7'si ve sodyum bikarbonatlı solüsyon uygulayanların %61,8'i günde üç kez uygulamaktadır. (Tablo 1).

Tablo 1. Çocuk Yoğun Bakımda Uygulanan Ağız Bakım Yöntemleri ve Sıklığı.

	Üniversite hastaneleri		Sağlık Bakanlığı	
	n	%	n	%
Uygulanan Ağız Bakım Yöntemi				
Serum fizyolojik	40	60.6	51	76.1
Ağız bakım seti	28	42.4	17	25.4
Sodyum bikarbonatlı solüsyon	28	42.4	27	40.3
Günlük Ağız Bakımı uygulama sıklığı				
2 kez	3	4.5	9	13.4
3 kez	38	57.6	41	61.2
4 kez	19	28.8	15	22.4
6 kez	6	9.1	2	3.0

Araştırmaya katılan hastanelerin %68,4'ü serum fizyolojik, %33,8'i ağız bakım seti ve %41,4'ü sodyum bikarbonatlı solüsyon kullandığını bildirmiştir. Üniversite hastanelerinin %60,6'sı serum fizyolojik, %42,4 ağız bakım seti ve %42,4'si sodyum bikarbonatlı solüsyon kullanılmaktadır. Sağlık bakanlığı hastanelerinin %76,1'i serum fizyolojik, %25,4'ü ağız bakım seti, %40,3'ü sodyum bikarbonatlı solüsyon kullanılmaktadır (Tablo 2).

Tablo 2. Çocuk Yoğun Bakımda Uygulanan Ağız Bakım Yöntemlerinin sıklığa göre dağılımı

	Serum fizyolojik		Ağız Bakım seti		Sodyum bikarbonat	
	n	%	n	%	n	%
2 kez	8	8,8	3	6,7	7	12,7
3 kez	57	62,6	21	46,7	34	61,8
4 kez	23	25,3	16	35,6	13	23,6
6 kez	3	3,3	5	11,1	1	1,8

Hastaneler kullanılan ağız bakımı yöntemine hastane yönetiminin karar verdiğini ve hastanenin satın alma durumunun kullanılan yöntemi etkilendiğini ifade etmişlerdir. Araştırmaya katılan hastanelerin çocuk ağız bakımına yönelik özel bir klinik eğitim almadıklarını genel enfeksiyon eğitimleri için eğitim aldıklarını bildirmişlerdir.

4. Tartışma ve Sonuç

Araştırmada çocuk yoğun bakımlarda serum fizyolojik, ağız bakım seti ve sodyum bikarbonatlı solüsyon olmak üzere üç yöntemin uygulandığı ve ağırlıklı olarak serum fizyolojik tercih edildiği ve günde 3 kez uyguladıkları görülmektedir. Sole (2003) yaptığı çalışmada

hemşirelerin %72'sinin her dört saatte bir ilaçlı pamuk kullandığı, %5'i her dört saatte bir diş fırçalamayı kullandığını, %34 her 8-12 saatte bir diş fırçaladığını tespit etmiştir [13]. Grap (2003) hemşirelerin entübe olmayan hastalarda %81,6'sının günde 2-3 kez diş fırçalamayı, %72'sinin entübe hastalarda ağız bakımı sağlamak için günde 5 kez ilaçlı pamuk %91,5 ve gargara %81,9 kullanmayı tercih ettiğini bulunmuştur [14]. 103 hemşirenin katıldığı bir diğer çalışmada %85,5 günde bir kez dişleri yıkadığını, %88,5 günde iki kez ilaçlı pamuk kullandığını bildirilmiştir [15]. Hanneman (2005) çalışmasında hemşirelerin dokümanlarında entübe olmayan hastaların ağız bakım sıklığı 24 saatte 1-8 kez kayıtlı iken hemşireler kendi ifadelerinde günde üç kez yapılması gerektiğini bildirmektedirler [16]. Aynı çalışmada kullanılan ekiman ve malzemeler ise entübe olmayan hastalar için gargara, diş fırçası ve macunu iken entübe hastalar için serum fizyolojik, hidrojen peroksit, klor heksidin ve hazır ilaçlı pamuklar kullanıldığı tespit edilmiştir. 1200 hemşirenin katıldığı çalışmada, katılımcıların %50'sinin her iki saatte bir ağız içi aspirasyon yaptığı, %49'unun her 8-12 saatte bir hastaların dişlerini yıkadığını, %46'sının her iki saatte bir ilaçlı pamukla hastaların dişlerini sildiği bulunmuştur [17]. Ağız bakım sıklığı, bakımda kullanılan ekipmanlar ve kullanılan malzemenin kalitesi, hemşirelerin ağız bakımı hakkındaki olumsuz görüşleri ağız bakımının kalitesini etkilemektedir [18].

Araştırmamızda hemşirelere çocuk yoğun bakımda ağız bakımına ilişkin bir eğitim verilmediği ve uygulanan ağız bakım yönteminin hemşirelerin seçtiği bir yöntem olmaktan ziyade hastanelerin alım gücü ile belirlendiği görülmüştür. Hemşirelerin ağız bakımını hoş olmayan görevleri olarak algılamaları verilen ağız bakımının kalitesini önemli derecede etkilemektedir [10]. Hemşirelerin ağız bakımı verme performansını etkileyen iki ana faktörden ilki iş arkadaşlarının davranışları diğeri ise klinik eğitmenlerdir [14]. Hemşirelere verilen tek seferlik ağız bakım eğitiminin ventilatördeki hastaların hemşireler tarafından sağlanan ağız bakım kalitesini ve ağız bakım sıklığını artırırken VİP oranını azaltmaktadır [10]. Orofarengeal sekresyonların mikro aspirasyonlarından dolayı VİP riski konusundaki bilgilerini değerlendirmek için yapılan bir çalışmada hemşirelerin ağız bakımı ile VİP ilişkisini bildiğini fakat VİP önlemede bilgisizlik çektiğini göstermiştir [19]. Hastaların ağız bakım gereksinimleri karşılanmadan önce ağız bakımında kullanılacak ağız bakım ürünlerinin değerlendirilmesi ve hasta için en uygun aracın seçilmesi gerekmektedir [9]. Yapılan araştırmalarda entübe hastalar için kullanılan ekipmanlar sakşınli diş fırçası, pamuklu çubuklar, abeslang ve gazlı bezler iken antiseptik solüsyonlar ise sodyum bikarbonat, hidrojen peroksit, povidon iyot, serum fizyolojik ve klor heksidindir [4,9]. Erişkin yoğun bakımda kalp cerrahisi geçiren hastalar üzerinde yapılan deneysel çalışmada %0,12 klor heksidin ve antiseptik olmayan bir solüsyonla ağız

bakımı verilmiş ve klor heksidin kullanılan grup yönünde anlamlı sonuçlar elde etmişlerdir [20]. Erişkinlerde yapılan klor heksidin araştırmalarının VİP oranını düşürdüğünü gösteren birçok sonuç bulunmakla birlikte farklı doz ve sıklıkta önerildiği görülmektedir [21-25]. Klor heksidin düşük konsantrasyonda etkili ve güçlü antimikrobiyal aktiviteye sahip bir ajandır [26, 27]. Tantipong (2007) erişkin hastalarda %2 klor heksidin ile serum fizyolojisi karşılaştırdığı çalışmasında klor heksidin kullanan grup yönünde anlamlı fark bulunmuştur [26]. Çoşkun ve arkadaşlarının (2017) pediatri yoğun bakım ünitelerinde ventilatör ilişkili pnömoninin önlenmesinde ağız hijyeninde kullanılan iki farklı antiseptik solüsyonun etkinliğinin karşılaştırıldığı çalışmada; Klor heksidin glukonat ve hidrojen peroksit yöntemleri arasında fark olmadığı bulunmuştur [28]. Sebastian ve ark (2012)'nin pediatrik hastalarda %1 klorheksidine karşı plasebo solüsyon kullanarak yaptıkları çalışmada VİP gelişimi açısından Klor heksidin ve plasebo solüsyonu arasında bir fark olmadığı belirlenmiştir [29]. Jacomo ve arkadaşlarının kalp cerrahisi uygulanan çocuklarda ağız hijyeni ile % 0,12 klorheksidin glukonatin nasokomiyal pnömoni insidansına üzerine etkisini incelediği çalışmada; % 0,12 klorheksidin glukonat kalp cerrahisi geçiren çocuklarda nazokomiyal pnömoni ve VİP insidansını azaltmada etkili olmadığı görülmüştür [30].

Erişkinlerde yapılan birçok çalışmada antiseptik solüsyonlarının ağız bakımında etkili olduğu bulunmuştur ancak çocuklarda ağız bakımı ile ilgili antiseptik solüsyon çalışmaları sınırlı sayıdadır. Kusahara (2012) çocuklarda yaptığı çalışmada serum fizyolojik ile %0,12 klor heksidin arasında fark bulunmadığını tespit etmiştir [12]. O'Reilly ve arkadaşlarının ağız bakım yönelik uygulamalarla ilgili çalışmasında; ağız bakımında kullanılan serum fizyolojik solüsyonunun oral mukozayı irrite etmediği, tükürük pH'sını değiştirmediğini ve granülasyon dokusunun oluşmasına sağlayarak ağız bakımında tercih edilen bir yöntem olduğu görülmüştür [31].

Wohlschlaeger 2004 yılında ağız bakımıyla ilgili yaptığı çalışmada; serum fizyolojinin hidrojen peroksit göre ağız bakım yönteminde daha etkili olduğu ortaya çıkmıştır [32]. Dodd ve arkadaşlarının kemoterapinin neden olduğu mukozitin tedavisinde kullanılan 3 önemli ağız bakım yönteminin incelendiği randomize kontrollü çalışmada; klorheksidin, serum fizyolojik ve viskoz lidokain çözeltisi (% 0.5), difenhidramin hidroklorür ile alüminyum hidrosit süspanasyonu karışımından oluşan ağız bakım yöntemleri arasında fark olmadığı ortaya çıkmıştır [33]. Çocuklarda yapılan bir diğer çalışmada %0,12 klor heksidin ile antiseptik özelliği olmayan solüsyon günde iki kez uygulanmış ve orofarengeal sekresyonların kültür sonuçları karşılaştırılmış sonuçlar arasında fark bulunmamıştır [7].

Çocuklarda ise ağız bakımı için önerilmiş bir uygulama ve sıklık bulunmamakla birlikte hemşirelerin hastalarını değerlendirerek uygun ağız bakım yöntemini gerekli sıklıkta uygulamaktadırlar [10].

5. Sonuç

Çocuk yoğun bakım ünitelerinde kullanılan ağız bakım yöntemlerinin yeterince etkin olmaması önemli bir sorundur. Yapılan araştırmalarda ağız ile bağlantılı pek çok komplikasyonun meydana gelebileceği görülmüştür. Hastanelerde uygulanan ağız bakım uygulamalarının sıklığı ve kalitesi bir yoğun bakım ünitesinden diğerine, hemşireden hemşireye değişmektedir. Diğer taraftan çocuk yoğun bakım ünitelerinde ağız bakımında farklı uygulamaların uygulandığı bulunmuştur. Araştırmamızda Türkiye’de çocuk yoğun bakım ünitelerinde ağız bakımında en çok serum fizyolik ile ağız bakım yönteminin kullanıldığı ve hastanelerin çoğunda günde ortalama üç kez ağız bakımının yapıldığı belirlenmiştir. Buna yönelik farklı araştırmalar yapılarak ağız bakım prosedürlerinin oluşturulması, etkin ağız bakım yöntemlerinin kullanılmasını sağlayabilir.

6. Kaynaklar

1. Poyrazoğlu H, Dursun İ, Güneş T, Akçağuş M, Konuşkan B, Canpolat M, Tunç A, Karakurt E. Çocuk Yoğun Bakım Ünitesine Yatan Olguların Değerlendirilmesi ve Sonuçları. *Erciyes Tıp Dergisi* 2008; 30(4):232-237
2. Koroğlu TF, Bayrakçı B, Dursun O, Kendirli T, Yıldızdaş D, Karaböcüoğlu M. Çocuk Yoğun Bakım Üniteleri İçin Kılavuz: Çocuk Acil Tıp ve Yoğun Bakım Derneği Önerileri. *Türk Pediatri Arşivi* 2006;41:139-145
3. Kendirli T, Dereli E, Özdemir H, İnce E. Çocuk Yoğun Bakım Ünitesinde Mekanik Ventilatörde İzlenen Hastaların Retrospektif Değerlendirilmesi. *Gülhane Tıp Dergisi* 2004;46(4):287-290
4. Berry AM, Davidson PM, Masters J, Rolls K, Ollerton R. Effects of three approaches to standardized oral hygiene to reduce bacterial colonization and ventilator associated pneumonia in mechanically ventilated patients: A randomised control trial. *International Journal of Nursing Studies* 2011; 48: 681-688
5. Johnstone L, Spence D, Mclain JK. Oral Hygiene Care in the Pediatric Intensive Care Unit: Practice Recommendations. *Continuing Nursing Education* 2010; 36(2):85-96
6. Tomak Y, Ertürk A, Şen A, Erdivanlı B, Kurt A. Anestezi Yoğun Bakım Ünitesinde Ventilatör İlişkili Pnömoni Hızları ve Etkin Mikroorganizmaların Dağılımı. *Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni* 2012; 46(3): 115-119
7. Pedreira ML, Kusahara MD, Calvalho WB, Nunez SC, Peterlini SA. Oral Care Interventions And Oropharyngeal Colonization In Children Receiving Mechanical Ventilation. *Pediatric Critical Care* 2009; 18(4):319-328
8. Aktaş A, Giray B, Menemenlioğlu D, Hayran M. %0,2 Klorheksidin Dişgargarası Kullanımının Oral Flora Üzerine Kısa Dönem Etkileri. *Hacettepe Diş Hekimliği Fakültesi Dergisi* 2008; 32(4): 81-93
9. Özveren H. Mekanik Ventilatöre Bağlı Hastalarda Ağız Bakımı. *Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi* 2010:92-99
10. Lin YS, Chang JC, Chang TH, Lou MF. Critical Care Nurses’ Knowledge, Attitudes And Practices Of Oral Care For Patients With Oral Endotracheal Intubation: A Questionnaire Survey. *Journal of Clinical Nursing* 2011; 20: 3204-3214
11. Yeung KY, Chui YY. An Exploration of Factors Affecting Hong Kong ICU Nurses in Providing Oral Care. *Journal of Clinical Nursing* 2010;19:3063-3072
12. Kusahara DM, Friedlander LT, Peterlini AS, Pedreira LG. Oral Care and Oropharyngeal and Tracheal Colonization by Gram-Negative Pathogens in Children. *Nursing in Critical Care* 2012;17(3):115-122
13. Sole ML, Byers JF, Ludy JE, Zhang Y, Banta CM, Brummel K. A multisite survey of suctioning techniques and airway management practices. *American Journal of Critical Care* 2003;12:220-232.
14. Grap MJ, Munro CL, Ashtiani B & Bryant S. Oral care interventions in critical care: frequency and documentation. *American Journal of Critical Care* 2003;12:113-119.
15. Jones H, Newton JT, Bower EJ. A survey of the oral care practices of intensive care nurses. *Intensive & Critical Care Nursing* 2004;20:69-76.
16. Hanneman SK, Gusick GM. Frequency of oral care and positioning of patients in critical care: a replication study. *American Journal of Critical Care* 2005;14, 378-387.
17. Cason CL, Tyner T, Saunders S, Broome L. Nurses’ implementation of guidelines for ventilator-associated pneumonia from the Centers for Disease Control and Prevention. *American Journal of Critical Care* 2007;16:28-38.
18. Furr A, Binkley C, McCurren C, Carrico R. Factors affecting quality of oral care in intensive care units. *Journal of Advanced Nursing* 2004;48:454-462.
19. Binkley C, Furr A, Carrico R, McCurren C. Survey of oral care practices in US intensive care units. *American Journal of Infection Control* 2004;32:161-169.
20. Deriso AJ, Ladowski JS, Dillon TA, Justice JW, Peterson AC. Chlorhexidine gluconate 0.12% oral rinse reduces the incidence of total nosocomial respiratory infection and nonprophylactic systemic antibiotic use in patients undergoing heart surgery. *Chest*. 1996;109(6):1556-1561.
21. Bopp M, Darby M, Loftin KC, Broschius S. Effects Of Daily Oral Care With 0.12% Chlorhexidine Gluconate And A Standard Oral Care Protocol On The Development Of Nosocomial Pneumonia In Intubated Patients: A Pilot Study. *J Dent Hyg*. 2006;80(3):9.
22. Fourrier F, Cau-Pottier E, Boutigny H, Roussel-Delvallez M, Jourdain M, Chopin C. Effects of Dental Plaque Antiseptic Decontamination on Bacterial Colonization and Nosocomial Infections in Critically ill Patient. *Int care med*. 2000;26(9):1239-1247.
23. Grap M, Munro C, Elswick R, Sessler C, Ward K. Duration Of Action Of A Single Early Oral Application Of Chlorhexidine On Oral Microbial Flora In Mechanically Ventilated Patients: A Pilot Study. *Heart Lung*. 2004;33(2):83-91.
24. Houston S, Houglan P, Anderson J, LaRocco M, Kennedy V, Gentry L. Effectiveness of 0.12% Chlorhexidine Gluconate Oral Rinse In Reducing Prevalence Of Nosocomial Pneumonia In Patients Undergoing Heart Surgery. *Am Journal Critical Care*. 2002;11(6):567-570.
25. Hutchins K, Karras G, Erwin E, Sullivan K. Ventilator-associated Pneumonia And Oral Care: A Successful Quality Improvement Project. *Am Journal Infection Control*. 2009;37(7):590-597.
26. Tantipong H, Morkhareonpong C, Jaiyindae S, Thamlikitkul V. Randomized Controlled Trial and Meta-analysis of Oral Decontamination with 2% Chlorhexidine Solution for the Prevention of Ventilator-Associated Pneumonia. *Infection Control and Hospital Epidemiology* 2008;29(2):131-136
27. Berry MA, Davitson PM. Beyond Comfort: Oral Hygiene as a Critical Nursing Activity in The Intensive Care Unit. *Intensive and Critical Care Nursing* 2006;22:318-328.
28. Coşkun AM; Topdağ E; Kara A. Pediatri Yoğun Bakım Ünitelerinde Ventilatör İlişkili Pnömoninin (Vip) Önlenmesinde Ağız Hijyeninde Kullanılan İki Farklı Antiseptik Solüsyonun Etkinliği. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, 2017; 21(2): 28-35.
29. Sebastian MR, Lodha R, Kapil A, Kabra SK. Oral Mucosal Decontamination With Chlorhexidine For The Prevention

- Of Ventilator-Associated Pneumonia In Children-A Randomized, Controlled Trial. *Pediatr Crit Care Med* 2012;13(5):e305-10.
30. Jacomo, Andréa DN, et al. Effect Of Oral Hygiene With 0.12% Chlorhexidine Gluconate On The Incidence Of Nosocomial Pneumonia In Children Undergoing Cardiac Surgery. *Infection Control & Hospital Epidemiology*, 2011; 32(6): 591-596.
31. O'Reilly M. Oral Care of the Critically Ill: a Review of the Literature and Guidelines for Practice. *Australian Critical Care*, 2003; 16 (3): 101-110.
32. Wohlschlaeger A. Prevention and Treatment of Mucositis: a Guide for Nurses. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, 2004; 21(5): 281-287.
33. Dodd, Marylin J., et al. Randomized clinical trial of the effectiveness of 3 commonly used mouthwashes to treat hemotherapy-induced mucositis. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology, and Endodontology*, 2000; 90(1): 39-47.

<http://edergi.cbu.edu.tr/ojs/index.php/cbusbed> isimli yazarın CBU-SBED başlıklı eseri bu Creative Commons Alıntı-Gayriticari4.0 Uluslararası Lisansı ile lisanslanmıştır.





ARAŞTIRMA MAKALESİ
RESEARCH ARTICLE
CBU-SBED, 2018, 5(4):164-168

Balıkesir Üniversitesi Tıp Fakültesi Dönem-II Öğrencilerinin Anatomi Eğitimini Değerlendirmeleri

Emrah Özcan^{1*}, Alper Vatansever¹,

¹ Balıkesir Üniversitesi Tıp Fakültesi, Anatomi Anabilim Dalı, Balıkesir, Türkiye
emrahozcan@balikesir.edu.tr, alpervatansever@yahoo.com

*Sorumlu Yazar / Corresponding Author: Emrah Özcan

Gönderim Tarihi / Received: 27.08.2018

Kabul Tarihi / Accepted: 05.10.2018

Öz

Amaç: Bu çalışma, 2017-2018 Eğitim-Öğretim yılında Balıkesir Üniversitesi Tıp Fakültesi Dönem-II öğrencilerinin almış oldukları anatomi teorik ve pratik derslerini değerlendirmeleri amacıyla yapılmıştır.

Gereç ve yöntem: Literatür taraması yapılarak araştırmacılar tarafından geliştirilen anket, anatomi eğitimi ile ilgili 2'si açık uçlu ve 18'i kapalı uçlu olmak üzere 20 adet sorudan oluşturulmuştur. Toplam 123 öğrenciden 110'i (%89,4) çalışmaya katılmıştır. Elde edilen veriler, SPSS (Statistical Package for Social Sciences) 22.0 paket programı kullanılarak analiz edilip yorumlanmıştır.

Bulgular: Çalışmamıza katılan 110 öğrencinin 58'i erkek (%52,7), 52'si kız (%47,3) ve yaş ortalaması ise 20,63 (minimum: 19, maksimum: 24) olarak tespit edilmiştir. Araştırmaya katılan öğrencilerin %85,5'i dönem tekrarı yapmazken, %14,5'i ise dönem tekrarı yapmıştır. Bu doğrultuda sorulan Tıp Fakültesi'ne isteyerek mi geldiniz sorusuna %83,6'si evet, %16,4'ü hayır yanıtını vermiştir. Anatomi derslerinin işlenişi ile ilgili olarak öğrencilerden geri bildirim alınmasını 107 öğrenci (%97,3) gerekli görürken, 3 öğrenci (%2,7) gerekli olmadığını söylemiştir. Anatomi teorik dersinin sınavını öğrencilerin %75,5'i çoktan seçmeli, %10,9'u sözlü, %7,3'ü kısa cevaplı ve %6,4'ü klasik yazılı şeklinde olması gerektiğini vurgulamıştır.

Sonuç: Anatomi eğitiminin daha ileriye taşınmasında geri bildirimlerin rolü oldukça önemlidir. Öğrencilerden gelen geri bildirimler doğrultusunda, anatomi eğitimini daha kalıcı hale getirerek ileride iyi hekimleri yetişmesinde katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Anatomi Eğitimi; Geri Bildirim; Tıp Eğitimi; Teorik ve Pratik.

Abstract

Aim: This study was conducted in order to evaluate the theoretical and practical courses of the anatomy of Balıkesir University Faculty of Medicine Phase-II students during the 2017-2018 academic year.

Methods: The questionnaire, which was developed by the researchers by conducting the literature search, was formed from 20 questions related to anatomy education, 2 open-ended and 18 closed-ended. A number of 110 (89.4%) of 123 students were participated our study. Collected data were evaluated using SPSS v22 software.

Results: Of the 110 students who participated in the study, 58 were male (52.7%), 52 were female (47.3%) and the mean age was 20.63 (minimum: 19, maximum: 24). 85.5% of the students who participated in this study did not fail during their phase, whereas 14.5% of them did. While 16.4% of students did not choose the medical school by their own decisions, 83.4% of them made this decision by their own wishes. Total number of 107 (97.3%) of students thought receiving feedback about anatomy courses was necessary. 75.5% of the students preferred the method of the theoretical exams as multiple choice, while 10.9% oral, 7.3% short answer and 6.4% classical writing.

Conclusion: Students' feedbacks are important to improve the anatomy education. In the direction of the feedback from the students, it is thought that it will make the education of the anatomy more permanent and contribute to the improvement of the good physicians in the future.

Keywords: Anatomy Education; Feedback; Medical Education; Theoretical and Practical.

1. Giriş

Tıp eğitiminin temel disiplinlerinden birisi olan anatomi, insan vücudunu meydana getiren yapıların normal şeklini, yapısını, pozisyonunu ve fonksiyonlarını inceleyen en eski tıp bilimidir [1,3]. Günümüzde vücudumuzu oluşturan yapıların sadece morfolojik değil işlevsel özelliklerinin detaylı olarak bilinmesi de önemli

hale gelmiştir. Yapılan çalışmalarda, hücre içi elemanların detaylı bir şekilde incelenmesi anatomi biliminin sınırlarını genişletmiştir [4,5]. Bu nedenle anatomi, tıp fakülteleri temel tıp bilimleri arasında oldukça önemli bir yere sahiptir [6].

Tıp eğitiminde çok önemli bir yere sahip olan anatomi eğitiminin temelini, kadavra üzerinde yapılan pratik derslerin oluşturmaktadır [4]. Ancak günümüzde tıp fakültelerinin müfredatı incelendiğinde, öğrenim yöntemi olarak amfi ve pratik dersler, probleme dayalı öğrenme oturumları, e-öğrenme uygulamaları ile klinik staj uygulamaları dikkati çekmektedir [2,5]. Anatomi eğitiminde 1960 yılından bu yana büyük değişimler yaşanmıştır. Bu değişiklikler; ders saatlerinin azaltılması, kadavra diseksiyonunu öğrencilerin yapmaması ve probleme dayalı öğretimin kullanılmasındır. Bununla birlikte anatomi eğitiminde, önceden hazır hale getirilmiş dokuların, anatomik modellerin, radyolojik görüntülerin, üç boyutlu bilgisayar simülasyonlarının ve gerçek dokuların kullanılması da bu değişiklikler içerisinde sayılmaktadır [3,4].

Ülkemiz tıp fakültelerinde sıkça uygulanmakta olan entegre eğitim modeli içerisinde; aktif, öğrenci merkezli, toplum temelli, yeterliliğe ve kanıta dayalı eğitimin kombinasyonları bulunmaktadır [7,8]. Bu nedenle tıp fakültelerinde uygulanan tıp eğitimi sistemleri ile ilişkili olarak anatomi eğitim yöntemleri birbirinden farklı özellikler gösterebilmektedir [9]. Ülkemizdeki tıp fakültelerinde 2015-2016 yıllarına ait veriler incelendiğinde anatomi teorik ders sayısının ortalama 173,8 (108-337) saat olduğu, pratik ders sayısının ise ortalama 129,7 (61-256) saat olduğu belirtilmiştir [10]. Balıkesir Üniversitesi Tıp Fakültesinde anatomi teorik ders sayısı 173 saat, öğrenci başına düşen pratik ders sayısı ise 106 saattir.

1988 yılında yayınlanan Edinburgh Bildirgesi'nde, tıp eğitiminin amacı, bütün bireyler için sağlığın gelişimini sağlayacak hekimler yetiştirmek olduğu bildirilmiştir [8]. Bu nedenle öğrenme ortamı, eğitim programları ve öğrenmeyi kolaylaştıracak olan her şey mutlaka öğrenci merkezli olmalıdır. Öğrencilerden belirli aralıklarla geribildirim alınması, alınan geribildirimlerin analiz edilmesi ve sonuçların eğitimcilerle paylaşılması eğitim programlarının niteliğinin artırılmasında önemli bir etken olabilmektedir [4]. Bu çalışmada, Balıkesir Üniversitesi Tıp Fakültesi Dönem-II öğrencilerinin almış oldukları anatomi teorik ve pratik derslerini değerlendirmeleri hedeflenmektedir. Elde edilen sonuçlar tıp fakültesi anatomi eğitimi ile ilgili yapılacak olan düzenlenmelere yol gösterici olarak kullanılabilir.

2. Gereç ve Yöntem

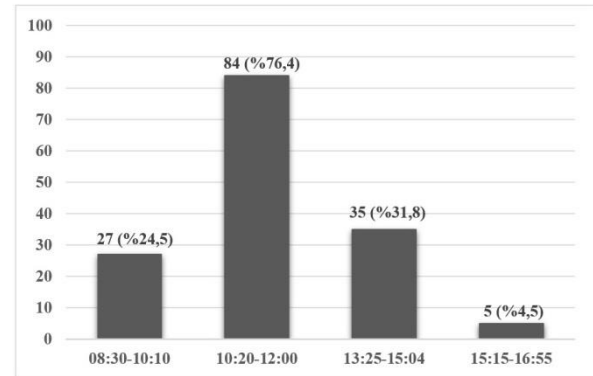
Çalışmaya, Balıkesir Üniversitesi Tıp Fakültesi 2017-2018 eğitim-öğretim bahar yarıyılında eğitim gören Dönem-II öğrencileri dâhil edilmiştir. Çalışmamız için Balıkesir Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan gerekli izinler alınmıştır (2018/113). Toplam 123 Öğrenciden 110'u (%89,4) çalışmaya katılmıştır. Dönem-II öğrencilerine, tüm anatomi teorik ve pratik eğitimi tamamlandıktan sonra, anket uygulanmıştır. Literatür taraması yapılarak

araştırmacılar tarafından geliştirilen anket, anatomi eğitimi ile ilgili 2'si açık uçlu ve 18'i kapalı uçlu olmak üzere 20 adet sorudan oluşmaktadır. Geri bildirimlerin güvenilirliğini arttırmak, öğrencileri baskı altında bırakmamak ve fikirlerini açık bir şekilde ifade etmelerini sağlamak amacıyla öğrencilerden anket formu üzerine isim, soy isim ve öğrenci numaralarını yazmamaları istenmiştir. Elde edilen veriler, SPSS (Statistical Package for Social Sciences) 22.0 paket programı kullanılarak analiz edilip yorumlanmıştır. Öğrencilerin verdikleri yanıtların yüzdelik dağılımları, frekans analizleri ile belirlenmiştir. Katılımcıların anket sorularına verdikleri cevapların dağılımları çapraz tablolar kullanılarak verildi. Gruplar arasında, anket sorularına verilen cevapların sıklıklarında fark olup olmadığı yerine göre Ki-kare ya da Fisher testleri kullanılarak karşılaştırıldı. P değerinin 0,05'in altında olduğu durumlar istatistiksel olarak anlamlı sonuçlar şeklinde değerlendirildi.

3. Bulgular

Çalışmamıza katılan 110 öğrencinin 58'i erkek (%52,7), 52'si kız (%47,3) ve yaş ortalaması ise 20,63 (minimum: 19, maksimum: 24) olarak tespit edildi. Öğrencilerin mezun oldukları lise türüne bakıldığında 50'sinin (%45,5) Anadolu Lisesi'nden, 36'sının (%32,7) Fen Lisesi'nden, 14'ü (%12,7) Anadolu Öğretmen Lisesi'nden, 3'ü (%2,7) genel Liseden, 7'si (%6,4) diğer liselerden olduğu görülmüştür. Araştırmamıza katılan öğrencilerin %85,5'i dönem tekrarı yapmazken, %14,5'i ise dönem tekrarı yapmıştır. Bu doğrultuda sorulan Tıp Fakültesi'ne isteyerek mi geldiniz sorusuna %83,6'si "evet", %16,4'ü "hayır" yanıtını vermiştir. Mezun olunan lise türü ve Tıp Fakültesi'ne kendi isteğinizle mi geldiniz sorusu ile dönem tekrarı arasındaki ilişki incelendiğinde istatistiksel olarak fark bulunamamıştır ($p > 0,05$).

Anatomi derslerinin işlenişi ile ilgili olarak öğrencilerden geri bildirim alınmasını 107 öğrenci (%97,3) gerekli görürken, 3 öğrenci (%2,7) gerekli olmadığını söylemiştir. Araştırmamızda, öğrencilerin %76,4'ü, Balıkesir Üniversitesi Tıp Fakültesi ders programında anatomi dersinin 10:20-12:00 arasında olması gerektiği vurgulanmıştır (Grafik 1).



Grafik 1. Ders programında anatomi dersleri için uygun saatler

Öğrencilerin %75,5'i, anatomi teorik sınavının çoktan seçmeli olarak yapılmasını isterken, %10,9'u sözlü, %7,3'ü kısa cevaplı ve %6,4'ü klasik yazılı şeklinde olması gerektiğini vurgulamıştır. Mezun olunan lise ile teorik dersin sınav şekli arasında ilişkiye bakıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Anatomi teorik eğitiminde öğretim üyelerinin dersleri anlatma sürelerini değerlendirmeleri istenildiğinde, öğrencilerin %67,9'u yeterli, %20,2'si az ve %11,9'u ise fazla olduğunu vurgulamışlardır. Bu sorunun devamında, öğretim üyelerinin teorik dersleri anlatması için ideal sürenin kaç dakika olması gerektiği

sorulduğunda, bu sürenin ortalama $48,77\pm 21,87$ (minimum:15, maksimum:180) dakika olmasını istemişlerdir. Öğretim üyelerinin dersi anlatma süreleri ile dönem tekrarı arasındaki ilişki incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Araştırmamızda tüm teorik ve pratik anatomi eğitimini tamamlayan öğrencilerin, işlemiş oldukları anatomik sistemler içerisinde en iyi olarak öğrendikleri sistemin sindirim sistemi olduğu, en çok ilgi duydukları fakat en kötü olarak öğrendikleri sistemin ise sinir sistemi olduğu görülmektedir

Tablo 1. Öğrencilerin anatomik sistemler hakkındaki görüşleri (n)

Sistemler	Hareket			Dolaşım	Solunum	Sindirim	Ürogenital	Sinir
	Kemikler	Eklemler	Kaslar					
En iyi öğrendikleri	27	12	38	29	19	51	28	8
En kötü öğrendikleri	23	41	24	10	11	6	9	58
En ilgi duydukları	19	3	32	34	16	26	25	46

Anatomi teorik ve pratik derslerinde radyolojik görüntülerin kullanılmasına öğrencilerin %70,9'u evet,

%11,8'i hayır yanıtını verirken, %17,3'ü bu konuda kararsız olduğunu bildirmiştir (Tablo 2).

Tablo 2. Öğrencilerin Anatomi eğitimini değerlendirmeleri

		Evete	Kararsızım	Hayır
Teorik ve pratik derslerde radyolojik görüntüler kullanılmamalı mı?	n %	78 70.9	19 17.3	13 11.8
Teorik ve pratik derslerde öğretim üyeleri ile sorunsuz iletişim kurabiliyorum.	n %	71 64.5	28 25.5	11 10
Teorik ve pratik ders saati yeterli mi?	n %	58 52.7	30 27.3	22 20
Devamsızlık yapmamak teorik derslerdeki başarıyı etkiler mi?	n %	46 41.8	20 18.2	44 40
Teorik ve pratik derslerin sonunda öğretim üyesinin dersin özetini yapması başarıyı etkiler mi?	n %	95 86.4	12 10.9	3 2.7
Osteoloji ve artroloji derslerinin 1.sınıfta. miyoloji dersinin 2. sınıfta verilmesini uygun buluyor musunuz?	n %	46 41.8	22 20	42 38.2
Teorik dersleri. pratik derslerinden daha iyi öğreniyorum.	n %	19 17.3	39 35.5	52 47.3
Tıp Fakültesi'nde Anatomi eğitimini zaman kaybı olarak görüyorum.	n %	10 9.1	21 19.1	79 71.8
Klinik stajlar içerisinde anatomi stajı olması gerekli midir?	n %	41 37.3	32 29.1	37 33.6
Dönem-III'den sonra anatomi eğitimini hatırlatma dersi olarak tekrar almak ister misiniz?	n %	63 57.3	21 19.1	26 23.6
Anatomi derslerini çalışırken sıkılıyor musunuz?	n %	35 31.8	36 32.7	39 35.5
Anatomi öğrenimi konusunda güçlük çekiyor musunuz?	n %	41 37.3	32 29.1	37 33.6
Uzmanlık olarak anatomi uzmanlığını seçer misiniz?	n %	9 8.2	42 38.2	59 53.6
Anatomi dersleri seçmeli bir ders olsaydı alır mıydınız?	n %	46 41.8	35 31.8	29 26.4

“Dönem tekrarı yaptınız mı” sorusuna verilen yanıtlar ile “Tıp Fakültesi’nde Anatomi eğitimini zaman kaybı olarak görüyorum” ve “Uzmanlık alanı olarak anatomiyi seçer misiniz?” verilen yanıtlar arasındaki ilişki istatistiksel olarak değerlendirilmiş ve anlamlı bir fark bulunamamıştır. Benzer şekilde “Tıp Fakültesi’ne isteyerek mi geldiniz” sorusuna verilen yanıt ile “Anatomi derslerini çalışırken sıkılıyor musunuz?” sorusuna verilen yanıtlar karşılaştırılmış ve istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmemiştir (p>0,05).

4. Tartışma ve Sonuç

Ülkemizde, öğrenciler Tıp Fakültesi’ne girmeye hak kazanması için oldukça zor bir seçme sınavını geçmek zorundadırlar [11]. Araştırmamıza katılan 110 öğrenciden, %83,6’sının “Tıp Fakültesi’ne kendi isteğim ile geldim” cevabını vermesi bu sınavın zorluk derecesini göstermektedir. Çalışmamız sonucunda elde ettiğimiz bulgulara benzer olarak, Arı ve arkadaşlarının [11] yapmış oldukları çalışmada öğrencilerin %82,7’si, Uygur ve arkadaşlarının [12] yapmış olduğu çalışmada ise öğrencilerin % 86,1’i Tıp Fakültesi’ni kendi isteğim ile seçtim yanıtını vermiştir. Araştırma sonunda öğrencilerle genel bir görüşme yapıldığında, Tıp Fakültesi’ne kendi isteği ile gelmeyen öğrenciler mühendis olmak istediklerini ancak aile baskısından dolayı Tıp Fakültesi’ni seçtiklerini ifade etmişlerdir. Ancak, Tıp Fakültesinin öğrencilerin kendi istekleri doğrultusunda seçilip seçilmemesi, öğrencilik sorumluluklarının aksatılmasına bir ön sebep olmadığı anlaşılmaktadır.

Anatomi, Tıp Fakülteleri için olmazsa olmaz bir öneme sahiptir [6]. Arı ve Şendemir’in [13] yapmış oldukları çalışmada öğrencilerin %89,6’sı ile Tuygar’ın [5] ise yaptığı çalışmada ise öğrencilerin %75,9’u anatomi eğitimini zaman kaybı olarak görmemiştir. Benzer şekilde, Arı ve arkadaşlarının [11] yaptığı çalışmada öğrencilerin %62,4’ü anatomi dersinin tıp için çok önemli bir ders olduğunu vurgulamıştır. Çalışmamızda, öğrencilerin %71,8’inin Tıp Fakültesi’nde anatomi eğitimini zaman kaybı olarak görmemesi literatür ile benzerlik göstermektedir.

Anatomi teorik ve pratik ders saatlerinin yeterliliği ile ilgili yapılan çalışmalarda öğrencilerin %50’sinden fazlası yeterli olduğunu ifade etmişlerdir [5, 12-15]. Bizim çalışmamızda da benzer sonuçlar elde edilmiştir. Ancak bunun aksini ifade eden çalışmada bulunmaktadır [11].

Anatomi eğitiminde derslere devam etmenin başarıyı etkileyip, etkilemediğini araştırmak üzere, Gözil ve arkadaşlarının [4] yapmış oldukları çalışmada öğrencilerin %76,1’i, Tuygar’ın [5] yapmış olduğu çalışmada ise öğrencilerin %56’sı derslere katılmanın başarıyı etkilediğini söylemiştir. Bizim çalışmamızda ise, öğrencilerin %41,8’i derslere katılmanın, ders başarısını etkilediğini ifade etmişlerdir. Elde ettiğimiz sonucun birbirine yakın olarak çıkmasının nedeni, dönem tekrarı yapan öğrencilerin tamamının

etkilemediği yönünde cevap vermesinden kaynaklanmaktadır. Akdeniz üniversitesinde yapılan bir çalışmada [16], Dönem-II öğrencilerinden %78,1’i öğretim üyelerinin dersleri “fazla” anlattığını söylemiştir. Araştırmamızda ise öğrencilerin %67,9’u “yeterli”, %11,9’u “fazla” olduğunu vurgulamıştır. Öğrencilerin öğretim üyeleri ile teorik ve pratik derslerdeki iletişimini belirlemek için Gazi üniversitesinde yapılan bir çalışmada [4], öğrencilerin %61,1’i teorik, %67,7’si pratik derslerde öğretim üyeleri ile iyi iletişim kurduğunu söylemiştir. Elde edilen sonuçlar, bizim bulgularımıza çok yakındır.

Üniversitemiz tıp eğitiminde klinik stajlar içerisinde anatomi stajı bulunmamaktadır. Çalışmamız sonucunda öğrencilerin %37,3’ü anatomi stajı olmasını isterken, %33,6’sı istememektedir. Ancak klinik stajlar öncesinde anatomi derslerini hatırlatma dersi olarak tekrar almak isteyen öğrencilerin oranı %57,3’tür. Arı ve arkadaşlarının [11] yapmış olduğu çalışmada anatomi hatırlatma dersi olarak tekrar almak isteyen öğrencilerin oranı %60,2, Arı ve Şendemir’in [13] yapmış olduğu çalışmada bu oran %73, Uygur ve arkadaşlarının [12] yapmış olduğu çalışmada bu oran %71 ve Tuygar’ın [5] yapmış olduğu çalışmada ise bu oran %54,5’tir. Çalışmamız da dâhil olmak üzere literatürde bulunan çalışmalarda, öğrencilere yöneltilen “Uzmanlık alanı olarak anatomiyi seçer misiniz?” sorusuna yanıt yüksek oranlarla “hayır” cevabı alınmıştır [5,12].

Akdeniz [16], Namık Kemal [12], Fırat [15] üniversiteleri ve dört farklı üniversitede [5] yapılan araştırmada öğrenciler anatomi teorik sınavını sırasıyla %86,4, %95, %92,6 ve %80,2 oranında çoktan seçmeli sınav olarak istemektedir. Bizim çalışmamızda ise bu oran %75,5’tir.

Sonuç olarak, anatomi eğitiminin işlenişi ile ilgili olarak öğrencilerin %97,3’ü öğrencilerden geri bildirim alınmasını gerekli olduğunu söylemesi, anatomi eğitiminin daha da ileriye taşınmasında geri bildirimlerin rolünün oldukça önemli olduğunu göstermektedir. Literatürde bulunan tüm geri bildirim çalışmalarındaki ortak sonuçlar göz önüne alınarak, anatomi eğitiminin daha kalıcı bir hale getirilmesi, ileride iyi hekimleri yetişmesinde ve öğrencilerin uzmanlık alanı olarak anatomi bilimini tercih etme oranının artırılmasında etkili olabileceği düşünülmektedir.

5. Kaynaklar

1. Taner, D, Fonksiyonel Anatomi, 7.baskı. Ankara, HYB Basım Yayın; 2013. s:1.
2. Tuygar, Ş.F, Kuş, İ, Karaca Saygılı, Ö, Özcan, E, Gülçen, B, Tıp Fakültesi Öğrencilerinin Anatomi Eğitimine Yönelik Memnuniyet Düzeyleri ve İlgili Değişkenlerin İncelenmesi, *Tıp Eğitimi Dönüşümü*, 2015, 42, 5-14.
3. Yavuz, F, Ertekin, T, Elmalı, F, Ülger, H, Klinik Öncesi ve Klinik Dönemde Tıp Öğrencilerinin Anatomi Eğitiminde Kadavra Kullanımı İle İlgili Değerlendirmeleri, *Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2017, 26, 227-232.

4. Gözil, R, Özkan, S, ve ark. Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi 2.sınıf öğrencilerinin anatomi eğitimini değerlendirmeleri, *Tıp Eğitimi Dünyası*, 2006, 23, 27-32.
5. Tuygar, Ş.F, Tıp Fakültelerinde Mezuniyet Öncesi Anatomi Eğitiminin Öğrenci Geribildirimleri ile Değerlendirilmesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek lisans Tezi, Balıkesir, Balıkesir Üniversitesi, 2014.
6. Carmichael, S.W, Pawlina, W, Animated Powerpoint as a Tool to Teach Anatomy, *Anatomical Record*, 2000, 261, 83-88.
7. Uğur, A.A, Daha İyi Bir Tıp Eğitimi Nasıl Olmalı? *Doktor–Medical & Scientific News*, 2010, 56, 12-14.
8. Sayek, İ, Odabaşı, O, Kiper, N, Türk Tabipler Birliği Mezuniyet Öncesi Tıp Eğitimi Raporu, Ankara, Türk Tabipleri Birliği Yayınları, 2010.
9. Pelin, C, Zağyapan, R, Kürçüoğlu İyem C, Anatomi eğitim yöntemleri ve tıp eğitim sistemleri ile ilişkisi, VII. Ulusal Tıp Eğitimi Kongresi, Ankara, 2012, 155-156.
10. Anatomi-Çekirdek Eğitim Programları (ÇEP), Nisan, 2018.
11. Arı, İ, İrgil, E, Kafa, İ.M, Şendimir, E, Bir Anket Çalışması: Anatomi Eğitimi ve Öğrencilerin Düşünceleri, *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 2003, 29, 15-18.
12. Uygur, R, Çağlar V, Topçu, B, Aktaş, S, Özen, O.A, Anatomi Eğitimi Hakkında Öğrenci Görüşlerinin Değerlendirilmesi, *International Journal of Basic and Clinical Medicine*, 2013, 1, 94-106.
13. Arı, İ, Şendimir, E, Anatomi Eğitimi Üzerine Öğrenci Görüşleri, *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 2003, 29, 11-14.
14. Turan, Ö.S, Cankur, S.N, Kurt, M.A, Tıp Fakültesi Öğrencilerinin Anatomi Uygulamaları Hakkındaki Görüşleri: Bir Geribildirim Örneği, *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 2001, 27, 33-39.
15. Ögetürk, M, Kavaklı, A, Kuş, İ, Songur, A, Zararsız, İ, Sarsılmaz, M, Tıp Öğrencileri Nasıl Bir Anatomi Eğitimi İstiyor? *Tıp Eğitimi Dünyası*, 2003, 10, 7-13.
16. Sindel, M, Şenol, Y, Gürpınar, E, Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesinde anatomi eğitiminin öğrenciler tarafından değerlendirilmesi, *Tıp Eğitimi Dünyası*, 2008, 28, 31-36.

<http://edergi.cbu.edu.tr/ojs/index.php/cbusbed> isimli yazarın CBU-SBED başlıklı eseri bu Creative Commons Alıntı-Gayriticari4.0 Uluslararası Lisansı ile lisanslanmıştır.





ARAŞTIRMA MAKALESİ
RESEARCH ARTICLE
CBU-SBED, 2018, 5(4):169-174

Sağlıklı Gebelerde Kas İskelet Sistemi Ağrıları; Lokalizasyon, Şiddet ve Karakter Değerlendirilmesi: Kesitsel Çalışma

Nadire Dal¹, Ali Yavuz Karahan^{1*}, İrem Şenyuva², Sevcan Sevimli³, Şeyma Çatalgöl³, Ercan Kaydok⁴
¹Uşak Üniversitesi Tıp Fakültesi EAH, FTR AD, Uşak, Türkiye dr.nadire06@hotmail.com, ali.karahan@usak.edu.tr
²Uşak Üniversitesi Tıp Fakültesi EAH, Kadın Hastalıkları ve Doğum Bölümü, Uşak, Türkiye
iremsenyuva@yahoo.com
³Uşak Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü, Uşak, Türkiye sevcan.sevimli@usak.edu.tr,
seyma.catalgol@usak.edu.tr
⁴Niğde Ömer Halis Demir Tıp Fakültesi, FTR AD, Niğde, Türkiye drkaydok@yahoo.com
*Sorumlu Yazar / Corresponding Author: Ali Yavuz Karahan

Gönderim Tarihi / Received: 06.09.2018
Kabul Tarihi / Accepted: 05.10.2018

Öz

Giriş ve amaç: Bu kesitsel çalışmada gebelikte görülen özgül olmayan kas iskelet sistemi ağrılarının lokalizasyonunu ve yayılımını, şiddetini ve karakterini ortaya koymak amaçlanmıştır.

Gereç ve yöntemler: Çalışmaya yaş aralığı 18-35 yaş arası olan ve çalışmaya katılmaya gönüllü olan gebeler dahil edildi. Gebelerden fiziyatrist eşliğinde, ayaklı 40x55 cm' lik laminat yazı tahtası üzerine çizilmiş insan ön ve arka yüzü figürü üzerinde ağrının yerini hissettiği bölgelerde olduğu gibi boyaması istendi. Boyama esnasında ağrının şiddetini belirlemek üzere 5 farklı (siyah: çok şiddetli, kırmızı: şiddetli-orta düzeyde, mavi: orta düzeyde, yeşil: orta-hafif düzeyde, sarı: oldukça hafif düzeyde) renk kullanması istendi. Boyama işleminden sonra hastanın ağrılı bölgeler üzerinde ağrının karakterini künt / zonklayıcı / yanıcı / dondurucu / karıncalanma / elektriklenme veya elektrik çarpması gibi / batma veya iğnelenme gibi /gerilme kelimelerini kullanarak tanımlaması istendi.

Bulgular: Çalışmaya katılan 250 gebenin ortalama yaşı 26.4±4.1 idi. Gebelerden %25,6(64)' sı birinci, %32,8 (82)' ikinci ve %41,6 (104)' sı üçüncü trimesterde idi. En sık ağrı uyulan bölgeler sırasıyla bel, kalça ve sırt bölgesi olarak belirtirken, ağrı şiddeti en yüksek olan bölgeler ise sırasıyla el-el bileği, kalça kuşağı & uyluk ve bel bölgesi olarak belirtildi. Nöropatik karakterde ağrıların en sık el bileği ve ellerde, ayak bilekleri ve ayaklarda ve sırt bölgesinde görüldüğü izlendi.

Sonuç: Sağlıklı gebelerde sıklıkla kendini sınırlayıcı kas iskelet sistemi ağrılarının iyi tanımlanması ilerleyici ve sekel bırakıcı durumların ayırt edilebilmesi açısından önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Gebe, Ağrı, Nöropatik Ağrı, Kas İskelet Sistemi.

Abstract

Objective: In this cross-sectional study, it was aimed to reveal the localization, severity, and character of the nonspecific musculoskeletal pain in pregnancy.

Materials and methods: The volunteers who were between 18 and 35 years of age were included in the study. Participants accompanied by a physiatrist requested a coloring of his or her pain on front and back poses of human figure on 40x55 cm dry-erase whiteboard. To determine the severity of pain, five different colors were desired (black: very severe, red: severe-moderate, blue: moderate, green: moderate-mild, yellow: reasonably mild). Participants were asked to identify the pain characteristics in the sensitive areas using words such as dull pain/ throbbing/burning/ freezing/tingling/electric shock or pinning.

Results: The mean age was 26.4±4.1 years for the 250 pregnant women. 25.6% (64) of the pregnancies were in the first trimester, and 32.8% (82) were in the second, and 41.6% (104) were in the third trimester of the pregnancy. The areas with the most frequent pain were the waist, hip and back regions respectively. Regions with the most severity of pain were defined as hand-wrist, pelvic girdle, neck and thigh and waist region respectively. The neuropathic nature of the pain was most commonly seen in the wrists, hands, ankles, feet and back region.

Conclusion: Good definition of musculoskeletal pain in healthy pregnancies is important in distinguishing progressive and sequelae situations.

Keywords: Pregnant, Pain, Neuropathic Pain, Musculoskeletal System.

1. Giriş

Bir kadının, kadın kimliğinden anne kimliğine geçiş süreci olan ve kadının hayatındaki en önemli olaylardan

biri olan gebelikte çeşitli sebeplerle kas iskelet sistemi ağrıları görülebilmektedir. Genellikle mekanik,

hormonal, dolaşımsal ve psikososyal nedenlerle olabileceği düşünülen bu kas iskelet sistemi ağrıları zaman zaman gebelerin günlük yaşam aktivitelerini etkileyecek düzeylere de erişebilmektedir [1,2]. Özellikle genel adıyla lumbopelvik ağrı olan bel ve pelvik bölge ağrıları gebelikte sık görülmektedir. Ağrı tüm pelvik eklemler, symphysis pubis, sakroiliak eklem ve koksiks gibi bölgelerde hissedilebilir [2- 4].

Gebelik boyunca görülen bel ağrısı sıklığının %80 civarında olduğu bildirilmiştir. Gebelikte sırt ve bel ağrılarının önemi giderek daha çok anlaşılmasına rağmen etiyojisi ve patofizyolojisi hala tam anlaşılammıştır [2]. Bel ağrısı en sık gebeliğin 5-7. aylarında görülmekle birlikte ilk trimesterde de ortaya çıkabilmektedir [1,4]. Gebe kadının hayat kalitesini önemli derecede etkileyen bel ve sırt ağrıları genellikle gebeliğin bir sonucu olarak değerlendirilmektedir. [1, 2]. Gebelikteki bel ağrıların, gebelik öncesindeki bel ağrısı, yaş, doğum sayısı, fiziksel aktivite ve vücut kitle indeksi (VKİ) gibi birçok faktörü mevcuttur [2].

Lumbopelvik ağrılar dışında gebelikte sık görülen diğer ağrılar da ayak, kalça ve diz ağrılarıdır. Gebelik boyunca ayak ağrısı sıklığı %17 ile %42 arasında değişmektedir. Gebelikteki eklem ağrıların sebeplerinden biri periferik eklemlerin artmış laksitesidir. Ayrıca kas iskelet sisteminde görülen ağrılar artmış vücut ağırlığına ve karnın ventral yönde asimetric büyümesine bağlı olarak ağırlık merkezinin değişmesinin de bir sonucudur [5].

Literatürde yapılan çalışmalarda gebelerin kas iskelet sistemi ağrıların sıklığı, şiddeti ve lokalizasyonu farklı çalışmalarda değerlendirilmiştir. Ancak mevcut literatürde ağrı odaklı ve ağrının özelliklerini tanımlayan bir kümülatif çalışma bulunmamaktadır. Bu kesitsel çalışmada gebelikte görülen özgül olmayan kas iskelet sistemi ağrıların lokalizasyonunu ve yayılımını, şiddetini ve karakterini ortaya koymak amaçlanmıştır.

2. Gereç ve yöntem

Etik kurul onayı alınan çalışmada (Uşak Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'nun 007 No' lu kararı ile alınmıştır), 2017 Eylül-Aralık tarihlerinde Uşak Üniversitesi Tıp Fakültesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, kadın hastalıkları ve doğum polikliniklerine rutin takipleri için gelen gebeler kas iskelet sistemi ağrıları açısından sorgulandı.

Örnekleme büyüklüğü hesaplaması; Türkiye' de kaba doğum hızı olan %17 rakamı popülasyon insidansı olarak alındığında ve özgül olmayan kas ağrısı insidansı (çalışma grubu insidansı) %10, alfa hata 0,05, beta hata 0,2 ve güç 0,8 olarak hesaplandığında örnekleme büyüklüğü 200 olarak hesaplanmıştır [6].

Dahil edilme kriterleri:

- Yaş aralığı 18-35 yaş arası olan gebeler

- Özgül olmayan kas iskelet sistemi ağrısı tarif eden hastalar
- Ağrı şiddeti (10 cm' lik görsel analog skala üzerinde) 2 ila 8 arasında olan hastalar
- Çalışmaya katılmaya gönüllü olanlar.

Dışlanma kriterleri:

- Ağır işçi statüsünde çalışmakta olanlar
- Gebelik dönemi komplikasyonları gelişmiş olan hastalar (Gebeliğe bağlı hipertansiyon, diabetes mellitus, eklampsi ve preeklampsi vb.)
- Gebelik öncesi dönemde tanı almış herhangi bir romatizmal hastalığı bulunmak (romatoid artrit, ankilozan spondilit vb.)
- Gebelik öncesi dönemde tanı almış herhangi bir nörolojik hastalığı bulunmak (multipl skleroz vb.)
- Gebelik öncesi dönemde herhangi bir nedenle kas iskelet sistemi operasyonu geçirmiş olmak olarak belirlenmiştir.

Çalışmada araştırmacılar tarafından hazırlanan kişisel bilgi formu ile hastaların kişisel bilgileri, gebelik bilgileri, gebelik öncesi ve gebelik sırasındaki hastalık öyküleri sorgulanmıştır. Hastaların sosyo-demografik özelliklerinin değerlendirilmesi için sosyo-demografik form kullanılmıştır. Ayrıca çalışmada ağrının karakterinin değerlendirilmesi amacıyla McGill-Melzack Ağrı Anketi, hastaların yaşam ve uyku kalitesinin değerlendirilmesi amacıyla Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalite Ölçeği-Kısa Formu (WHOQOL-BREF) ve Pittsburgh Uyku Kalite İndeksi (PUKİ) kullanılmıştır.

McGill-Melzack Ağrı Anketi: Dört bölümden oluşur. Birinci bölümünde hastanın ağrısının etkilediği vücut bölgesi veya bölgelerini işaretlemek üzere ön ve arka görünümü çizilmiş 2 vücut resmi bulunur. Ağrıyı duysal, algısal ve değerlendirme yönünden tanımlayan 2 ile 6 arasında değişen tanımlayıcı kelimenin yer aldığı 20 kelime grubu vardır. İlk 10 kelime grubu duysal boyutu, sonraki 5'i algısal boyutu, 16. grup değerlendirmeyi, son 4 grup ise ağrının farklı yönlerini gösteren çok yönlü kelimeleri içerir. Ayrıca ağrının zamanla ilişkisi ve ağrıyı nelerin azaltıp nelerin arttırdığı sorulur. Ağrı şiddetini tanımlayan kelimelerden oluşan bir derecelendirme skalası üzerinde değerlendirme yapılır [7].

Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalite Ölçeği-Kısa Formu (WHOQOL-BREF): WHOQOL-Bref, orjinal ölçekteki (WHOQOL-100) genel fasetten iki, geri kalan 24 fasetten de birer soru alınarak oluşturulmuş olan 26 soruluk bir ölçektir. WHOQOL-Bref, uzun ölçeğin aksine 4 alandan (bedensel, ruhsal, sosyal ilişkiler, çevresel iyilik) oluşmuştur. Bu ölçeğin toplam skoru yoktur. Her bir bölüm ve alan maksimum 20 puan veya 100 puan üzerinden skor alır [8].

Pittsburgh Uyku Kalite İndeksi (PUKİ): Uyku kalitesini değerlendirmek amacıyla; Buysse ve arkadaşları tarafından geliştirilen PUKİ kullanılmıştır. İndeksin geçerlilik ve güvenilirliği Ağargün ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (1995) ve Türk toplumuna uygunluğu saptanmıştır. İyi ve kötü uykunun

tanımlanması amacıyla uyku kalitesinin niceliksel ölçümünü veren bir ölçektir. Son 1 ay içerisindeki uyku kalitesini değerlendirmektedir. Toplam 24 soru içerir. Bu soruların 19'u kendini değerlendirme sorusudur, beşi bireyin eş veya bir oda arkadaşı tarafından yanıtlanır. İndeksin puanı hesaplanırken bireyin eş veya oda arkadaşı tarafından yanıtlanan sorular hesaplama dahil edilmez. Kendini değerlendirme soruları, uyku kalitesi ile ilgili değişik maddeleri içerir. Puanlanan 18 madde yedi bileşen puanı şeklinde gruplandırılmıştır. Bileşenlerin bazıları tek bir maddeden oluşmakta, bazıları ise birkaç maddenin gruplandırılması ile elde edilmektedir. Her madde 0-3 puan üzerinden değerlendirilmekte ve 7 bileşen puanının toplamı toplam PUKİ puanını verir. Toplam puan 0-21 arasındadır. Toplam puanın yüksek olması uyku kalitesinin kötü olduğunu gösterir. İndeks uyku bozukluğu olup olmadığını ya da uyku bozukluklarının yaygınlığını göstermez. Ancak PUKİ toplam puanının ≤ 5 olması "iyi" uykuyu, >5 olması ise "kötü" uyku kalitesini göstermektedir [9].

Gebelerden fizyotrist eşliğinde, ayaklı 40x55 cm'lik laminat yazı tahtası üzerine çizilmiş insan ön ve arka yüzü figürü üzerinde ağrının yerini hissettiği bölgelerde olduğu gibi boyaması istenmiştir. Bu insan figürleri; Genişletilmiş Nordic Kas İskelet Sistemi Anketi (GNKİSA)'nde yer alan dokuz vücut bölgesine (boyun, omuzlar, sırt, dirsekler, el bilekleri/eller, bel, kalçalar/uyluklar, dizler, ayak bilekleri/ayaklar) ek olarak temporomandibular eklem, sternoklavikular eklem ve sternum işaretlemesine uygun olarak tasarlandı. Boyama esnasında ağrının şiddetini belirlemek üzere 5 farklı (siyah: çok şiddetli ağrı, kırmızı: şiddetli-orta düzeyde ağrı, mavi: orta düzeyde ağrı, yeşil: orta-hafif düzeyde ağrı, sarı: oldukça hafif düzeyde ağrı) renk kullanması istenmiştir. Boyama işleminden sonra hastanın ağrılı bölgeler üzerinde ağrının karakterini küt / zonklayıcı / yanıcı / dondurucu / karıncalanma / elektriklenme veya elektrik çarpması gibi / batma veya iğnelenme gibi / gerilme kelimelerini kullanarak tanımlaması istenmiştir.

İstatistiksel değerlendirme:

İstatistiksel analizlerde SPSS 16.0 (SPSS Inc. Released 2007. SPSS for Windows, Version 16.0. Chicago, SPSS Inc.) programı kullanılmıştır. Verilerin tanımlayıcı istatistiklerinde ortalama, standart sapma ve frekans değerleri kullanılmıştır. Parametrik ve ordinal verilerin arasındaki korelasyon "Spearman korelasyon analizi" ile değerlendirilmiştir. İstatistiksel olarak anlamlı değer $p<0,05$ olarak kabul edilmiştir.

3. Bulgular

Çalışmaya katılan 250 gebenin ortalama yaşı 26.9 ± 7.4 idi. Gebelerden %21,6 (54)'sı birinci, %35,2 (88)'si ikinci, %43,2(108)'si üçüncü trimesterde idi (Tablo 1). Katılımcıların demografik bilgileri Tablo 1' de sunuldu.

Tablo 1. Katılımcıların tanımlayıcı özellikleri

		n=250 (% 100)	Ortalama SS	±
Yaş (yıl)	<25	103 (%41.2)	26.9±7.4	
	25-30	87 (%34.8)		
	30-35	46 (%18.4)		
	>35	24 (%9.6)		
Eğitim düzeyi	İlkokul-ortaokul	36 (%14.4)		
	Lise	140 (%56.0)		
	Üniversite ve üzeri	74 (%29.6)		
VKI (gebelik öncesi)	<18	17 (%6.8)	27.1±9.4	
	18-25	68 (%27.2)		
	25-30	72 (%28.8)		
	30-35	61 (%24.4)		
	>35	32 (%12.8)		
Sigara kullanımı	Kullanıyor	28 (%11.2)		
	Kullanmıyor	214 (%85.6)		
	Kullanıp bırakmış	8 (%3.2)		
Parite	1	126 (%50.4)		
	2	92 (%36.8)		
	>2	32 (%12.8)		
Gestasyon dönemi	Birinci trimester	54 (%21.6)	(Gebelik haftası)	25.8±10.6
	İkinci trimester	88 (%35.2)		
	Üçüncü trimester	108 (%43.2)		

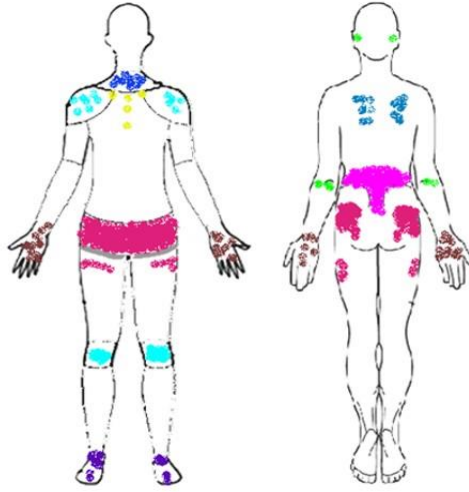
En sık ağrı duyulan bölgeler sırasıyla pelvik kuşak-kalça, bel ve sırt bölgesi olarak belirtilirken; ağrı şiddeti en yüksek olan bölgeler ise sırasıyla el-el bileği, kalça kuşağı & uyluk ve bel bölgesi olarak belirtildi (Tablo 2).

Nöropatik karakterde (yanıcı / dondurucu / karıncalanma / elektriklenme veya elektrik çarpması gibi / batma veya iğnelenme gibi) ağrıların en sık bel bölgesi, sırt bölgesi, el bileği ve ellerde, ayak bilekleri ve ayaklarda görüldüğü izlendi. (Şekil 1).

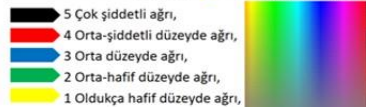
Ayrıca ağrı şiddeti, yaşam ve uyku kalitesi üzerinde olumsuz etkili olarak belirlenirken, ağrılı nokta sayısı ile yaşam ve uyku kalitesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmadı (Tablo 3). Kalça & uyluk, bel ve el-el bileği ağrıların yaşam ve uyku kalitesini olumsuz etkilediği izlendi (Tablo 3).

Tablo 2. Ağrı bölgeleri, ağrı şiddeti ve karakteri

	n (%)	Ağrı şiddeti (1-5)	Küt	Zonklayıcı	Yancı	Dondurucu	Karınçalanma	Elektrik	İğne
Boyun	65 %26.0	3.1	41 %63.0	16 %24.6	-	-	7 %10.7	4 %6.1	-
Omuz	30 %12.0	2.5	25 %83.3	4 %13.3	3 %10	-	2 %6.6	4 %13.3	-
Sırt	120 %48.0	2.8	67 %55.8	28 %23.3	20 %16.6	-	12 %10	8 %6.6	6 %5
Dirsek	20 %8.0	2.0	12 %60	7 %35	3 %15	-	-	3 %15	1 %5
El-el bileği	35 %14.0	4.2	12 %34.2	18 %51.4	16 %45.7	2 %5.7	9 %25.7	8 %22.8	4 %11.4
Bel	172 %68.8	3.5	119 %69.1	33 %19.1	18 %10.4	12 %6.9	8 %4.6	15 %8.7	6 %3.4
Kalça & Uyluk	180 %72.0	3.7	98 %54.4	66 %36.6	10 %5.5	-	10 %5.5	8 %4.4	5 %2.7
Diz	105 %42.0	2.6	85 %80.9	18 %17.1	2 %1.9	2 %1.9	-	-	4 %3.8
Ayak-ayak bileği	78 %31.2	3.3	36 %46.1	30 %38.4	12 %15.3	8 %10.2	6 %7.6	7 %8.9	6 %7.6
TME	28 %11.2	2.1	21 %75.0	6 %21.4	-	-	-	-	4 %14.2
SKE	22 %8.8	1.4	15 %68.1	5 %22.7	-	-	2 %9.0	-	4 %18.1
Sternum	24 %9.6	1.1	16 %66.6	5 %20.3	4 %16.6	2 %8.3	-	-	-



	n (%)	Ağrı şiddeti (1-5)	İğne	Elektrik	Karınçalanma	Dondurucu	Yancı	Zonklayıcı	Küt	Ağrı şiddeti (1-5)	n (%)
Boyun	65 %26.0	3.1	41 %63.0	16 %24.6	-	-	7 %10.7	4 %6.1	-	65 %26.0	
Omuz	30 %12.0	2.5	25 %83.3	4 %13.3	3 %10	-	2 %6.6	4 %13.3	-	30 %12.0	
Sırt	120 %48.0	2.8	67 %55.8	28 %23.3	20 %16.6	-	12 %10	8 %6.6	6 %5	120 %48.0	
Dirsek	20 %8.0	2.0	12 %60	7 %35	3 %15	-	-	3 %15	1 %5	20 %8.0	
El-el bileği	35 %14.0	4.2	12 %34.2	18 %51.4	16 %45.7	2 %5.7	9 %25.7	8 %22.8	4 %11.4	35 %14.0	
Bel	172 %68.8	3.5	119 %69.1	33 %19.1	18 %10.4	12 %6.9	8 %4.6	15 %8.7	6 %3.4	172 %68.8	
Kalça & Uyluk	180 %72.0	3.7	98 %54.4	66 %36.6	10 %5.5	-	10 %5.5	8 %4.4	5 %2.7	180 %72.0	
Diz	105 %42.0	2.6	85 %80.9	18 %17.1	2 %1.9	2 %1.9	-	-	4 %3.8	105 %42.0	
Ayak-ayak bileği	78 %31.2	3.3	36 %46.1	30 %38.4	12 %15.3	8 %10.2	6 %7.6	7 %8.9	6 %7.6	78 %31.2	
TME	28 %11.2	2.1	21 %75.0	6 %21.4	-	-	-	-	4 %14.2	28 %11.2	
SKE	22 %8.8	1.4	15 %68.1	5 %22.7	-	-	2 %9.0	-	4 %18.1	22 %8.8	
Sternum	24 %9.6	1.1	16 %66.6	5 %20.3	4 %16.6	2 %8.3	-	-	-	24 %9.6	



4. Tartışma

Ağrı şikâyeti yaşamadan gebelik geçiren bir kadın için, gebelik, hayatının belki de en güzel ve en heyecanlı dönemidir. Ancak yapılan çok sayıda çalışmada gebelik ile ilişkili kas iskelet sistemi ağrıları oldukça sık saptanmıştır. Literatürde yapılan çalışmalarda gebelikte en sık ağrı görülen kas iskelet sistemi bölgesi bel olarak belirtilmiştir [1,4,10,11]. Bu çalışmalarda bel ağrısı sıklığı %50' den fazla olarak değerlendirilmiştir. Bizim çalışmamızda da bel ağrısı sıklığı %68,8 olarak saptanmıştır. Ancak Akkurt HE [1] ve Casagrande ve ark [10]' nın çalışmalarında olduğu gibi bazı çalışmalarda en sık görülen kas iskelet sistemi ağrısı bel ağrısı olarak saptanmış olmasına rağmen bizim çalışmamızda pelvik kuşak ve kalça kuşağı ağrısı bel ağrısından daha sık saptanmıştır (%72). Casagrande ve

ark. nın çalışmasına göre gebelikte pelvik kuşak ağrısı sıklıkla bel ağrısını da içerecek şekilde %4-76 olarak saptanmışken sadece pelvik kuşak ağrısı sıklığının %16-25 aralığında olduğu bildirilmiştir. Bizim çalışmamızda pelvik kuşak ve kalça ağrısının bel ağrısına göre daha sık saptanması hastaların alt bölgesindeki ağrıyı pelvik ve kalça ağrısı olarak değerlendirmesine bağlı olabilir. Ayrıca bazı çalışmalarda ise posterior pelvik ağrının lomber ağrıdan 2-4 kat fazla görüldüğü bildirilmiştir. Bizim çalışmamız da bu çalışmalarla uyumlu bulunmuştur [4]. Bizim çalışmamızda sırt ağrısı üçüncü sıklıkta saptanmıştır (%48,0). Beng Kwang Ng ve ark. nın çalışmasına bel ağrısının oranı pelvik eklemler, symphysis pubis, sakroiliak eklemler ve oksiks gibi eklemleri de içerecek şekilde %80 olarak bildirilmiştir [2].

Tablo 3. Ağrı şiddeti, lokalizasyonu ve karakterinin uyku ve yaşam kalitesi ile ilişkisi

	Uyku kalitesi (PUKİ)	WHOQOL-Bref				
		Fiziksel	Psikolojik	Sosyal ilişkiler	Çevre	Genel sağlık
Ağrı şiddeti	-.657*	-.538*	-.474*	-.215	-.324	-.344
Ağrılı nokta sayısı	-.233	-.165	-.188	-.124	-.209	-.212
Boyun	-.421	-.333	-.175	-.268	-.208	-.216
Omuz	-.321	-.359	-.219	-.198	-.209	-.244
Sırt	-.341	-.259	-.409	-.386	-.341	-.302
Dirsek	-.156	-.159	-.241	-.201	-.154	-.144
El-el bileği	-.674*	-.587*	-.556*	-.467	-.412	-.457
Bel	-.612*	-.659*	-.666*	-.487*	-.457	-.411
Kalça&Uyluk	-.688*	-.671*	-.680*	-.608*	-.661*	-.581*
Diz	-.318	-.247	-.259	-.189	-.175	-.201
Ayak-ayak bileği	-.424	-.308	-.259	-.232	-.214	-.254
TME	-.175	-.219	-.208	-.159	-.142	-.163
SKE	-.184	-.167	-.145	-.122	-.140	-.111
Sternum	-.178	-.175	-.178	-.165	-.103	-.145

Bu tabloda Pearson Korelasyon testi uygulanmış ve ‘r’ değerleri verilmiştir. * = $p < 0.05$ (%95 güven aralığında). WHOQOL-Bref: Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalite Ölçeği-Kısa Formu Pittsburgh. PUKİ: Uyku Kalite İndeksi

Çalışmamızda ağrı şiddeti en yüksek olan bölgeler sırasıyla el-el bileği, kalça kuşağı& uyluk bölgesi ve bel olarak saptanmıştır.

Gebelikte el ve el bileğinde sık görülen iki patoloji De Quervain tenosinoviti ve Karpal Tünel Sendromu (KTS) olarak bildirilmiştir. Gebelikte bu iki hastalığın sebebinin lokal ödem ve inflamasyona bağlı olduğu düşünülmektedir. En sık üçüncü trimesterde gelişmektedir [12,13,14]. KTS semptomlarının genel olarak gebe olmayan popülasyona göre ılımlı düzeyde olduğu bildirilmesine rağmen, %34-75 hasta el fonksiyonlarının bozulduğunu ve gebelikte uyku problemlerine neden olduğunu bildirmiştir [14]. Çalışmamızda hastalarda el-el bileğinde görülen ağrının şiddetinin en yüksek saptanması hastaların çoğunun üçüncü trimesterde olması, ağrı şiddeti ve el-el bileği ağrılarının hastanın yaşam ve uyku kalitesini olumsuz etkilemesi nedeniyle hastanın algısı ve psikolojik durumuyla ilişkili olabileceği düşünülmektedir.

Gutke ve ark. [15], gebelikte bel ağrısının pelvik kuşak ağrısı ve alt bel bölgesi olmak üzere 2 farklı tipte geliştiğini bildirmiş, ikisinin ortak ismi de lumbopelvik ağrı olarak tanımlanmıştır. Pelvik kuşak ağrısının tanı ve tedavisi için hazırlanan 2008 Avrupa kılavuzlarına göre, pelvik kuşak ağrısının bel ağrısından daha ağrılı olduğu kabul edilmiştir [15,16]. Bizim çalışmamızda da kalça kuşağı ağrısı bel ağrısından daha şiddetli olarak saptanmıştır. Çalışmamızda gebeler yanıcı, dondurucu, karıncalanma, elektriklenme veya elektrik çarpması

gibi, batma veya iğnelenme gibi nöropatik karakterde ağrılar açısından sorgulandığında en sık bel bölgesinde olmak üzere sırasıyla bel, sırt, el-el bileği ve ayak-ayak bileği bölgelerinde hissettiklerini bildirmişlerdir. Gebelerde nöropatik ağrı sık görülen bir durumdur. Gebe kadınlarda KTS, siyatik, meraljia parestetika ve diğer sinir tuzaklanma sendromları gelişme riski mevcuttur [17,18]. Bunun da uterusun büyümesi ile gelişen fiziksel ve postural değişimler ve pelvik kuşaktaki değişiklikler gibi birçok sebebi vardır. Pelvis ve vertebral bölgedeki eklemlerde laksiteye neden olan gebelikteki yüksek relaksin konsantrasyonları nedeniyle gebelerde bel ağrısı, siyatik ve pelvik ağrı gelişmektedir [17].

Eser ve ark. nın yaptığı çalışmaya göre, lumbopelvik ağrısı olan gebe kadınlarda nöropatik ağrı prevalansı yüksek bulunmuştur. Genel popülasyonda nöropatik ağrı sıklığı %7-8 iken epidemiyolojik çalışmalarda bel ağrısı olan hastaların %20-35’inin nöropatik ağrı şikayetleri olduğu gösterilmiştir [18].

Gebe kadınlarda, periferik nöropati, polinöropati ve mononöropatiler daha önce bildirilmiştir. İdiopatik fasial sinir paralizi veya Bell paralizisinin gebe kadınlarda gebe olmayanlara göre 2-3 kat fazla olduğu bildirilmiştir. Gebelikte ilişkili fasial sinir paralizisinin %75’i üçüncü trimester ve erken post-partum dönemde görülmekte ve bilateral veya rekürren karakterde olabilmektedir. [18,19]. Ayrıca KTS sıklığı da gebelerde özellikle 3.trimesterde artmakla birlikte sık görülen bir durumdur [12,14,17]. Bunlara ek olarak,

gebelikte, brakiyal pleksus nöropatisi, meralgia parestetika, akut immün demyelinizan polinöropati (Guillain-Barre Sendromu), lumbosakral radikülopati veya pleksopati, femoral, tibial, lateral femoral kutanöz, obturator ve peroneal nöropatiler ve kronik immün demyelinizan polinöropati de gelişebilmektedir [17, 18]. Ancak mevcut literatürde gebelerde nöropatik ağrı ile ilgili yeterli çalışma bulunmamakta ve bizim çalışmamızdaki gibi sıklığı ve lokalizasyonunu değerlendiren bir çalışma bulunmamaktadır.

Birçok çalışmada postpartum dönemde uyku sorunları araştırılmış olmasına rağmen gebelik döneminde uyku kalitesini değerlendiren az sayıda çalışma bulunmaktadır. Çoban ve ark.'nın yaptığı çalışmaya göre gebelerin yaklaşık yarısının uyku kalitesinin kötü olduğu, gebelik haftası ilerledikçe uyku kalitesinin de azaldığı saptanmıştır. Ayrıca yetersiz uyuyan gebelerde yorgunluk ve ağrı düzeyleri artmakta, yorgunluk düzeyi ile günlük işlev bozukluğu arasında da pozitif bir ilişki bulunmaktadır [9].

Bizim çalışmamızda ağrı şiddetinin, yaşam ve uyku kalitesi üzerinde olumsuz etkili olduğu, ancak ağrılı nokta sayısı ile anlamlı bir ilişki olmadığı saptanmıştır. Ayrıca kalça ve uyluk çevresinde, bel ve el-el bileği bölgelerinde ağrısı olan gebelerin yaşam ve uyku kalitesinin olumsuz etkilendiği saptanmıştır. Mevcut literatürde gebelikte yaşanan ağrı ile uyku ve yaşam kalitesinin ilişkisini değerlendiren çalışma sayısı oldukça kısıtlıdır. Çalışmamız ağrısı olan gebelerin, ağrı şiddeti ve bölgesine göre uyku ve yaşam kalitesini değerlendiren önemli bir çalışma niteliğindedir.

Çalışmamızın en önemli kısıtlılığı prospektif takip içermemesidir. Ayrıca meme ağrısı veya variköz problemler gibi patolojilerin ayırt edilmemiş olması ve aktivite sorgulaması, ilaç kullanımı, D vitamini eksikliği, anemi, tiroit patolojileri ve psikolojik değerlendirme gibi ağrı üzerine etkili olabilecek durumların değerlendirilmemiş olması bir diğer kısıtlılığıdır. Kullanılan boyama yönteminin çalışmamıza özgü olması nedeniyle geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yoktur. Çalışmamız sadece tek merkez verilerini içermektedir. Dolayısıyla çok merkezde daha geniş hasta gruplarında değerlendirilmesine ihtiyaç vardır.

Literatürde, gebelerin kas iskelet sistemi ağrılarının sıklığı, şiddeti ve lokalizasyonu farklı çalışmalarda değerlendirilmiştir. Ancak mevcut literatürde ağrı odaklı ve ağrının özelliklerini tanımlayan bir kümülatif çalışma bulunmamaktadır. Bu özelliği ile çalışmamız ilk olma özelliği taşımaktadır. Ancak ağrı odaklı, ağrının özellik ve lokalizasyonlarını değerlendiren yeni çalışmalara ihtiyaç olduğu kanaatindeyiz.

5. Sonuç

Sağlıklı gebelerde kas iskelet sistemi ağrıları sıklıkla gebeliğin fizyolojik değişimlerine eşlik eden yaygın bir durumdur. Sağlıklı gebelerde sıklıkla kendini sınırlayıcı kas iskelet sistemi ağrılarının iyi tanımlanması ilerleyici ve sekel bırakıcı durumların ayırt edilebilmesi açısından önemlidir.

6. Kaynaklar

1. Akkurt HE. Gebelerde görülen bel ağrısı. Türkiye Klinikleri J Health Sci 2017;2(1):40-6.
2. Kwang Ng B, Kipli M, Abdul Karim AK, Shohaimi S, Abdul Ghani NA, Lim PS. Back pain in pregnancy among office workers: risk factors and its impact on quality of life. Horm Mol Biol Clin Investig. 2017;2017-0037 (DOI: 10.1515/hmbci-2017-0037).
3. Morino S, Ishihara M, Umezaki F, Hatanaka H, Iijima H, Yamashita M, Aoyama T, Takahashi M. Low back pain and causative movements in pregnancy: a prospective cohort study. BMC Musculoskeletal Disorders 2017;18:416
4. Nacir B, Karagöz A, Erdem HR. Gebelikte görülen bel ağrıları. Turk J Rheumatol 2009;24:39-45.
5. Varol T, Göker A, Cezayirli E, Özgür S, Tuç Yücel A. Relation between foot pain and plantar pressure in pregnancy. Turk J Med Sci 2017;47: 1104-1108. <http://clincalc.com/stats/samplesize.aspx>
6. Biçici, B. (2010). "Mcgill Ağrı Ölçeği Kısa Formu'nun" geçerlik ve güvenilirliğinin incelenmesi (Yüksek lisans tezi). Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.
7. Eser, E. et al.: WHOQOL-100 ve WHOQOL-Bref 'in Psikometrik Özellikleri. 3P (Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji) Dergisi 1999;7(ek 2):23-41.
8. Çoban A, Yanikkerem E. Gebelerde uyku kalitesi ve yorgunluk düzeyi. Ege Journal of Medicine/ Ege Tıp Dergisi 2010; 49(2): 87-94.
9. Casagrande D, Gugala Z, Clark SM, Lindsey RW. Low back pain and pelvic girdle pain in pregnancy. J Am Acad Orthop Surg 2015; 23:539-549
10. Sencan S, Ozcan-Eksi EE, Cuce İ, Guzel S, Erdem B. Pregnancy-related low back pain in women in Turkey: Prevalance and risk factors. Annals of Physical and Rehabilitation Medicine 2018; 61: 33-37
11. Thabah M, Ravindran V. Musculoskeletal problems in pregnancy. Rheumatol Int 2015; 35: 581-587
12. Hezel J-PD. Musculoskeletal pain in pregnancy. www.ebook3000.com. DOI 10.1007/978-3-319-39328-5_8
13. Kösehasanoğulları M, Yılmaz N. Fibromiyalji Sendromu ve Nöropatik Ağrı. Ege Tıp Bilimleri Dergisi 2018;1(1):26-31.
14. Gutke A, Betten C, Degerskär K, Pousette S, Olsén MF. Treatments for pregnancy-related lumbopelvic pain: a systematic review of physiotherapy modalities. Acta Obstet Gynecol Scand. 2015;94(11):1156-67.
15. Mackenzie J, Murray E, Lusher J. Women's experiences of pregnancy related pelvic girdle pain: A systematic review. Midwifery 2018; 56: 102-111
16. Costantino M, Guaraldi C, Costantino D, De Grazia S, Unfer V. Peripheral neuropathy in obstetrics: efficacy and safety of α -lipoic acid supplementation. European Review for Medical and Pharmacological Sciences 2014; 18: 2766-2771
17. Eser F, Nebioğlu S, Aliyeva A, Kılıçarslan A, Atalay CR, Özcanlı G, Erten Ş, Uysal F. Neuropathic pain in pregnant Turkish women with lumbopelvic pain and its impact on health-related quality of life. Eur J Rheumatol 2018; 5: 37-9
18. To WK, Cheung RTF. Neurological disorders in pregnancy. HKMJ 1997;3:400-8.

<http://edergi.cbu.edu.tr/ojs/index.php/cbusbed> isimli yazarın CBU-SBED başlıklı eseri bu Creative Commons Atınlı-Gayriticari4.0 Uluslararası Lisansı ile lisanslanmıştır.





ARAŞTIRMA MAKALESİ
RESEARCH ARTICLE
CBU-SBED, 2018, 5(4):175-180

Serbest Zaman Etkinlikleri Kapsamında Bireylerin Sosyal İlişkilerinde Kararlılık ve Sosyalleşme Düzeylerinin İncelenmesi: Oryantiring Örneği

Tuğba KALKAN¹, Pınar GÜZEL^{1*}

¹ Manisa Celal Bayar Üniversitesi, Spor Bilimleri Fakültesi, Rekreasyon ABD, tubaa_kalkan35@outlook.com, pnrugzel@yahoo.com

*Sorumlu Yazar / Corresponding Author: Pınar GÜZEL

Gönderim Tarihi / Received: 24.07.2018

Kabul Tarihi / Accepted: 12.12.2018

Öz

Amaç: Bu araştırma, Oryantiring müsabakalarına katılan lisanslı sporcuların, “serbest zaman etkinlikleri kapsamında sosyal ilişkilerinde kararlılık ve sosyalleşme düzeylerinin incelenmesi” amacıyla yapılmıştır.

Gereç ve Yöntem: Araştırmanın çalışma grubu, Türkiye Oryantiring Federasyonu bünyesinde bir sezon boyunca Oryantiring müsabakalarına katılan lisanslı sporculardan oluşmaktadır.

Bulgular: Demografik özelliklere ilişkin bulgular arasında, cinsiyete, serbest zaman etkinliklerine katılım şekillerine, serbest zaman etkinliğine başlamada en çok etkisi olan rol sahibine, serbest zaman etkinliğine yaptığı katılım sıklığına ve serbest zaman etkinliği ile ilgilenme amacına göre dağılımları incelenmiştir. Çalışma grubunun %63.2’si erkek ve %36.8’i kadın olmak üzere 329 katılımcıdan oluşmuştur. Serbest zaman etkinliklerine katılım sıklığına göre oranları, hafta içi her gün %27.4, haftada üç gün %32.5, sadece hafta sonları %20.7, ara sıra %16.1 ve diğer (ayda bir) %3.3 olarak tespit edilmiştir. Serbest zaman etkinliği ile ilgilenme amacı dağılımına bakıldığında sağlıklı yaşam %26.4’lük, kişisel beceri ve yetenek %21.3’lük, kişisel gelişim %18.2’lik, mesleki-kariyer ve sosyo-kültürel katılım-paylaşım %16.4’lük, , diğer (tavsiye-öneri) %1.2’lik oranı göstermektedir. Spor ve Sosyalleşme Ölçeği ile Çok Alanlı Kararlılık Ölçeği alt boyutlarından genel kararlılık ($p<.01$; $r=0.461$) ve kesinlik ($p<.01$; $r=0.327$) arasında pozitif yönde orta düzeyde; Spor ve sosyalleşme ile çatışma çözme ($p<.01$; $r=0.239$) ve kolaylık ($p<.01$; $r=0.228$) alt boyutları arasında pozitif yönde düşük düzeyde ilişki tespit edilmiştir.

Sonuç: Sonuç olarak, serbest zaman etkinlikleri kapsamında bireylerin sosyal ilişkilerinde kararlılık ve sosyalleşme düzeylerinin incelenmeye çalışıldığı bu çalışmada, serbest zaman etkinliği olarak değerlendirilen oryantiringin bireyler üzerinde hem sosyalleşme hem de kararlılık düzeylerinde önemli etkilere sahip olduğu tespit edilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Serbest Zaman, Sosyalleşme, Çok Alanlı Kararlılık, Oryantiring.

Abstract

Objective: This research has been performed on the purpose of examining “the determination and socialising levels of licensed athletes who participated in orienteering competitions, within the framework of leisure time activities.

Material and Method: The study group of the research includes licensed athletes participating in orienteering competitions during a season within the scope of Turkey Orienteering Federation.

Findings: In regard to demographical features; distributions according to sex, participation in leisure time activities, the most influential prompter for joining these activities, participation frequency and purpose of interest in leisure time activities have been examined. The study group consists of 329 participants involving men by 63.2% and women by 36.8%. Participation ratios in leisure time activities have been determined as follows: 27.4% for every weekday, 32.5% for three days a week, 20.7% for merely at weekends, sometimes by 16.1% and other (once a month) by 3.3%. Purpose of participation is comprised of 26.4% for a healthier life, 21.3% for personal skills and talents, 18.2% for self-development, 16.4% for professional career and socio-cultural participation, other (recommendation) for 1.2%. According to the Sports and Socialisation Scale and Multi-Domain Stability Scale, the general decisiveness sub-dimension ($p<.01$; $r=0.461$) and precision sub-dimension are at medium level positively; the conflict resolution sub-dimension ($p<.01$; $r=0.239$) and convenience sub-dimension are determined to have a low-level relationship ($p<.01$; $r=0.228$) positively.

Results: Consequently, this research concluded that orienteering as leisure time activity has significant impacts on individuals’ both socialisation and persistence levels.

Keywords: Leisure Time, Socialisation, Multi-Domain Stability, Orienteering

1. Giriş

Günümüzde sanayileşme ve teknolojik gelişmelerle birlikte bireylerin serbest zamanlarında artış ortaya

çıkmasıyla birlikte her kesimden bireyin yaşamında yer almaya başlamasıyla birlikte hemen her kesimden insan

için değerlendirme açısından ciddi olarak sorun haline gelse de, insanların iş yaşamı dışında kalan zamanlarında dinlenmekten, eğlenmekten ve sevdikleriyle keyifli vakit geçirecek faaliyetler ile ilgilenmekten zevk duydıkları bilinmektedir [1].

Torkildsen yapmış olduğu tanıma göre serbest zaman; başka etkenlerden gelen direktmelere bağlı olmaksızın bireysel kontrolün sağlandığı, zorunluluğun olmadığı, bireylerin kendi iradeleri çerçevesinde seçtikleri, özgür olma isteğinden doğan, deneyim ve tecrübelerin yaşandığı, yenilenmenin vermiş olduğu etki ile fiziksel, zihinsel ve ruhsal olarak yeniden hazır hale gelmek için ayrılan zaman aralığı olarak ifade edilmektedir [2].

Serbest zaman etkinliklerinin olumlu yönde kullanılması bireye, kişisel ve toplumsal gelişim göstermesine katkı sağlarken, olumsuz yönden kullanılması halinde bireyin bunalıma girme, mutsuz olma gibi sorunlar yaşamasına sebep olabileceği görülmektedir [3].

Rekreasyon, araştırmacı ve bilim adamlarının çalışmaları sonucunda çeşitli açıklamalar doğrultusunda tanımlansa da genellikle rekreasyonun birey sağlığı üzerindeki katkılarına yoğunlaşmıştır. Alan yazın araştırmaları fiziksel ve sosyal açıdan aktif insanların aktif olmayanlara oranla sağlık konusunda pozitif artış gösterdiklerini ve diğer bireylere göre daha sosyal olduklarını, aktif olmayanların ise bir takım sağlık problemleriyle karşılaşabileceğini göstermektedir [2].

Bununla birlikte rekreasyonun, kişisel faydalarının yanı sıra sosyal (sosyalleşme, etnik ve kültürel karışım vb), ekonomik (turizm, motivasyon etkisiyle işte verimin artırılması) ve çevresel (rehabilitasyon) katkıları da bulunmaktadır [4]. Toplumsal yaşantıda sportif aktivitelerin, bireylere ortak bir etkinlik içerisinde bulunma imkânı sunduğu bilinmektedir. Ayrıca kişiler bu gibi ortamlarda, rekabet ve mücadele azmi kazanır. Bireyler bu sayede kazanma, kaybetme ve kabullenmeyi, birbirlerine kendilerini ifade edebilmeyi, birbirlerinin inanç ve düşüncelerine saygı göstermeyi öğrenerek sağlıklı ilişkiler kurabilmektedirler. Spor faaliyetleri ile bireyler ortak etkinlik yapabilme özelliği kazanırken rekabetçi bir yapı, çalışma disiplini, mücadele azmi kazanır. Kazanma ve kaybetmeyi kabullenmeyi, paylaşmayı, yardımlaşmayı, başkalarının görüş ve düşüncelerine saygı duymayı öğrenir. Birlikte çalışma sonucu bireyde sosyal sorumluluk duygusu gelişir. Sosyal sorumluluk duygusunun gelişmesi sonucu toplumda sosyalleşme süreci sağlanmış olur [5].

Sosyalleşme, toplulukların içerisinde öğrenme süreci olarak karşımıza çıkarken, insanoğlu, yaşamış olduğu bu süreç kapsamında; teknolojik ve kültürel gelişmelerle birlikte sosyal ve iletişimsel yeniliklere tanıklık etmektedir. Dolayısıyla kişinin sosyalleşmesine katkı sağlayan ortamlarda zamanla farklılık göstermektedir [6]. Sosyalleşme süreci ise doğum ile birlikte başlayan

yaşam boyunca bireysel karakterin gelişmesi ve toplum içerisinde anlamlı bir yer edinmesidir. Bireyin sosyal ilişkiler içerisinde yer alarak toplumla bütünleşmesi ve belirli görevleri yerine getirmesi sosyalleşme sürecinin gelişimine bağlıdır. Bireylerde sosyalleşmenin gerçekleşmemesi toplumsal açıdan son derece sakıncalıdır [5].

Spor, kişinin sosyalleşme sürecinde bir araç olduğu gibi, içerisinde sosyalleşmeyi yansıtan hareket ve oyunlar sayesinde, duygularını ifade ederken aynı zamanda bireye kendini gerçekleştirebilme imkânı da vermektedir [7]. Sporun sosyalleşme sürecine olan etkisinin yanı sıra insanlar üzerinde hem zihinsel hem de bedensel olarak olumlu katkısı olduğu artık bilinen bir gerçektir. Oryantiring sporu da her iki unsuru bünyesinde barındıran bir spor türüdür [8].

Oryantiring, harita ve pusula yardımıyla, haritası veya krokisi çizilmiş herhangi bir arazi üzerindeki kontrol noktalarını en kısa zamanda, hatasız bir şekilde tamamlamayı gerektiren bir doğa sporudur. Başlangıçta doğa sporu olarak ortaya çıkan “oryantiring” etkinliği, günümüzde kapsamı genişlemek suretiyle bir serbest zaman etkinliği olarak rekreasyon ve turizm çerçevesinde yaygınlaşma göstermektedir [9].

Sınırlı alan içinde, bireysel kazanımları ve yüksek bir performans gösterilmek suretiyle diğer spor dallarından ayrılan oryantiring, zihinsel gelişim ve analitik anlayış neticesinde verilen kararlarla birlikte bedensel veya fiziksel karar verme ve uygulama görevini de yerine getirebilmektedir [10]. Haraburda'ya göre karar verme anında stresle başa çıkma karar vermeyi etkilediği gibi mantık, akılcı düşünce ile sosyal normlar ve kişiler arası ilişkiler de karar vermeyi etkilemektedir [11].

1.1. Araştırmanın Amacı

Bu çalışmada, bir serbest zaman etkinliği olarak ele alınan Oryantiring etkinliğinin spor ve sosyalleşme ile çok alanlı karar verme sürecinde bireyler üzerindeki katkısının ortaya konması amaçlanmaktadır.

1.2. Araştırmanın Önemi

Toplumların yaygın sosyal etkinliklerinden birisi olarak görülen serbest zaman etkinlikleri, bireylere sosyal ve kültürel zevkler ile duyarlılık kazandıran bir olgudur. Ayrıca, farklı alanlardaki temel kazanımlarının yanı sıra bireylerin serbest zamanlarının sağlıklı değerlendirilmesine, çevresiyle etkileşim içerisinde olmasına, hoşgörü duygusunun artmasına, sosyal sorumluluklarını yerine getirmesine, toplumda belirli bir statü ve aidiyet duygusunun gelişmesine ve toplumsal birlikteliğin sağlanmasında yardımcı olur.

Oryantiring sporunun bireye sosyal, fiziksel, kavramsal ve zihinsel yönde katkı sağladığı bilinmektedir. Bireylerin bu sporun doğası itibarıyla kendilerine olan özgüveni arttırmaları, çevre ile olan farkındalıklarının yükselmesi, karar verme biçimlerinde ve sosyalleşme becerilerinin geliştirilmesi gibi kazanımlarının ortaya çıkabileceği düşünülmektedir.

2. Gereç - Yöntem

Bu bölümde araştırma modeli, çalışma grubu, veri toplama araçları ve veri toplama süreci ile toplanan verilerin değerlendirilmesinde kullanılan istatistiksel yöntemler üzerinde durulmuştur. Araştırılan konuya ilişkin, evreni temsil eden sayısal sonuçlar elde edilmiştir.

2.1. Araştırma Modeli

Bu çalışmada, olgu ve olayları nesnelleştirerek gözlemlenebilir, ölçülebilir ve sayısal olarak ifade edilebilir bir şekilde ortaya koyan bir araştırma türü olan Nicel araştırma yöntemlerinden, Genel Tarama Modeli kullanılmıştır.

2.2. Araştırma Grubu

Araştırmanın çalışma grubu, Türkiye Oryantiring Federasyonu bünyesinde bir sezon boyunca Oryantiring müsabakalarına katılan lisanslı sporculardan oluşmaktadır. Çalışmanın örneklemini, yaş ortalaması $23,68 \pm 9,78$ olan 121 kadın 208 erkek olmak üzere toplam 329 kişi oluşturmaktadır.

2.3. Veri Toplama Aracı

Araştırmada veri toplama aracı olarak anket yöntemi tercih edilmiştir. Araştırmada kullanılan veri toplama aracı dört bölümden oluşmaktadır. Katılımcı Bilgilendirme Formu ile çalışma grubu bilgilendirilmiştir. Kişisel Bilgi Formu kullanılarak demografik bulgular elde edilmiştir. Üçüncü bölümde Şahan tarafından geliştirilen “Spor ve Sosyalleşme Ölçeği” (12) kullanılırken son bölümde ise Haraburda (11) tarafından geliştirilen ve Sarı (13) tarafından Türkçe uyarlaması yapılan “Çok Alanlı Kararlık Ölçeği”nden yararlanılmıştır.

Spor ve Sosyalleşme Ölçeği:

Şahan (12) tarafından geliştirilen “Spor ve Sosyalleşme Ölçeği” 35 maddeden oluşan 5’li likert tipi bir yapıya sahiptir. Ölçeğin alt boyutları bulunmadığı için toplam puan üzerinden hesaplanmıştır. İç tutarlılık katsayısı ,87 olarak tespit edilmiştir.

Çok Alanlı Kararlık Ölçeği:

Haraburda (11) tarafından geliştirilmiş ve Sarı (13) tarafından Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği yapılmıştır. Ölçek 20 madde ve 4 faktörden oluşmaktadır. 6’lı likert tipine sahiptir. Çok Alanlı Kararlık ölçeğinin toplam iç tutarlılık kat sayısı, 88 ve alt boyutlara ilişkin iç tutarlılık kat sayısı ise, 78 ile, 84 olarak tespit edilmiştir.

2.4. Verilerin Toplanması

Veri toplama süreci sonunda toplam 350 katılımcıya ulaşılmıştır. Elde edilen veriler değerlendirilerek çalışmaya uygun olmayan, eksik bilgi olarak tespit edilen ya da bilgi kaybı olan veriler belirlenerek 31 anket formu çalışmanın dışında tutulmuştur. Böylelikle eksiksiz olarak doldurulan 329 katılımcı formu değerlendirilmeye alınmıştır.

2.5. Verilerin Analizi

Elde edilen verilerin analizinde SPSS 22 paket programı kullanılmıştır. “Spor ve Sosyalleşme Ölçeği” ve “Çok Alanlı Kararlık Ölçeği” düzeyi alt boyutları arasındaki ilişkilerin tespitinde Pearson Kolerasyon analizi kullanılmıştır. “Spor ve Sosyalleşme Ölçeği” ve “Çok

Alanlı Kararlık Ölçeği” puanlarının yaşanan yerleşim yerine göre farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek için Tek Yönlü MANOVA testi yapılmıştır.

3. Bulgular

Bu bölümde, demografik özelliklerine ilişkin bulguların frekans, yüzde ve aritmetik ortalama dağılımları ile serbest zaman etkinliklerinde spor ve sosyalleşme ölçeği ile çok alanlı kararlık ölçeği düzeyleri ortalamalarının demografik değişkenlere ilişkin farkını gösteren Manova test sonuçları yer almaktadır. Ayrıca spor ve sosyalleşme ölçeği ile çok alanlı kararlık ölçeği düzeyi alt boyutları arasındaki ilişkilerin tespitinde Pearson Kolerasyon analizi kullanılmıştır.

3.1. Demografik Özelliklere İlişkin Bulgular

Bu başlık altında demografik özellikler ile ilgili bulguların yüzde ve frekans dağılımları Tablo 1’de gösterilmiştir.

Tablo 1. Tanımlayıcı istatistikler

		f	%	Toplam
Cinsiyet	Kadın	121	36.8	329
	Erkek	208	63.2	
Serbest Zaman Etkinliklerine Katılım Şekilleri	Bireysel	76	23.1	329
	Ailemle	36	10.9	
	Arkadaşlarımla	211	64.1	
	Diğer	6	1.8	
Serbest Zaman Etkinliklerine Katılım Etkinli Olan Rol Sahibi	Aile	78	23.7	329
	Arkadaş	131	39.8	
	Kendim	34	10.3	
	Antrenör	53	16.1	
	Öğretmen	33	10.0	
Serbest Zaman Etkinliklerine Katılım sıklığı	Hafta içi hergün	90	27.4	329
	Haftada üç gün	107	32.5	
	Sadece hafta sonları	68	20.7	
	Ara sıra	53	16.1	
	Diğer	11	3.3	
Serbest Zaman Etkinlikleri İle İlgilenme Amacı	Kişisel gelişim	60	18.2	329
	Sağlıklı yaşam	87	26.4	
	Mesleki kariyer	54	16.4	
	Sosyokültürel katılım-paylaşım	54	16.4	
	70	21.3		
	Kişisel beceri ve yetenek	4	1.2	
	Diğer			

Bulgular incelendiğinde, araştırmaya katılan 329 katılımcıdan, 121’i kadın, geriye kalan 208 katılımcının ise erkek olduğu saptanmıştır. Erkekler %63,2; kadınların %36,8’dir. Serbest zaman etkinliğine katılım şekilleri göz önüne alındığında; arkadaşlarımla %64,1, bireysel %23,1, ailemle %10,9 ve diğer (akrabalar) ise %1,8’lik kısmı ifade etmektedir. Rol sahibine göre dağılımın incelendiğinde, %39,8 ile arkadaş faktörü belirtilmektedir ve bu oranla diğerlerine göre en yüksek oranı göstermektedir. %23,7 aileyi; %16,1 ise antrenörü belirtmektedir. Öğretmen ve kendim ise eşit dağılım göstererek %10,3 oranını ifade etmektedir. Serbest zaman etkinliklerine katılım sıklığına göre oranları, hafta içi her gün %27,4, haftada üç gün %32,5, sadece hafta sonları %20,7, ara sıra %16,1 ve diğer (ayda bir) %3,3 olarak tespit edilmiştir. Serbest zaman etkinliği ile ilgilenme amacı dağılımına bakıldığında sağlıklı yaşam

%26,4'lük, kişisel beceri ve yetenek %21,3'lük, kişisel gelişim %18,2'lik, mesleki-kariyer ve sosyo-kültürel katılım-paylaşım %16,4'lük, , diğer (tavsiye-öneri) %1,2'lik oranı göstermektedir (Tablo 1).

3.2. Yaşanılan Yerleşim Yeri Durumuna Göre Çok Alanlı Kararlılık Ölçeği Alt Boyutları Düzeylerine İlişkin Bulgular

Yaşanılan yerleşim yeri durumuna göre çok alanlı kararlılık ölçeği alt boyutları düzeylerine ilişkin bulgular Tablo 2'de gösterilmiştir.

Tablo 2. Çok Alanlı Kararlılık Ölçeği Alt Boyut Puanlarının Yaşanılan Yerleşim Yeri Durumuna İlişkin Ortalama ve Standart Sapma Değerleri ile Manova Bulguları

Değişkenler	Yerleşim yeri	N	\bar{x}	S	Sd	F	p
Genel kararlılık	Büyükşehir	192	3.98	.70	3-325	.750	.523
	İl	47	3.84	.73			
	İlçe	70	3.99	.64			
	Kasaba	20	4.06	.57			
Çatışma çözme	Büyükşehir	192	4.09	.71	3-325	1.117	.342
	İl	47	3.92	.72			
	İlçe	70	3.96	.85			
	Kasaba	20	4.15	.68			
Kesinlik	Büyükşehir	192	4.45	.82	3-325	.309	.819
	İl	47	4.45	.71			
	İlçe	70	4.55	.88			
	Kasaba	20	4.51	.84			
Kolaylık	Büyükşehir	192	4.29	.84	3-325	.101	.959
	İl	47	4.28	.72			
	İlçe	70	4.35	.89			
	Kasaba	20	4.34	.66			

Tablo 2 incelendiğinde; çok alanlı kararlılık ölçeği alt boyut puanları üzerinde yapılan MANOVA sonuçlarının yaşanılan yerleşim yeri faktörleri bakımından anlamlı farklılık göstermediği tespit edilmiştir.

Wilks' Lambda (Λ)=0,974; F(12,872)=,715 testi dikkate alındığında faktörlerin değerleri incelendiğinde 4 faktöre ilişkin anlamlılık değerlerinin $p>0,05$ 'ten büyük olduğu görülmektedir. Bu durum yaşanılan yerleşim yerinin bağımlı değişkenler üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkisinin olmadığını göstermektedir.

3.3. Spor ve Sosyalleşme Ölçeği İle Çok Alanlı Kararlılık Ölçeği Alt Boyutları Arasındaki İlişki (Pearson Korelasyon) Bulguları

Serbest zaman etkinlikleri kapsamında bireylerin sosyal ilişkilerinde çok alanlı kararlılık ölçeği ile spor ve sosyalleşme ölçeği düzeyleri arasındaki ilişkiye ait bulgular Tablo 3'te gösterilmiştir.

Tablo 3. Çok Alanlı Kararlılık Ölçeği Alt Boyutları İle Spor ve Sosyalleşme Ölçeği Arasındaki İlişkiye Ait Pearson Korelasyon Bulguları

Değişkenler	1	2	3	4	5
1-Spor ve Sosyalleşme	1	.461**	.239**	.327**	.228**
2-Genel kararlılık	r	1	.404**	.396**	.284**
3-Çatışma çözme	r		1	.480**	.602**
4-Kesinlik	r			1	.666**
5-Kolaylık	r				1

Tablo 3 incelendiğinde; Spor ve Sosyalleşme Ölçeği ile Çok Alanlı Kararlılık Ölçeği alt boyutlarından genel kararlılık ($p<.01$; $r=0.461$) ve kesinlik ($p<.01$; $r=0.327$) arasında pozitif yönde orta düzeyde; Spor ve sosyalleşme ile çatışma çözme ($p<.01$; $r=0.239$) ve kolaylık ($p<.01$; $r=0.228$) alt boyutları arasında pozitif yönde düşük düzeyde ilişki tespit edilmiştir.

4. Tartışma ve Sonuç

Serbest zaman etkinlikleri kapsamında gerçekleştirdikleri oryantiring etkinliğinin bireylerin sosyal ilişkilerinde kararlılık ve sosyalleşme düzeyleri arasındaki ilişki incelenmiştir. Ayrıca cinsiyet, serbest zaman etkinliğine katılma şekli, serbest zaman aktivitelerine başlamada en çok rol sahibi olan, ilgilenilen spor branşının hangi sıklıkta yapıldığı, belirli bir spor branşı ile ilgilenme amacı, spor ve sosyalleşme ölçeği ve çok alanlı kararlılık ölçeği ile ilgili değişkenler istatistiksel açıdan incelenmiş, elde edilen bulgular literatürdeki çalışmalar ile tartışılmıştır.

Serbest zaman etkinliklerine katılım şekillerine göre dağılımı irdelendiğinde; arkadaşlarımla (%64,1), bireysel (%23,1), ailemle (%10,9) ve diğer (akrabalar) ise (%1,8)'lik kısmı ifade etmektedir. Bu kapsamda araştırmaya katılan bireylerin çoğunluğunun (%64,1) serbest zaman etkinliklerine katılım şekillerinin "arkadaşlarımla" seçeneğinin tercih ettikleri ifade edilmiştir. Yetiş [14] yaptığı araştırmasında ise sağlıklı arkadaş ilişkilerini geliştirebilen, karşısındakinin hakkına saygı duyan, uyumlu, başarılı ve anlayışlı bir ilişki içerisinde serbest zaman eğilimlerinin gerçekleştirilmesi amacıyla yapıldığı belirtilmiştir.

Serbest zaman etkinliğine başlamada en çok etkisi olan rol sahibine göre dağılımı incelendiğinde; %39,8 ile arkadaş faktörü belirtilmektedir ve bu oranla diğerlerine göre en yüksek oranı göstermektedir. %23,7 aileyi; %16,1 ise antrenörü belirtmektedir. Öğretmen ve kendim ise eşit dağılım göstererek %10,3 oranını ifade etmektedir. Bireylerin serbest zaman etkinliklerine katılımlarında yaşanılan yerleşim yerinin önemli bir rolü

vardır. Çaha'nın yapmış olduğu araştırma bulgularında da benzer sonuçlar elde edilmiştir [15].

Serbest zaman etkinliğine yaptığı katılım sıklığına göre dağılımına bakıldığında; haftada üç gün %32,5, hafta içi her gün %27,4, sadece hafta sonları %20,7, ara sıra %16,1 ve diğer (ayda bir) %3,3 olarak tespit edilmiştir. Bu kapsamda araştırmaya katılan bireylerin (%31,9) etkinliğe katılım sıklığı olarak hafta içi üç günü tercih ettikleri ifade edilmiştir. Literatürde bireylerin serbest zaman aktivitelerine katılım sıklığı arttıkça, yaşam tatminleri ile sosyal aktivitelere katılımında arttığını belirten araştırmalar mevcuttur. Benzer şekilde, Yerlisu Lapa, Ağyar ve Bahadır [16]'ın yapmış oldukları çalışmada aynı sonucun ortaya çıktığı görülmektedir.

Serbest zaman etkinliği ile ilgilenme amacına göre dağılımı irdelendiğinde; sağlıklı yaşam %26,4'lük, kişisel beceri ve yetenek %21,3'lük, kişisel gelişim %18,2'lik, mesleki-kariyer ve sosyo-kültürel katılım-paylaşım %16,4'lük, , diğer (tavsiye-öneri) %1,2'lik oranı göstermektedir. Bu kapsamda araştırmaya katılan bireylerin (% 26,4) sporu sağlıklı yaşam için tercih ettikleri ifade edilmiştir. Benzer şekilde, Ardahan ve Yerlisu Lapa'nın [17] yapmış oldukları araştırmada sporun sağlık problemlerinden uzaklaşmak, sağlıklı olmak amacıyla yapıldığı belirtilmiştir.

Yılmaz ve Mehmet [18] tarafından yapılan çalışmada bireyin yaşam boyu rekreasyonel aktivitelerin, bedensel sağlığın yanı sıra ruhsal ve sosyal sağlığın üzerine olumlu etkilerinin bulunması amacıyla yapıldığı belirtilmiştir. Benzer şekilde diğer bir araştırmada Güngörmüş [19], fizyolojik ve psikolojik sorunlarla başa çıkmada rekreasyonel aktivitelerin önemli rolü olduğunu belirtmektedir. Ayrıca Haase vd., [20] yapmış oldukları bir araştırmada da serbest zaman etkinliklerine katılımın sonucunda beklenen sağlıklı olma ile ilgili faydasının önemli bir yerinin olduğu ortaya çıkmıştır.

Serbest zaman aktiviteleri, bireylere ortak bir etkinlik yapma olasılığı sunarken bu ortamda sağlıklı ilişki kurduklarına değinmiştir. Çiçek vd., [21]'de çalışmalarında serbest zaman aktiviteleri sayesinde fiziksel gelişme ve becerileri kabiliyetlerinin artmasının yanı sıra sosyal gelişmelerine de değinmiştir. Yine Şahan, [22]'da yapmış olduğu çalışmada bu araştırma sonucunu destekler niteliktedir. Tıp biliminde de serbest zaman etkinliklerinin katkısı vurgulanmaktadır [23].

Serbest zaman etkinlikleri kapsamında oryantiring etkinliğine katılan bireylerin yaşanılan yerleşim yerine göre çok alanlı kararlılık ölçeği düzeyleri arasındaki ilişkiye bakıldığında; Yaşanılan Yerleşim Yeri Durumuna Göre Çok Alanlı Kararlılık Ölçeği Alt Boyutları Düzeylerine İlişkin Bulgular sonucunda, Çok alanlı kararlılık ölçeği alt boyut puanları üzerinde yapılan MANOVA sonuçlarının yaşanılan yerleşim yeri faktörleri bakımından anlamlı farklılık göstermediği

tespit edilmiştir. Wilks' Lambda (Λ)=0,974, F(12,872)=,715 testi dikkate alındığında faktörlerin değerleri incelendiğinde 4 faktöre ilişkin anlamlılık değerlerinin $p>0,05$ 'ten büyük olduğu görülmektedir. Bu durum yerleşim yerinin bağımlı değişkenler üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkisinin olmadığını göstermektedir.

Serbest zaman etkinlikleri kapsamında, oryantiring etkinliğine katılan bireylerin sosyal ilişkilerinde çok alanlı kararlılık ölçeği ile spor ve sosyalleşme ölçeği düzeyleri arasındaki ilişkiye bakıldığında; Spor ve Sosyalleşme Ölçeği İle Çok Alanlı Kararlılık Ölçeği Alt Boyutları Arasındaki İlişki (Pearson Korelasyon) Bulguları sonucunda, Spor ve Sosyalleşme Ölçeği ile Çok Alanlı Kararlılık Ölçeği alt boyutlarından genel kararlılık ($p<.01$; $r=0.461$) ve kesinlik ($p<.01$; $r=0,327$) arasında pozitif yönde orta düzeyde; Sosyalleşme ile çatışma çözme ($p<.01$; $r=0.239$) ve kolaylık ($p<.01$; $r=0.228$) alt boyutları arasında pozitif yönde düşük düzeyde ilişki tespit edilmiştir.

Sonuç olarak, serbest zaman etkinlikleri kapsamında bireylerin sosyal ilişkilerinde kararlılık ve sosyalleşme düzeylerinin incelenmeye çalışıldığı bu araştırmada, serbest zaman etkinliği olarak değerlendirilen oryantiringin bireyler üzerinde hem sosyalleşme hem de kararlılık düzeylerinde önemli etkilere sahip olduğu tespit edilmiştir. Gelişen ve değişen toplumsal koşulların yaşam şekillerini de etkilediği bilinmektedir. Bu sebepten dolayı, doğa sporları kamplarında gerçekleştirilen serbest zaman etkinlikleri, bireylerin sosyalleşmesine ve serbest zaman etkinliklerinin sosyal alanda bütünleşmesine olan katkısında, bireylerin kendi tercihleri ile katılımlarının önemli rolü olduğu görülmektedir. Bunun yanı sıra üniversitelerin spor eğitimi veren birimleri dışındaki bölümlerinin de serbest zaman ile ilgili çalışmalara yönelmelerinin toplumsallaşma açısından faydalı olacağı ifade edilmektedir. Serbest zaman etkinliklerinin sosyalleşme süreci üzerindeki etkisi dikkate alınarak üniversitelerin gerçekleştirdikleri spor şenliklerinin, spor federasyonlarının geniş katılımlı biçimde olacak şekilde eğitim ve öğretim dönemlerinin geneline yayılmasının önemli etkisi olacağı belirtilmektedir. Araştırmadan elde edilen bu sonuçlar doğrultusunda şu önerilerde bulunulabilir:

- Sosyal çevreye katılım ve uyumu sağlayan etkinlik olmasından dolayı önemli bir yere sahip olan serbest zaman etkinliklerinin genellikle kolektif olarak tercih edilmesi ile bireylerin farklı gruplarla sosyal ilişkilerde bulunma olasılığının artırıldığı mekânlarda yapılacak çalışma sayılarının artırılması sağlanabilir.
- Oryantiringin bireyin gelişimine birçok katkısının olduğu anlatılmalı, bunun için okullarda panel, toplantı veya konferanslar, yeni araştırmalar için değerlendirilmelidir.

- Karar verme stilleri ile ilgili benzer çalışmalar farklı öğrenim grupları ve üniversiteler ile değişik öğrenim düzeyindeki öğrencilerle yapılabilir.
- İstenilen etkinlikleri ve katılımı sağlamak için tesislerin yeterli seviyede olması gerekmektedir. Öğrencilerin istedikleri branşta tesise sahip olmaları ve tercih etme şanslarının olması, onların serbest zaman etkinlikleri konusunda yüksek oranda doyuma ulaşmasını sağlayacaktır.

5. Kaynaklar

1. Şahin, C.K., Akten, S. & Erol U.E. (2009). Eğirdir Meslek Yüksekokulu Öğrencilerinin Rekreasyon Faaliyetlerine Katılımlarının Belirlenmesi Üzerine Bir Çalışma. Artvin Çoruh Üniversitesi Orman Fakültesi Dergisi. 10 (1):63.
2. Torkildsen, G. (2005). Leisure and recreation management. Psychology Press.
3. Balcı, V., Demirtaş, M., Gürbüz, P., İlhan, A., ve Ersöz, V. (2003). Ankara'daki Üniversite Öğrencilerinin Boş Zaman Etkinliklerine Katılımlarının Araştırılması. Milli Eğitim Dergisi, 158.
4. Broadhurst, R. (2001). Managing Environments for Leisure and Recreation. Psychology Press.
5. Şahan, H. (2008). Üniversite Öğrencilerinin Sosyalleşme Sürecinde Spor Aktivitelerinin Rolü. KMu İİBF Dergisi.
6. Zeka, N. (1990). Postmodernizm. İstanbul: Kıyı Yayınları.
7. Öztürk, Ü. (1983). Orta Dereceli Okullarda Beden Eğitimi. (2. Baskı), İstanbul: Kayı Yayıncılık.
8. Orhan, R. (2012). Oryantiring Sporcularının Kendi Kendine Liderlik Algıları. (Yüksek Lisans Tezi). Beden Eğitimi ve Spor Anabilim Dalı. Kırıkkale
9. Ferguson, C. & Turbyfill, R. (2013). Discovering Orienteering Skills. Techniques and Activities. USA: Human Kinetics.
10. Hartmann, H. (1988). The significance of orienteering in the changing world of sports. Scientific Journal of Orienteering.
11. Haraburda, E. M. (1996). Development and validation of multi-domain measures of decision-making self-efficacy and indecisiveness. (Doctoral dissertation). The Ohio State University.
12. Şahan, H. (2007). Üniversite Öğrencilerinin Sosyalleşme Sürecinde Spor Aktivitelerinin Rolü. Konya: Selçuk Üniversitesi. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Halkla İlişkiler Ve Tanıtım Anabilim Dalı. (Yayınlanmamış Doktora Tezi).
13. Sarı, E. (2010). Çok Alanlı Kararlılık Ölçeği'ni Türkçeye Uyarlama Çalışması. Journal of Graduate School of Social Sciences, 14(1):113-114.
14. Yetiş, Ü. (2008). Orta öğretim öğrencilerinin boş zaman değerlendirme eğilimlerinin farklı değişkenlere göre belirlenmesi. Niğde Üniversitesi Beden Eğitimi ve Spor Bilimleri Dergisi, 2(3):194-198.
15. Çaha Ö. (2000). Spora Yaslanarak Bir Nefes Alma, Beta Yayınevi. Ankara. Riggio. RE (1986) "The Assessment of Basic Social Skills" Journal of Personality and Social Psychology, 51,654.
16. Lapa, T. Y., Ağyar, E., & Bahadır, Z. (2012). Yaşam Tatmini, Serbest Zaman Motivasyonu, Serbest Zaman Katılımı: Beden Eğitimi Ve Spor Öğretmenleri Üzerine Bir İnceleme (Kayseri İli Örneği). Sporometre Beden Eğitimi Ve Spor Bilimleri Dergisi, X (2):53-59.
17. Ardahan, F., & Lapa Yerlisu, T. (2011). Outdoor recreation: The reasons and carried benefits for attending outdoor sports of the participants of cycling and/or trekking activities. Journal of Human Sciences, 8(1), 1338.
18. Yılmaz, A. & Mehmet, U. (2017). Kadınların Rekreatif Alanlarda Fiziksel Aktivite Yapma Amaçları ve Karşılaştıkları Sorunlar. S.102.
19. Güngörmüş, H. A. (2007). Özel Sağlık-Spor Merkezlerinden Hizmet Alan Bireyleri Rekreasyonel Egzersize Güdüleyen Faktörler. (Doktora Tezi), Gazi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
20. Haase, A., Staptoe, A., Sallis, J. F. & Wardle, J. (2004). Leisure Time Physical Activity In University Students From 23 Countries: Associations With Health Beliefs, R.Sk Awareness And National Economic Development", Preventive Medicine. 186.
21. Çiçek, S., Koçak, S. & Kirazcı, S. (2002). Beden Eğitimi Derslerinde Çeşitli Öğretmen Ve Öğrenci Davranışlarının Öğrencilerin Derse Katılımındaki Önemi Ve Sergileme Sıklığı. Gazi Beden Eğitimi Ve Spor Bilimleri Dergisi 4(4):12-13.
22. Şahan, H. (2008). Üniversite Öğrencilerinin Sosyalleşme Sürecinde Spor Aktivitelerinin Rolü. KMu İİBF Dergisi.
23. Büküşoğlu, N., & Bayturan, A. F. (2005). Serbest Zaman Etkinliklerinin Gençlerin Psiko-Sosyal Durumlarına İlişkin Algısı Üzerindeki Rolü. Ege Tıp Dergisi, 44(3).

<http://edergi.cbu.edu.tr/ojs/index.php/cbusbed> isimli yazarın CBU-SBED başlıklı eseri bu Creative Commons Alıntı-Gayriticari4.0 Uluslararası Lisansı ile lisanslanmıştır.





ARAŞTIRMA MAKALESİ
RESEARCH ARTICLE
CBU-SBED, 2018, 5(4):181-185

Laktasyon Dönemindeki Kadınların Bel ve Boyun Ağrı Seviyelerinin İncelenmesi

Hicret Tırınk Kayacı¹, Zeynep Hoşbay², Müberra Tanrıverdi^{1*}

¹Bezmialem Vakıf Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü İstanbul Türkiye, hicret_tirink@hotmail.com, tanriverdi88@hotmail.com

²Biruni Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü İstanbul Türkiye zeynephosbay@gmail.com

*Sorumlu Yazar / Corresponding Author: Müberra Tanrıverdi

Gönderim Tarihi / Received: 24.10.2018

Kabul Tarihi / Accepted: 03.12.2018

Öz

Amaç: Çalışmamızın amacı, laktasyon dönemindeki kadınların bel ve boyun ağrı seviyelerini ve ağrının günlük yaşam aktivitelerine etkisini incelemektir.

Gereç ve Yöntemler: Çalışmaya 50 kadın dahil edildi. Olguların, sosyodemografik ve obstetrik özelliklerini belirleyen genel değerlendirme formu dolduruldu. Olguların bel ağrıları Oswestry Disabilite İndeksi (ODİ) ile boyun ağrıları Boyun Ağrı ve Disabilite İndeksi (BADİ) ile değerlendirildi. Verilerin istatistiksel değerlendirmesinde Tek Yönlü Varyans Analizi ve t testi kullanıldı.

Bulgular: Çalışmaya dahil edilen olguların yaş ortalaması 28,48±4,21 yılıdır. Olguların doğumdan sonra geçen süresi ortalama 4,07±1,88 aydır. ODİ total puan ortalaması 26,20±13,09, BADİ total puan ortalaması ise 29,99±14,46 olarak bulundu. Kadınların demografik/klinik özellikleriyle ODİ total puanı ve BADİ total puanı arasında anlamlı bir ilişki bulunmadı. (p>0,05) Çalışmaya katılan bireylerde doğum sonrası 0-3 aylık dönemde olan olguların ODİ puanı, 4-6 ay döneminde olanlardan daha yüksekti (p<0,05).

Sonuç: Çalışmaya dahil edilen kadınların ODİ ve BADİ total puan ortalamaları, ağrılarının günlük yaşamlarında hafif fonksiyonel kayba neden olduğunu göstermektedir. Doğum sonrası aylar ilerledikçe bel ağrı seviyelerinin azalması ile günlük yaşamlarındaki fonksiyonel kaybın gerilediği görülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Laktasyon Dönemi, Boyun Ağrısı, Bel Ağrısı.

Abstract

Objective: We aimed to examine the level of neck and low back pain of women during lactation, and impact on daily living activities of pain level in our study.

Materials and Methods: The study included 50 women. Question form determining the sociodemographic and obstetric characteristics of the cases, Oswestry Disability Index (ODI) and Neck Pain and Disability Index (NPDI) were administered by face-to-face interview method. In the statistical evaluation of the data, one way analysis of variance and t test was used.

Results: The mean age of the women was 28.48±4.21 years. The women included in the research were on mean 4.07±1.88 months postpartum. The mean ODI total score was 26.20±13.09. The mean score of NPDI was 29.99±14.46. There was no significant relationship between the total scores of ODI and NPDI scores in demographic and clinic characteristics (p>0.05). Women participating in the research were found to have an Oswestry pain score of 0-3 months postpartum, higher than the total scores of 4-6 months postpartum (p<0.05).

Conclusion: Oswestry Pain Scale and Neck Pain and Disability Index for the women participated for research shows that average pain of total scores indicate that there is a slight functional loss in the daily living activities. As the time passed after the give a birth, the gynecological traces of women were found to be diminished in the women with the low back pain levels and the functional loss in their daily living activities.

Key Words: Period of Lactation, Neck Pain, Low Back Pain

1. Giriş

Gebelik ve doğum kadınların yaşam süreçlerinin bir kısmını kapsar. Gebelik süresince meydana gelen hormonal değişimler, uterus ve böbreklere kan akışının artışı, vücudun kilo alımı ile meydana gelen postural değişiklikler, yerçekimi ağırlık merkezi değişiklikleri vücutta kalıcı deformasyonlara zemin hazırlar [1].

Doğumun gerçekleşmesiyle laktasyon süreci başlayan annelerde farklı fizyolojik mekanizmalar devreye girer. Hormonal yönetimin baskın olduğu bu süreçte kemik rezorpsiyonları, postural değişimler, psikososyal dalgalanmalar sıklıkla karşımıza çıkmaktadır. Özellikle bu dönemde memelerin büyümesi sonucu omuz çevresi

ve üst sırtta skapular protraksiyonla birlikte oluşan, üst ekstremitelerin internal rotasyonu ile birlikte gözlenen değişiklikler görülür. Omuzlardaki yuvarlaklaşmayı kompanse etmek için başın öne doğru yer değiştirmesi, servikal lordozda artış olur. Yerçekimi merkezinin yukarı - öne doğru yer değiştirmesi nedeniyle ve yer çekimi hattını merkezin üzerine düşürmek amacıyla meydana gelen lumbal lordoz artışı, yer çekimi merkezini daha arkaya kaydırmak için vücut ağırlığının topuklarda taşınmasına ve dizlerde hiperekstansiyona yol açar [2-4]. Doğum sonrası 3. ayda toparlanma evresine giren dönüt, sistemik olarak gebelik öncesi işleyişine geri dönsün de anne vücudunda bir takım kalıcı değişimler meydana gelir. Hamilelik süresince hormonların ve büyüyen rahmin etkisiyle uzayıp gerilen ve tonusu azalan abdominal kaslar postural stabiliteyi sağlayıcı görevlerini tam yapamazlar. Bunun sonucunda lumbal lordoz artar, paravertebral kaslar kısalır. Doğum sonrası zayıflayan abdominal kaslar, lumbal omurga ve pelvisin temel stabilizatörleri olan kaslardan multifidus ve pelvik taban kaslarını etkileyerek postural değişikliklere neden olur [3,5]. Postpartum dönemde yorgunluk, sık emzirme periyodları, yanlış emzirme pozisyonları, laktasyonla birlikte maternal iskeletten sağlanan kalsiyum tüketimi, annenin gebelik ve laktasyon döneminde aldığı aşırı kilolar ve yeni doğanın her geçen gün artan yüküne karşı omurga fiziksel olarak büyük bir stres ile karşı karşıyadır. Fiziksel streslerin yanında doğum sonrası uyum süresi, psikososyal durum ve postpartum depresyon gibi etkenlerde annenin genel iyilik halini etkilemektedir. Laktasyon dönemindeki annelerde gebelik ve sonrasında görülen fiziksel ve psikolojik streslerin sonucu olarak bel ve boyun bölgesinde ağrı görülmektedir. Ağrı, fiziksel aktivite düzeyini ve yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir. Çalışmada 0-6 ay laktasyon dönemindeki kadınların bel ve boyun ağrılarının seviyelerini ve ağrının günlük yaşam aktivitelerine etkisini incelemeyi amaçlandı.

2. Materyal ve Metot

2.1 Dizayn

Çalışma Aralık 2016 – Mart 2017 tarihleri arasında Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Laboratuvarına başvuran kadınlar ile yüz-yüze görüşme yöntemi ile gerçekleştirildi. Her katılımcı çalışma hakkında sözel olarak bilgilendirildi, yapılacak tüm işlemler anlatıldı ve “Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu” alındı.

Çalışmamız; üniversitemiz Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu’ndan 12.12.2016 tarihli ve 9/99 karar no ile onay aldı.

2.2 Katılımcılar

2.2.1 Çalışmaya Dahil Edilme Kriterleri;

- 20-40 yaş arası
- 0-6 aylık laktasyon döneminde olan,
- Mekanik bel ve boyun ağrıları olan
- Türkçe okuyup anlayan olgular çalışmaya dahil edildi.

2.2.2 Çalışmaya Dahil Edilmeme Kriterleri;

- Çoklu (ikiz, üçüz vs.) gebelik sonrası laktasyon döneminde olan
- Türkçe bilmeyen olgular çalışmaya dahil edilmedi.

2.3 Değerlendirme Yöntemleri

2.3.1 Demografik Bilgiler

Çalışmaya dahil edilen kadınların sosyo-demografik, fiziksel ve obstetrik özellikleri; yaş, boy, kilo, eğitim ve çalışma durumları, sosyal güvence durumları, var olan kronik hastalıkları, geçirilmiş hastalıklar/ameliyatlar, ve zararlı alışkanlıkları, gebelikte aldıkları kilo miktarı, laktasyonun kaçınıcı ayında oldukları ve doğum sonrası düzenli egzersiz yapıp yapmadıkları kaydedildi.

2.3.2 Boyun Ağrı ve Disabilite İndeksi (BADİ)

BADİ, Wheeler ve arkadaşları tarafından geliştirilen [6,7], Biçer ve arkadaşları tarafından geliştirilen ve güvenilirlik çalışması 2004 yılında yapılmış olan fonksiyonel değerlendirme formudur [8]. Sorular, ağrı şiddeti ve ağrının meslek, eğlence etkinlikleri, yaşamla ilgili sosyal ve fonksiyonel durum ve emosyonel faktörler ile ilişkisini araştıran niteliktedir. Her bir soru için 10-cm Visüel Analog Skala (VAS) kullanılır. Yüksek skorlar hastalarda ciddi özürüllüğe işaret eder.

2.3.3 Oswestry Disabilite İndeksi (ODİ)

ODİ, ağrı düzeyini ve derecesini, ağrı nedeniyle günlük yaşam aktivitelerindeki değişiklikleri sorgulayan, Türkçe geçerliliği ve güvenilirliği 2004 yılında Yakut ve arkadaşları tarafından yapılmış, 10 sorudan oluşan bir formdur [9]. Her soruda sırası ile puanları 0–5 arasında değişen 6 seçenek vardır. Hastalardan her soru için cevap olarak kendilerine en uygun gördükleri seçeneği işaretlemeleri istenir. İşaretledikleri seçeneklerin puanları toplanarak bu skalanın sonuç değerine ulaşılır. Bu skaladan alınacak minimum puan 0 maksimum puan 50'dir. Yanıtlanan her soru için A=0, B=1, C=2, D=3, E=4, F=5 puan verilerek değerlendirilir. Hastanın yanıtlamadığı sorular değerlendirmeye alınmaz. Hastanın skoru=(Hastanın aldığı puan / Olası maksimum puan) X 100 şeklinde hesaplanır.

2.4 İstatistiksel Analiz

İstatistiksel analizler SPSS for Windows 13.00 ile gerçekleştirildi. Tanımlayıcı istatistiksel bilgiler, Ortalama ± Standart Sapma (Ort ± SS) veya sayı (%) şeklinde belirtildi. ODİ ve BADİ ölçeklerindeki seviyeyi belirlemek için de Tek Yönlü Varyans Analizi (One Way Anova) ve t testi kullanıldı. p<0,05 anlamlı olarak kabul edildi.

3. Bulgular ve Tartışma

Çalışmaya laktasyon dönemindeki toplam 50 kadın dahil edildi. Katılımcıların sosyo-demografik ve obstetrik özelliklerinin dağılımı Tablo 1’de verildi. BADİ ile ODİ skorlarının ortalamaları ve dağılımı Tablo 2’de verildi.

Kadınların demografik özellikleriyle ODİ ve BADİ total puanı arasında anlamlı bir ilişki bulunmadı (p>0,05). ODİ ile BADİ total puan ortalaması arasında anlamlı bir ilişki bulunmadı (r= 0,350; p>0,05). Çalışmaya katılan bireylerde doğum sonrası 0-3 aylık dönemde olan

olguların ODİ puanı, 4-6 ay döneminde olanlardan daha yüksekti ($p<0,05$).

Tablo.1: Katılımcıların Sosyo-Demografik ve Obstetrik Özellikleri

	min-max	Ort±SS
Yaş (yıl)	22-39	28.48±4.21
Boy (metre)	1.5-1.7	1.63±0.05
Kilo (kg)	50-86	66.05±10.23
Vücut Kütle İndeksi (m^2/kg)	19.4-32.4	25.00±3.69
Doğum sonrası geçen zaman (ay)	1-6	4.10±1.87
Gebelik ve Laktasyon döneminde alınan toplam kilo (kg)	3-26	13.80±4.90
	N	%
Eğitim durumu		
İlkokul	7	14
Ortaokul	4	8
Lise	12	24
Üniversite	27	54
Doğum şekli		
Normal (Vaginal)	19	38
Sezaryen (Cesarean section C/S)	31	62
Çalışma durumu (çalışan)	18	36
Sosyal güvence durumu (var)	39	78
Kronik hastalık varlığı	8	16
Sigara kullanımı	6	12
Doğum sonrası egzersiz alışkanlığı (var)	5	10

min=Minimum, max= maksimum, Ort= Ortalama, SS= Standart Sapma

Doğum sonrası 0-3 ay dönemde olan kadınların BADİ total puanı ile doğum sonrası 4-6 ay dönemde olan kadınların BADİ total puanı arasında fark olmadığı bulundu ($p>0,05$).

Kadınlarda gebelik ve postpartum sürecinde gerçekleşen fizyolojik, psikososyal değişimlerin yanında, annenin fiziksel aktivite düzeyi ve doğum sonu dönemde bebek bakımının getirdiği fiziksel yüklerin neden olduğu ağrılar annenin yaşam kalitesini düşürmektedir. Postpartum dönemde boyun ve bel ağrıları kadınlarda sık görülen problemlerdir. Çalışmamızda olguların sosyodemografik ve obstetrik özelliklerini içeren değerlendirme formu ile birlikte ağrı düzeylerini değerlendirmek için ODİ ve BADİ ölçeklerini kullandık. Çalışmamıza dahil olan katılımcılar 20-40 yaş arasında idi. Bu yaş grubunu riskli gebeliklere bağlı sorunları elimine etmek için tercih ettik. Sampselle ve ark. (1999) tarafından, postpartum dönemdeki kadınlarda fiziksel aktivitenin yararlarını incelemek için yaptıkları çalışmadaki yaş ortalaması ile çalışma grubumuzdaki yaş ortalaması benzerdir [10,11]. Çalışmaya laktasyon döneminde 0-6 ay arasındaki kadınları dahil etmemizin nedeni gebelikte meydana

gelen kas-iskelet sistemi üzerindeki fizyolojik ve hormonal kaynaklı etkinin izlerinin doğum sonrası 6. aya kadar devam ediyor olması idi [10,12,13]. Çalışmamızda olguların bel ve boyun ağrı düzeylerini değerlendirmek için ODİ ve BADİ'yi tercih etmemizin nedeni, her iki ölçeğin de Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasının yapılmış olması ve ağrının günlük yaşam aktivitelerindeki fonksiyonel kayıpları belirlemesi idi [14]. Değerlendirme sırasında katılımcıların soruları cevaplarken kararsızlık yaşamaları ve bebeklerinin huzursuz olması nedeni ile değerlendirmeleri kısa sürede bitirmeye çalışmalarını yaşadığımız zorluklardandı.

Çalışmamızdaki bireylerin yaşları ile bel ve boyun ağrıları arasında anlamlı bir ilişki bulunmadı. Olgulardan 20-29 yaş aralığında olanların ODİ ve BADİ ölçekleri total puanları ile yaşları 30-40 yaş aralığında olan kadınların iki ölçek puanları birbirine yakındı. Çalışmamızın laktasyon döneminde yaş grubu benzer bireyleri içermesinin puanların yakın olmasında etkili olduğunu düşünmekteyiz. Doğum sonrası 0-3 ay dönemde olan kadınların ODİ total puanının, doğum sonrası 4-6 ay dönemde olan kadınların ODİ total puanından fazla olduğu bulundu. Bu farklılığın, aylar ilerledikçe hamilelikte ve postpartum dönemde meydana gelen fizyolojik değişikliklerin olumsuz etkilerinin azalmasından kaynaklandığı görüşüdeyiz. Doğum sonrası 0-3 ay dönemde olan kadınların BADİ total puanı ile doğum sonrası 4-6 ay dönemde olan kadınların BADİ total puanı arasında fark olmadığı bulundu. Bunun laktasyon süresince boyun bölgesi üzerindeki streslerin devam etmesi ile ilişkili olabileceği kanısındayız. Obezitenin boyun ağrısı ve bel ağrısı geliştirme veya ilerlemesinde rol oynadığı bilinmektedir. Obezite ile omurga ağrıları arasındaki ilişkinin mekanik ve sistem faktörlerinin etkili olduğu düşünülmektedir. Literatürde fazla kiloların kronik boyun ve bel ağrısı riskini artırdığı yönde çalışmalar mevcuttur. Bener ve ark. (2014) ile Webb ve arkadaşları tarafından (2003) yapılan iki ayrı çalışmada yüksek VKİ ile boyun ağrısı, bel ağrısı arasında anlamlı bir ilişki olduğunu bildirmişlerdir [15-17]. Özdemir ve ark. (2013) VKİ fazla olanlarda bel ağrısı prevalansı yüksek iken boyun ağrısı prevalansı ile arasında anlamlı bir ilişki bulunmadığını belirtmişlerdir. Bizim çalışmamızdaki olguların VKİ, gebelik süresince ve sonrasında aldıkları kilo miktarları ile ODİ ve BADİ ölçekleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmadı. Çalışmaya dahil edilen olguların genç olmasının ve VKİ'lerinin çok yüksek olmamasının bu nedenden kaynaklandığı düşünülmektedir [18]. Literatürde bel ve boyun ağrı prevalansının yaş ilerledikçe arttığı belirtilmiştir.

Tablo.2: Katılımcıların ODİ ile BADİ skorlarının ortalamaları ve dağılımı

Oswestry (%)	Kategori	N	%
0-20	Bel ağrısı hastanın yaşamında önemli bir problem oluşturmuyor	16	32
20-40	Bel ağrısı hastanın günlük yaşamını hafif derecede kısıtlıyor	27	54
40-60	Bel ağrısı hastanın günlük yaşamını ileri derecede kısıtlıyor	7	14
60-80	Bel ağrısı nedeniyle hastanın günlük yaşamı tamamen kısıtlanmış	0	0
80-100	Yatağa bağımlı hasta (veya semptomlar abartılıyor)	0	0
	min-max	Ort±SS	
Oswestry Disabilite İndeksi (ODİ)	6-58	26,20±13,09	
Boyun Ağrı ve Disabilite İndeksi (BADİ)	0-65	30,02±14,43	

min=minimum, **max**=maksimum, **Ort**=Ortalama, **SS**=Standart Sapma

Yaş seviyesinin artması ile aktiviteden yoksun hareketsiz bir yaşam tarzı, beslenme yetersizlikleri, obezite, boyun ve bel ağrılarını arttıran faktörlerdir. Bel ağrısının üretken yaş kabul edilen 30–50 yaş arasında görülme oranı yüksektir. Yalçın ve ark. (2008) tarafından mekanik bel ağrı seviyesi ile kas kuvveti arasındaki ilişkiyi inceleyen bir çalışmada bel ağrısına sahip çalışma grubundaki olguların yaş ortalamasının 44 yıl olduğu belirtilmiştir. Yalçın ve ark. (2015) kronik bel ağrısı üzerine toplam 190 kişinin dahil edildiği çalışmada ise olguların yaşları 35-45, 46-55, 56-65, 66-75 olarak 4 gruba ayrıldığında 35-45 grubunda ODİ skoru ile 66-75 grubu ODİ skoru arasında anlamlı bir fark bulunmuştur. Özdemir ve ark. (2013) boyun, sırt ve bel ağrı prevalansları üzerinde yapılan bir çalışmada boyun ağrı prevalansının 18-27 yaş grubunda en düşük, 58 ve üzeri yaş grubunda en yüksek düzeyde bulunmuştur.

Bizim çalışmamızda yaşın ODİ skorunu etkilememesinin nedeninin; bel ağrılarının daha ileri yaşlarda ve pek çok faktörle ilişkili olarak ortaya çıkması olduğunu düşünüyoruz [18-21]. Palmer ve ark. (2003) tarafından yapılan çalışmada boyun ağrısı ve sigara kullanımı arasında ilişki olduğu belirtilmiş, bu ilişkinin sigaranın periferik doku beslenmesini bozması ya da ağrı eşliğini azaltmasından kaynaklanabileceğini ifade etmişlerdir. Son ve arkadaşlarının (2013) boyun ağrısı risk faktörlerinin araştırıldığı çalışmalarında sigara içme oranı %19,3 olarak bulunmuştur [22, 23]. Albayrak ve ark. (2010) sigara kullanımı ve bel ağrısı arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmada sigara kullanımının bel ağrısı ile ilişkili bir risk faktörü olmadığı sonucuna ulaşılmıştır. Bu sonuçlar bizim verilerimizle paraleldir ancak çalışmaya dahil ettiğimiz olguların laktasyon döneminde olması nedeni ile çalışma grubumuzda sigara içen katılımcı sayısı azdır [24]. Çalışmamızdaki olguların boyun ve bel ağrı seviyeleri ile eğitim durumları arasında anlamlı bir ilişki bulunmadı. Literatürdeki çalışmalarda boyun ağrı prevalansı ile eğitim durumları arasında ilişki belirlenmiştir. Eğitim seviyesi düştükçe prevalansın yükseldiği bildirilmiştir. Eğitimsizlik ve bilinçsizlikten dolayı yanlış postural duruş ve ağrıyı tetikleyici hareketlerde bulunmak ağrıyı arttırmaktadır. Côté ve ark. (2003) boyun ağrısı epidemiyolojisini inceleyen çalışmada eğitim durumu ile boyun ağrısı arasında

ilişki olduğunu belirtmişlerdir. Yalçın ve ark. (2008) çalışmada eğitim seviyesi ve ODİ total puanı arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Ayvat ve ark. (2011) bireylerin sosyodemografik özellikleri ve ağrı prevalanslarını inceleyen çalışmada büyük çoğunluğunun ilköğrenim ve altında eğitim düzeyine sahip olduğu, üniversite ve üzerindeki öğrenim oranının ise düşük olduğu belirlenmiş, çalışmada ağrının düşük ve orta eğitim düzeyine sahip hastalarda daha sık görüldüğü sonucuna varılmıştır.

Çalışmamızda eğitim düzeyleri ile ağrı skorları arasında anlamlı farklılık bulunmamasının katılımcıların eğitim düzeylerinin homojen dağılım göstermemesinden kaynaklandığını düşünmekteyiz [20,25,26]. Çalışmalarda ağrı farklı değerlendirme yöntemleri kullanılarak değerlendirildiği için karşılaştırma yapmak güçleşmektedir. Postpartum dönemde emziren kadınların boyun ve bel ağrıları ile ilgili çok çalışmanın olmaması da karşılaştırma yapmamızı güçleştiren bir diğer etmendir. Uçar ve ark. (2011) ev hanımlarında kronik bel ağrısını inceleyen çalışmada düzenli egzersiz alışkanlığı olmayan kronik bel ağrılı ev hanımlarında günlük yaşam aktivitelerinde kısıtlılık bu nedenle bel ve karın kaslarında zayıflık görüldüğünü belirtmişlerdir. Çalışmamızda boyun ve bel ağrılarının değerlendirildiği ölçeklerden elde edilen puanlar arasında hafif düzeyde ilişki bulundu. Hamilelik döneminden itibaren meydana gelen ve postpartum dönemde de devam eden postüral değişikliklerin bunun nedeni olduğunu düşünmekteyiz.

Olguların kaçınıcı gebelik ve doğum bilgisinin sorgulanmaması çalışmamızın limitasyonlarından. Bu bilgilerin sorgulanması, kadınların gebelik sayısı ve vücutlarındaki her gebelik tecrübesiyle gerçekleşecek etkilenimlerin değerlendirilmesi için önemlidir.

4. Sonuç

Çalışmamıza dahil edilen kadınların gebelik dönemlerindeki fiziksel aktivite düzeyleri hakkında bilgi sahibi değildik. Gebelik öncesi, gebelik dönemi ve postpartum dönemde kadınların fiziksel aktivite düzeylerinin ve ağrı seviyelerinin günlük yaşamlarında yeti yitimlerine etkisinin incelenmesinin daha kapsamlı bilgi vereceğini düşünmekteyiz. 0-6 ay arasında laktasyon dönemindeki kadınlarda boyun ve bel ağrı seviyelerinin çok yüksek olmadığı, ağrıların günlük

yaşamlarında hafif fonksiyonel kayba sebep olduğunu bulduk. Gebelik döneminden itibaren fiziksel aktivite düzeyi ve risk faktörlerini belirleyerek geliştirilecek egzersiz programları ve değerlendirmelerin laktasyon döneminde görülen bel ve boyun ağrıları için daha yol gösterici olacağı görüşüdeyiz.

5. Teşekkürler

Çalışmamıza katılarak destek olan laktasyon dönemindeki kadınlara teşekkür ederiz.

6. Kaynaklar

1. Üzelpasacı E, Kaya S. Gebelikte meydana gelen değişiklikler, Editör: Türkan Akbayrak, Kadın Sağlığında Fizyoterapi ve Rehabilitasyon, 1. Baskı, Ankara, Pelikan Yayıncılık, 2016, p. 25-36.
2. Akyüz G, Bayındır Ö. Gebelik ile ilişkili osteoporoz. J Turkish Phys Med Rehab 2013;53:145-150.
3. Aktan B. Klinik Pilates Egzersizleri ve Doğuma Hazırlık Eğitiminin Sadece Doğum Eğitimine Göre Doğum Sonuçları Üzerine Etkisi [Yüksek Lisans Tezi]. Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, Türkiye, 2015.
4. Kuğu N, Akyüz G. Gebelikte ruhsal durum. J Cumhuriyet University Med Fac 2001;23(1): 61-64.
5. Akınoğlu B, Kocahan T, Birben T, Çoban Ö, Soylu Ç, Yıldım NÜ. Comparison of Core Stabilization of the Paralympic Archers and Paralympic Wheelchair Basketball Players. J Online Turk Health Sciences 2016;1(3):21-27.
6. Wheeler AH, Goolkasian P, Baird AC, Darden BV. Development of the Neck Pain and Disability Scale: item analysis, face, and criterion-related validity. Spine 1999;24(13):1290.
7. Vernon H, Mior S. The Neck Disability Index: a study of reliability and validity. J Manipulative and Physiological Therapeutics 1991;14(7):409-415.
8. Adım M. Physiological changes in the skin during pregnancy. Clinics in Dermat 2010;15(1):35-43.
9. Yakut E, Düger T, Öksüz Ç, Yörükhan S, Üreten K, Turan D, et al. Validation of the Turkish version of the Oswestry Disability Index for patients with low back pain. Spine 2004;29(5):581-585.
10. Sampselle CM, Seng J, Yeo S, Killion C, Oakley D. Physical activity and postpartum well-being. J Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing 1999;28(1):41-49.
11. To WWK, Wong MWN. Factors associated with back pain symptoms in pregnancy and the persistence of pain 2 years after pregnancy. Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica 2003;82(12):1086-1091.
12. Ronchetti I, Vleeming A, van Wingerden JP. Physical characteristics of women with severe pelvic girdle pain after pregnancy: a descriptive cohort study. Spine 2008;33(5):E145-E151.
13. Ostgaard HC, Roos-Hansson E, Zetherström G. Regression of back and posterior pelvic pain after pregnancy. Spine 1996;21(23):2777-2780.
14. Soysal M, Kara B, Arda MN. Assessment of physical activity in patients with chronic low back or neck pain. Turkish Neurosurgery 2013;23(1):75.
15. Yanikkerem E. Effects of obesity on women's health. J Health Sciences 2017;3(1):37-43.
16. Bener A, Dafeeah EE, Alnaqbi K. Prevalence and correlates of low back pain in primary care: what are the contributing factors in a rapidly developing country. Asian Spine Journal 2014;8(3):227-236.
17. Webb R, Brammah T, Lunt M, Urwin M, Allison T, Symmons D. Prevalence and predictors of intense, chronic, and disabling neck and back pain in the UK general population. Spine 2003;28(11):1195-1202.
18. Özdemir F, Karaoğlu L, Özfırat Ö. The lifetime and point prevalence of neck, upper back and low back pain of the people living in central Malatya with influencing factors. Pain 2013;25(1):27-35.
19. Dönmez YC, Dolgun E, Kabataş M, Özbayır T. Investigation of Risk Factors in Patients With Lumbar Disc Hernia. Fırat University Journal of Health Information Medicine 2010;24(2):89-92.
20. Yalgın S, Karacan İ, Çelikkelen A. The evaluation of relationship of muscle strength with mechanical low back pain intensity and duration. Dirim 2008;(83):117-123.
21. Çalık Y, Çalık AF. The evaluation of the effect of neuropathic pain on functional disability in patients with chronic low back pain. Turkish Journal of Osteoporosis 2015;21(3).
22. Palmer KT, Syddall H, Cooper C, Coggon D. Smoking and musculoskeletal disorders: findings from a British national survey. Annals of The Rheumatic Diseases 2003;62(1):33-36.
23. Son KM, Cho NH, Lim SH, Kim HA. Prevalence and risk factor of neck pain in elderly Korean community residents. Journal of Korean Medical Science 2013;28(5):680-686.
24. Albayrak İ, Şahin N, Karahan AY, Uğurlu H. The relation of smoking with the low back pain. Journal of General Medicine 2010;20(2):55-59.
25. Côté P, Cassidy JD, Carroll L. The epidemiology of neck pain: what we have learned from our population-based studies. The Journal of the Canadian Chiropractic Association 2003;47(4):284.
26. Ayvat PÜ, Aydın ON, Oğurlu M. Sociodemographic properties and pain prevalence of patients applying to the Algology Department polyclinic of Adnan Menderes University Medical Faculty. Pain 2011;23:28-39.

<http://edergi.cbu.edu.tr/ojs/index.php/cbusbed> isimli yazarın CBU-SBED başlıklı eseri bu Creative Commons Alıntı-Gayriticari4.0 Uluslararası Lisansı ile lisanslanmıştır.





ARAŞTIRMA MAKALESİ
RESEARCH ARTICLE
CBU-SBED, 2018, 5(4):186-192

Kolonoskopi Yapılacak Hastalarda Bağırsak Temizliğine Öz Etkililik Düzeylerinin Etkisi

Emel Yılmaz^{1*}, Arzu Aslan¹, Erhan Ergin²

¹Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği
A.D. Manisa Türkiye emelyilmazcbu@gmail.com, arzuaslan.mcbu@gmail.com

²Manisa Devlet Hastanesi Gastroenteroloji Kliniği Manisa Türkiye drerhanergin@gmail.com

*Sorumlu Yazar / Corresponding Author: Emel Yılmaz

Gönderim Tarihi / Received: 05.10.2018

Kabul Tarihi / Accepted: 27.12.2018

Öz

Amaç: Çalışma kolonoskopi yapılacak hastalarda bağırsak temizliğine öz etkililik düzeylerinin etkisini belirlemek amacı ile yapıldı.

Gereç ve Yöntem: Tanımlayıcı tipteki araştırma Eylül 2017- Haziran 2018 tarihleri arasında yürütüldü. Bir devlet hastanesinin endoskopi biriminde kolonoskopi yapılan 242 gönüllü araştırmaya dahil edildi. Araştırma öncesinde etik kurul izni alındı. Araştırmanın verileri kişisel bilgi formu, Boston Bağırsak Hazırlığı Sınıflaması (BBHS) ve Öz-Etkililik-Yeterlik Ölçeği (ÖEYÖ) kullanılarak toplandı. Verilerin analizinde tanımlayıcı istatistikler, Mann Whitney U testi ve Kruskal Wallis testi ve ki kare testi kullanılarak yapıldı.

Bulgular: Çalışmaya katılan bireylerin yaş ortalaması 53,31±14,19 yıl olup %55,4'ü kadındır. Araştırma grubunun %60,7'sine ilk kez kolonoskopi işlemi uygulandığı ve %87,2'sinin kolonoskopi öncesi önerilen hazırlık rejimine uyduğu saptandı. Bireylerin %45'inin BBHS'nın 2 puan olduğu belirlendi. Kolonoskopi öncesinde bireylerin %79,3'ünde ve işlem sonrası %65,3'ünde şikayet görüldü. Kolonoskopi öncesinde en sık karın ağrısı (%53,3), işlem sonrasında ise halsizlik/yorgunluk (%57,4) bildirildi. Bireylerin ÖEYÖ puan ortalamaları 71,74±8,40 puan olup genel öz-etkililik-yeterlilik algısının orta düzey olduğu saptandı.

Sonuç: Kolonoskopi öncesi hastaların hazırlık rejimine uyumlu olduğu, öz-etkililik-yeterlilik algısının kolonoskopi hazırlık talimatlarına uyumu etkileyen bir faktör olmadığı belirlendi.

Anahtar Kelimeler: Kolonoskopi, Uyum, Öz Etkililik.

Abstract

Objective: The aim of this study was to determine the effect of self-efficacy levels on intestinal cleansing in patients undergoing colonoscopy.

Methods: The descriptive study was conducted between September and June 2018. 242 volunteers who underwent colonoscopy at a state hospital endoscopy unit were included in the study. Ethics committee approval was obtained prior to the study. The data of the study were collected by using personal information form, Boston Bowel Preparation Classification (BBPS) and Self-Efficacy-Proficiency Scale (SESP). Descriptive statistics were analyzed using Mann Whitney U test and Kruskal Wallis test and chi-square test.

Results: The mean age of the participants was 53,31 ± 14,19 years and 55,4% of them were female. It was found that 60,7% of the study group underwent colonoscopy for the first time, and 87,2% of them followed the recommended pre-colonization regimen. It was determined that 45% of the subjects had two points of BBPS. Prior to colonoscopy, 79,3% of the patients and 65,3% of the patients had complaints. Abdominal pain (53,3%) and fatigue (57,4%) were reported most frequently before colonoscopy. Mean scores of SESP scores were 71,74 ± 8,40 and general self-efficacy-competence perception was found to be moderate.

Conclusion: It was determined that pre-colonoscopy patients were in compliance with the preparation regimen, and that self-efficacy-adequacy perception was not a factor affecting the compliance with colonoscopy preparation instructions.

Keywords: Colonoscopy, Compliance, Self-Efficacy.

1. Giriş

Kolonoskopi kalın bağırsak hastalıklarının tanısında yaygın olarak kullanılan ve kalın bağırsakların görüntülenmesinde altın standart olarak kabul edilen özgün bir endoskopik işlemdir [1,2]. Kolonoskopi ile kolon ve terminal ileum mukozası görüntülenmekte ve

lümen içi ya da mukoza yüzeyindeki anormallikleri detaylı olarak değerlendirilmektedir. Biyopsi ve girişimsel birtakım tedavi yöntemlerini uygulamaya da olanak sağlamaktadır [3, 4].

Kolonoskopi işleminde tüm mukozanın iyi bir şekilde görüntülenmesi ve değerlendirilmesi için yeterli bir kolon temizliğinin sağlanması zorunludur. Ancak tüm kolonoskopilerin %20-25'inde bağırsak hazırlığının yetersiz yapıldığı bildirilmektedir [5]. Yetersiz bağırsak hazırlığı, patolojik lezyonların gözden kaçması, işlemin tekrarı, işgücü ve zaman kaybı, maliyet artışı ve hasta memnuniyetinin azalmasına neden olmaktadır [6-8].

Avrupa Gastrointestinal Endoskopi Uygunluğu Paneli (The European Panel of Appropriateness of Gastrointestinal Endoscopy) de kaliteli bağırsak temizliğinin polip saptama oranını etkilediğini belirtmiştir [6]. Yetersiz bağırsak hazırlığı; küçük adenomların (<10 mm) tespit edilme oranını azaltmaktadır [9]. Yetersiz bağırsak hazırlığı nedeni ile erken dönemde tekrar yapılan kolonoskopilerde belirlenememiş polip ve adenom insidansı ile bağırsak hazırlığı arasında güçlü bir ilişki bulunmuştur [10-12]. İdeal bağırsak hazırlığı güvenilir, etkili, uygun ve tolere edilebilir olmalıdır. 4 L'lik bir polietilen glikol (PEG) preparatı, preparat etkinliği açısından altın standart olarak kabul edilmiş, ancak tadının kötü ve miktarının fazla olması nedeni ile hastalar tarafından eleştirilmiştir [13]. Son zamanlarda, etkinlikten ödün vermeden daha iyi tolere edilebilen yeni alternatifler geliştirilmiş ve Gıda ve İlaç İdaresi (Food and Drug Administration-FDA) onayı alınmıştır. Gastrointestinal Toplulukların konsensüsü, ajan seçiminin bireysel olarak hastaya göre ayarlanmasını ve bölünmüş doz rejimi kullanılmasını önermiştir [1, 5].

Standart olarak belirlenen bağırsak hazırlığı uygulamalarına rağmen bazı hastalarda yeterli kolon temizliği sağlanamamaktadır [4, 7, 9, 11, 12, 14, 15]. Kolonoskopi yapılma süresinin geciktirilmesi, bireyin hazırlık talimatlarına uyumu, yeterli bilgi verilmemesi, hastanede yatma, kabızlık, ileri yaş, erkek cinsiyet, eşlik eden hastalıklar, abdominal/pelvik cerrahi geçirme, obezite, trisiklik antidepressan kullanımı, polip öyküsü, siroz öyküsü, inme ve demans varlığının yetersiz bağırsak hazırlığını olumsuz etkilediği belirtilmektedir [4, 6, 7, 12, 15-18]. Bu risk faktörlerine yönelik alınacak önlemler bağırsak hazırlığının iyileştirilmesini sağlayacaktır [1]. Hastaların kolonoskopi öncesi hazırlık talimatlarına uyumu; işlem öncesi hazırlığın yeterli olmasını etkileyen faktörlerden biridir. Uyum, hastanın sağlıkla ilgili önerileri kabul etmesi ve bunlara uyması olarak tanımlanabilir. Öz etkililik; hastaların önerilen tedaviye uyumunda belirleyici bir unsurdur. Öz etkililik; bireyin, yaşamıyla ilgili olaylar üzerinde etkili olabilmesi için, gerekli olan etkinlikleri başlatabileceğine ve sonuç alabileceğine olan inancı olarak tanımlanmaktadır. Güçlü bir öz etkililik inancı başarı ve iyilik durumunu artırır [19]. Öz yeterlilik ise, kişinin çevresinde olup bitenler üzerinde etkili olabilecek biçimde bir eylemi başlatıp sonuç alınca kadar sürdürebileceğine olan inancı olarak tanımlanır [20, 21]. Öz yeterlilik kavramı, bir eylemin planlanması, yapılacak işin farkında olunması, zorluklarla birlikte

elde edilecek kazançların düşünülerek güdülenmesi gibi öğeleri içerir [21].

Hemşirelerin; bireylerin sağlığını geliştirmeye yönelik olumlu davranışlar edinmelerindeki rolleri önemlidir. Hemşirelerin bakımı planlamadan önce hastayı tüm yönleri ile ele alarak öz yeterlilik algısını bilmesi daha etkili bakımın verilmesine yardımcı olur [22].

Ülkemizde kolonoskopi öncesi bağırsak hazırlığı ile ilgili çalışmalar olmasına rağmen, öz etkililik- yeterlilik durumlarının bağırsak hazırlığına uyumuna etkisine yönelik yeterince çalışma bulunmamaktadır. Kolonoskopi öncesi hastalara bakım veren hemşirelerin hastaların öz yeterlilik algısına yönelik bilgilerinin olması bu gruba yönelik uygulanacak hemşirelik bakım ve girişimlerini planlanması açısından önemlidir. Hastaların öz yeterlilik algılarının bilinmesi ve artırılması ile bağırsak hazırlığına uyum ve işlem kalitesi artırılabilir. Bu nedenle bu çalışma, kolonoskopi yapılacak hastalarda bağırsak temizliğine öz etkililik ve yeterlilik düzeylerinin etkisinin değerlendirilmesi amacıyla yapılmıştır.

2. Gereç ve Yöntem

Tanımlayıcı ve kesitsel türdeki bu çalışma Türkiye'nin batı bölgesinde yer alan bir devlet hastanesinde Eylül 2017- Haziran 2018 tarihleri arasında yürütüldü. Araştırmanın evrenini devlet hastanesinin endoskopi biriminde kolonoskopi yapılan tüm hastalar oluşturdu. Araştırmada örneklem seçimine gidilmedi. Bu tarihler arasında araştırma kriterlerine uyan tüm hastalara ulaşılmaya çalışıldı. Araştırmanın örneklemini; 18 yaşın üzerinde, iletişime ve iş birliğine açık olan, görme, işitme gibi duyuşsal kayıpları olmayan, bilinci açık ve soruları cevaplayabilecek durumda olan, karar verme yeteneğini etkileyebilecek herhangi bir hastalığı olmayan (demans, psikolojik bozukluk vb.) ve araştırmaya katılmaya gönüllü hastalar oluşturdu. Araştırma kapsamına 300 hasta alındı. Ancak 25 hasta araştırma kriterlerini karşılamadığı, 15 hasta çalışmaya katılmayı kabul etmediği, beş hastanın işlemi iptal edildiği ve 13 hasta soru formları tam doldurulmadığı için araştırmaya dahil edilmedi. Çalışmaya toplam 242 hasta alındı.

Araştırma öncesinde endoskopi ünitesinde görevli bir personel tarafından; çalışmaya dâhil edilen katılımcılara kolonoskopi öncesi kolon hazırlığı için gerekli talimatları içeren yazılı doküman verildi. Araştırma grubuna çalışmanın amacı anlatılıp onamları alındıktan sonra araştırmanın veri toplama aşamasına geçildi. Veriler yüz yüze görüşme tekniği ile Kişisel Bilgi Formu ve Öz-Etkililik-Yeterlik Ölçeği kullanılarak elde edildi.

2.1 Kişisel Bilgi Formu: Kolonoskopi işlemi uygulanacak bireylerin sosyodemografik özellikleri, kolonoskopi yapılma nedeni, kolonoskopi ile ilgili eğitim alma durumu, işlem öncesi önerilen talimatlara uyma durumu, işlem öncesi/sonrası yaşanan şikayetleri sorgulayan ve toplam 32 sorudan oluşan bir formdur.

2.2 Boston Bağırsak Hazırlığı Sınıflaması: Bu sınıflandırma ile bağırsak temizliği 0 ile 3 puan arasında

puanlanmaktadır. Bağırsağın bir kısmı katı dışkı nedeniyle görüntülenememesi 0 puan, bağırsağın bir bölümünde sıvı veya yarı katı dışkı bulunması 1 puan, bağırsağın iyi görünebilmesi ve az miktarda dışkı bulunması 2 puan, bağırsağın mükemmel düzeyde görünebilmesi ve sıvı bulunmaması 3 puan olarak değerlendirilir [23, 24].

2.3 Öz-Etkililik-Yeterlik Ölçeği: Bireyin etkililiği-yeterliliğini ölçen, 23 maddeden oluşan ve 1-5 arası puanlanan likert tipi bir ölçektir. Sherer ve arkadaşları (1982) [25] tarafından geliştirilen ölçeğin Türkçe formunun güvenilirlik ve geçerliliği Gözüm ve Aksayan [19] tarafından 1999 yılında yapılmıştır. Ölçekten en düşük 23, en yüksek 115 puan alınmaktadır. Alınan toplam puanın yüksekliği genel öz-etkililik-yeterlilik algısının yüksek, düşüklüğü ise genel öz etkililik-yeterlilik algısının düşük seviyede olduğunu göstermektedir [19].

İşlem günü kolonoskopi yapılmadan önce bireylerin sosyodemografik özelliklerinin yanı sıra diyet uyum durumu, ilaçlara bağlı yan etkiler ve semptomların şiddeti sorgulandı. Kolonoskopi hazırlığı ile ilgili talimatların tamamının yerine getirilmesi bağırsak hazırlığına uyum olarak tanımlandı. Kolonoskopi işlemi ile ilgili bilgilerin yanında bireylerden Öz Etkililik-Yeterlilik Ölçeğini doldurmaları istendi.

Kolonoskopi işlemi aynı hekim tarafından yapıldı. İşlemi uygulayan hekim; çekuma ulaşma durumu, bağırsak hazırlığının yeterliliği, işlem esnasındaki komplikasyon durumunu değerlendirdi. Kolonoskopi sonrasında bireylerin yaşadığı şikayetler, işleme ilişkin duyguları ve tedaviye yönelik memnuniyeti sorgulandı. Verilerin analizinde PASW Statistics 18 paket programı kullanıldı. Veri toplama formlarından elde edilen ordinal veriler aritmetik ortalama, standart sapma, minimum, maksimum, ortanca, çeyrekler arası aralık (CAA), nominal veriler ise sayı ve yüzde olarak değerlendirildi. Verilerin normallik analizi için Kolmogorov-Smirnov testi yapıldı, dağılımın normal olmadığı saptanarak iki grup ortalamasını karşılaştırmak için Mann-Whitney U testi, ikiden fazla grup ortalamasını karşılaştırmak için Kruskal Wallis testi kullanıldı. Kesikli iki değişken arasındaki ilişki ki kare testi ile değerlendirildi.

Araştırmanın yapılabilmesi için üniversite Sağlık Bilimleri Etik Kurulu'ndan (No:13/08/2017, 20.478.486) ve araştırmanın yapıldığı kurumdan yazılı izin alındı. Araştırmaya katılan bireylere çalışmanın amaç ve yararları, çalışmadaki rolleri açıklanarak yazılı ve sözel onamları alındı.

3. Bulgular

Araştırmaya, Türkiye'nin batı bölgesinde yer alan bir ildeki devlet hastanesinin endoskopi biriminde kolonoskopi uygulanan 242 birey katıldı. Araştırma grubunun demografik verileri Tablo 1'de gösterildi. Katılımcıların %55,4'ü kadın, %69'u fazla kilolu/obez, %67,4'ü ilköğretim ve altı eğitim seviyesinde olup yaş ortalaması 53,31±14,19 yıldır. Bireylerin %88,8'inin evli, %26'sının çalıştığı, %78,1'inin ortalama gelir

düzeyine sahip olduğu, %58,3'ünün şehir merkezinde yaşadığı ve %20,2'sinin sigara kullandığı belirlendi (Tablo 1).

Tablo 1. Bireylerin Demografik Özellikleri

	Ortanca (CAA)	Ort±SS	Min-Maks
Yaş (yıl)	55.00 (42.75-64.00)	53.31±14.19	18-86
BKİ (kg/m ²)	27.34 (24.22-30.77)	27.65±4.91	17.30-45.20
	n	%	
Cinsiyet	Kadın	134	55.4
	Erkek	108	44.6
BKİ	Zayıf ve normal kilolu	75	31.0
	Fazla kilolu ve obez	167	69.0
Eğitim durumu	İlköğretim ve altı	163	67.4
	Lise ve üstü	79	32.6
Kronik hastalık varlığı	Evet	173	71.5
	Hayır	69	28.5
Sürekli ilaç kullanımı	Evet	164	67.8
	Hayır	78	32.2
TOPLAM	242	100.0	

Araştırmaya katılan bireylerin %60,7'sine ilk kez kolonoskopi uygulandığı saptandı. Kolonoskopinin en fazla karın ağrısı (%22) ve demir eksikliği (%15) nedeni ile uygulandığı belirlendi. Hastaların haftalık dışkılama sayıları ortalama 6,42± 5,2 (min 1- maks 32; median 6,00) idi (Tablo 2).

Hastaların %87,2'si kolonoskopi öncesi önerilen hazırlık işlemlerini eksiksiz uyguladığını belirttiği için hazırlık rejimine uyumlu olarak değerlendirilirken, %93,8'i bağırsak hazırlığının yeterli olduğuna inandığını belirtti. Çalışmanın yapıldığı endoskopi biriminde kolon hazırlık solüsyonu olarak üç farklı ajan kullanıldı. Bunlar; sennozit A-B etken maddesi içeren *X-M Diet Çözeltisi*, sodyum pikosülfat/magnezyum oksit kombinasyonu içeren *Picoprep* ve Makrogol kombinasyonları içeren *Endofalk* hiperozmatik solüsyonlardı. Kolonoskopi uygulanan hastaların %69'unun hazırlık solüsyonu olarak *X-M Diet Çözeltisi* kullandığı saptandı. Hastaların %61,1'i bağırsak hazırlığını yorucu olarak değerlendirirken %72,3'ü işlem başarısız olduğunda bu süreci yeniden yaşayabileceğini bildirdi (Tablo 2).

Eğitim durumu, cinsiyet, daha önce kolonoskopi yapılma durumu, kolonoskopi ile ilgili eğitim alma durumu, uygulanan solüsyon ile kolon hazırlık rejimine uyum arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı (p>0,05). Bağırsak hazırlığını yorucu olarak değerlendiren hastaların uyum oranı %81,1 iken yorucu olarak belirtmeyen hastaların oranı %96,8 olarak saptandı. İşlemi yorucu olarak değerlendirme durumu ile hazırlık rejimine uyum arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($\chi^2=4,25$; p=0,000).

Tablo 2. Kolonoskopiye İlişkin Bulgular

Daha önce kolonoskopi yapılma durumu	Yapılan	95	39,3
	Yapılmayan	147	60,7
Kolonoskopi yapılma nedeni (Birden fazla yanıt verilmiştir)	Karın ağrısı	56	22,0
	Demir eksikliği	39	15,0
	Bağırsak hastalığının izlemi	33	13,0
	Rektal kanama	31	12,0
	Kabızlık/ishal	32	12,0
	Kolorektal kanser taraması/takip	25	10,0
	Diğer*	42	12,0
Kolonoskopi hazırlığı ile ilgili eğitim alma durumu	Alan	104	43,0
	Almayan	138	57,0
İşlem öncesi önerilen hazırlık uygulamalarına uyum	Uyumlu	211	87,2
	Uyumsuz	31	12,8
Bağırsak hazırlığı için kullanılan solüsyon	X-M Diet Çözeltisi	167	69,0
	Picoprep	51	21,0
	Endofalk	24	9,9
Bağırsak hazırlığının tam olduğuna inanma durumu	Yeterli	227	93,8
	Yeterli değil	15	6,2
Bağırsak hazırlığının yoruculuk durumu	Yorucu	148	61,1
	Yorucu değil	94	38,8
Çekuma ulaşılma durumu	Evet	200	82,6
	Hayır	42	17,4
İşlem başarısız olursa tekrar uygulanması isteği	Evet	175	72,3
	Hayır	67	27,7
	Çok iyi	173	71,5
Kolonoskopiye ilişkin duygular	İyi	66	27,3
	Kötü	3	1,2
	Çok iyi	122	50,5
Aldığınız bakımı nasıl değerlendiriyorsunuz	İyi	118	48,8
	Orta	2	0,8
	TOPLAM	242	100,0

X-M Diet Çözeltisi kullanan hastalarda kolon hazırlık rejimine uyum %88; Picoprep kullananlarda %86,3; Endofalk kullananlarda %83,3 olarak görüldü ancak kullanılan solüsyon ile uyum arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$). Kolonoskopi uygulanan hastalar bu üç farklı solüsyonun yoruculuk durumlarını benzer oranlarda değerlendirdi (X-M Diet Çözeltisi %58,7; Picoprep ve Endofalk %66,7) ve kullanılan solüsyonlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$).

Kolonoskopi öncesinde bireylerin %79,3'ünde bağırsak hazırlığına ilişkin şikayetler bildirildi. Bu şikayetler en fazla karın ağrısı (%53,3) ve susama (%41,3) olarak ifade edildi (Tablo3). Kolonoskopi öncesi şikayet bildirilme oranları solüsyonlar arasında benzerlik göstermekle beraber (X-M Diet Çözeltisi %80,8; Picoprep %76,5; Endofalk %75,0) solüsyonlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$). İşlem sırasında bireylerin %45'i Boston bağırsak hazırlığı sınıflamasında genel bağırsak temizliği için 2 puan olarak değerlendirildi ve %82,6'sında çekuma ulaşıldı. Çalışmaya dahil olan bireylerin hiçbirinde işlem sırasında bir komplikasyon görülmedi. Kolonoskopi süresi ortalama $15,56\pm 4,27$ dakikaydı.

Kolonoskopi sonrası bireylerin işlemle ilgili yaşadıkları şikayetler halsizlik/yorgunluk (%57,4), karın ağrısı (%31,4), karında şişlik (%26,4), bulantı (%9,5), perianal iritasyon/kanama (%6,7) ve kusma (%1,2) idi. İşlem sonrası bireyler kolonoskopiye ilişkin duygularını

(%71,5) ve aldıkları bakımdan memnuniyet düzeylerini (%50,5) çok iyi olarak değerlendirdi.

Bireylerin Öz Etkililik- Yeterlilik Ölçeği puan ortalamaları incelendiğinde ortalama $71,74\pm 8,40$ (min:49,00-maks: 101.00) puan aldıkları görüldü. Ölçek toplam puanından alınması gereken en düşük (23) puan üzerinden 49, en yüksek (115) puan üzerinden 101 puan aldıkları bulundu. Dört alt boyuttan oluşan ölçeğin alt boyut puanları Tablo 4'te belirtildi. Çalışmaya katılan bireylerin Öz Etkililik- Yeterlilik Ölçeği puan ortalamaları ile yaş, kolonoskopi öncesi hazırlık rejimine uyum ve Boston bağırsak hazırlığı sınıflaması puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$).

4. Tartışma

Kolonoskopi işleminde kolon mukozasının net görülebilmesi için bağırsak hazırlığının iyi yapılmış olması gerekir. Kolon hazırlığının yapılmasında bireylerin hazırlık rejimine uyumu önemli bir etkidir. Barsak hazırlığının yeterli yapılamaması kolonoskopi işleminin etkinliğini azaltan bir faktördür [1, 4, 13, 26]. Kesitsel tipte olan bu çalışmada kolonoskopi yapılan hastaların çoğunluğunun önerilen bağırsak hazırlığı uygulamalarına uyumlu olduğu gözlemlendi. Literatürde kolonoskopi öncesi barsak hazırlığına uyum oranları %90 ile %100 arasında bildirilmiştir [7,15,17, 18,27]. Ülkemizde kolostomi hazırlık talimatlarına bireylerin uyumunu inceleyen çalışmalar bulunmaktadır [7,15, 18].

Tablo 3. Kolonoskopi Öncesi ve Sonrası Yaşanan Şikayetler

	n	%
Kolonoskopi öncesi bağırsak hazırlığına ilişkin şikâyeti olma durumu		
Evet	192	79.3
Hayır	50	20.7
Kolonoskopi öncesi bağırsak hazırlığına ilişkin şikayetler		
Karın ağrısı	129	53.3
Bulantı	93	38.4
Kusma	4	9.1
Karında şişlik	76	31.4
Susama	100	41.3
Uykusuzluk	82	33.9
Diğer	31	12.8
Kolonoskopi sonrası kolonoskopiye ilişkin şikayetler		
Karın ağrısı	76	31.4
Bulantı	23	9.5
Kusma	3	1.2
Karında şişlik	64	26.4
Perianal iritasyon/kanama	16	6.7
Halsizlik/ yorgunluk	139	57.4
Diğer	2	0.8

Çalışmamızda kolonoskopi işlemi istenip kolon temizliği önerilen bireylerde hazırlık uygulamalarına uyum literatüre oranla daha düşük bulundu (%87,2). Farkın örneklem grubu ile ilişkili olduğu düşünülmektedir. Araştırma grubunun yaş ortalamasının yüksek ve eğitim durumunun ağırlıklı olarak ilköğretim ve altında olması etkileyici faktör olarak görülmektedir. Ayrıca bireylerin çoğuna ilk kez kolonoskopi işlemi uygulanmasının da bu duruma etkili olduğu görüşündeyiz. Kolonoskopi öncesinde verilen eğitim de uyumu etkileyen bir faktördür. Araştırmaya katılan gönüllülerin yarısından fazlasının (%57) eğitim almadıklarını belirtmesi de uyumun literatüre oranla düşük bulunmasında önemli bir sebep olarak düşünülmektedir. Kolonun değerlendirilmesinde kolonoskopi işlemi altın standarttır. İşlemin tanınal gücünü arttırmada en önemli faktör ideal bir bağırsak temizliği sağlanmasıdır [2]. Kolonoskopi hazırlığında pek çok ajan kullanılmaktadır ve bir çok çalışmada kolon hazırlık rejimlerinin etkinliği karşılaştırılmıştır [2, 6, 15, 16, 18, 28, 29].

Tablo 4. Öz Etkililik- Yeterlilik Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamaları ve Boston Bağırsak Hazırlığı Sınıflaması Puanı

Öz Etkililik- Yeterlilik Ölçeği	Ort±SS	Ortanca (ÇAA)	Min-Maks
Davranışa başlama	25.27±8.40	24.00 (24.00-28.00)	8.00-40.00
Davranış sürdürme	21.61±3.20	21.00 (21.00-23.00)	12.00-32.00
Davranış tamamlama	15.73±3.18	15.00 (15.00-17.25)	6.00-25.00
Engellerle mücadele	9.13±1.78	9.00 (9.00-10.00)	3.00-15.00
Toplam Puan	71.74±8.40	69.00 (69.00-72.00)	49.00-101.00
Boston bağırsak hazırlığı sınıflaması			
	n	%	
Bağırsağın bir kısmı katı dışkı nedeniyle görüntülenememesi (0 puan)	18	7.4	
Bağırsağın bir bölümünde sıvı veya yarı katı dışkı bulunması (1 puan)	31	12.8	
Bağırsağın iyi görünebilmesi ve az miktarda dışkı bulunması (2 puan)	109	45.0	
Bağırsağın mükemmel düzeyde görünebilmesi ve sıvı bulunmaması (3 puan)	84	34.7	

Çakır ve ark. (2016) yaptıkları çalışmada sennozit A-B ve kalsiyum tuzunu içeren solüsyon ve sodyum hidrojen fosfat içerikli lavman ile bağırsak hazırlığı yapılan bireylerde hazırlık rejimine uyum değerlendirilmiştir [18]. Bireylerin oral, rektal ve diyetle uyumlulukları sırasıyla %93,2, %90,5, ve %88,0 olarak bulunmuştur. Görücü ve ark. (2011) standart sıvı sodyum fosfat ile yapılan bağırsak hazırlığında bireylerin hazırlık rejimine uyumu değerlendirmiştir. Yatan bireylerde uyum oranı %100, ayakta bireylerde %90,7 bulunmuştur [7]. Yakut ve ark. (2009) tarafından yapılan çalışmada ise bağırsak hazırlığının oral sodyum fosfat (NaP) solüsyonu ile yapıldığı bildirilmiştir [15]. Yeterli kolon temizliği için etkinliği kanıtlanmış standart uygulamalar bulunmaktadır [2]. Bunların arasında, polietilen glikollü (PEG) dengeli elektrolit solüsyonları ve hiperozmotik sıvı sodyum fosfat (NaP) en sık kullanılan kolon hazırlık solüsyonlarıdır [1, 2]. Bu çalışmanın yapıldığı kurumda ise bağırsak hazırlığı için hiperozmotik solüsyonlar kullanıldı. Bağırsak hazırlığı için kullanılan preparatları belirlerken; bireylerin genel durumu, eşlik eden hastalıkları ve tercihleri ile birlikte etkinlik, maliyet, güvenlik ve tolere edilebilirlik gibi faktörlere dayalı olarak her hasta için bireyselleştirilmesi tavsiye edilir (Yüksek düzey kanıt) [1]. Çalışmanın yapıldığı

endoskopi biriminde de bireylerin durumuna uygun preparat önerilmekte olup, standart tek tip bir ajan kullanılmamaktadır. Kolonoskopi işlemi öncesi hazırlık uygulamaları ile ilgili sözlü danışmanlığın yanında bireyin anlayabileceği basit düzeyde yazılı talimatlar oluşturulması; bireye hem sözlü hem de yazılı materyalle eğitim verilmesi önerilir (Orta düzey kanıt). Hatta bağırsak hazırlığını yeterli yapamayacağı öngörülen bireyler için daha yoğun eğitim verilmesi önerilir (Düşük düzey kanıt) [1]. Araştırma sonuçlarında bireylerin yaklaşık yarısının kolonoskopi ile ilgili eğitim almadıklarını belirtmesi bu konudaki eksikliği ön plana çıkarmaktadır. Endoskopi biriminde her gün çok sayıda bireye endoskopik işlem uygulanması, çok yoğun bir birim olması, personel ve zaman kısıtlılığının da bu durumu etkileyen faktörler olduğu bilinmektedir. Kolonoskopi sırasında bağırsak hazırlığının kalitesinin yeterlilik açısından değerlendirilmesi ve kaydedilmesi önerilir (Yüksek düzey kanıt) [1]. Boston bağırsak hazırlığı sınıflaması, barsak hazırlığının kalitesini değerlendirmede endoskopi sonucuyla ilişkili olduğu kanıtlanmış, güvenilir ve en yaygın kullanılan skaladır [23,24]. Çalışmamızda bağırsak hazırlığı Boston bağırsak hazırlığı sınıflaması kullanılarak değerlendirildi.

Kolonoskopi uygulanacak bireylere bakım veren hemşirelerin; bireylerin öz etkililik-yeterlilik düzeylerini bilmesi uygulanacak girişimlerin planlanmasında yardımcı bir etkidir [22]. Çalışmada, bireylerin genel öz-etkililik-yeterlilik algısının orta düzey olduğu görüldü. Ancak ölçek puanı ile kolonoskopi öncesi hazırlık talimatlarına uyum arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı. Yapılan farklı çalışmalarda yüksek öz etkililik düzeyinin hastalık uyumunu artırdığı belirlenmiştir [30, 31]. Bu araştırmada öz etkililik düzeyi ile uyum arasında fark bulunmaması değerlendirilen değişkenin kronik bir durum olmamasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Literatürde kolonoskopi uygulanacak bireylerde öz etkililiğin değerlendirilmesine yönelik çalışma bulunmamaktadır. Friedman ve ark. (2014) inflamatuvar bağırsak hastalığında yüksek öz etkinlik düzeyinin, sürveyans kolonoskopisine uyumu öngörebilme durumunu incelediği çalışmada geçerliliği kanıtlanmış öz etkililik ölçeği kullanılarak hastaların sürveyans kolonoskopiye uyum ilişkisini değerlendirmiş ve %74 oranında uyumun öngörülebildiği bildirilmiştir [32].

5. Sınırlamalar

Bu çalışma; bir devlet hastanesinin endoskopi biriminde yürütüldü. Bundan dolayı çalışmanın sonuçları tüm kolonoskopi işlemi uygulanan bireyler için genellenemez. Sadece çalışmanın yürütüldüğü kuruma genellenebilir. Ayrıca verilerin sadece bireylerin verdiği cevaplardan elde edilmesi de araştırmanın sınırlılıkları arasındadır. Çalışmanın bu sınırlılıklarına rağmen elde edilen bulgular kolonoskopi uygulanacak hastaların hazırlık talimatlarına uyumunu geliştirmeye yönelik yapılacak çalışmalara katkı sağlayabilir.

6. Sonuç

Kolonoskopi öncesi hastaların hazırlık rejimine uyumlu olduğu, öz-etkililik-yeterlilik algısının orta düzey olduğu ve kolonoskopi hazırlık talimatlarına uyumu etkileyen bir faktör olmadığı saptandı.

Bu sonuçlar doğrultusunda; bireylerin öz etkililik düzeylerinin artırılmasına yönelik olarak aileler ve bakım veren sağlık personeli tarafından desteklenmesi; kolonoskopi öncesi bağırsak hazırlığına uyumu arttırmak için sürekli eğitim ve danışmanlık hizmetlerinin sürdürülmesi önerilmektedir. Bireylerin uyumunu artırmak amacıyla kanıta dayalı hemşirelik bakım uygulamaları doğrultusunda daha fazla çalışma yapılması önerilebilir.

7. Kaynaklar

1. ASGE Standards of Practice Committee, John, R, Cash B.D, Pasha, S.F, Early, D.S, Muthusamy, V.R et al. Bowel preparation before colonoscopy. *Gastrointestinal Endoscopy*, 2015,81(4),781-94. <https://doi.org/10.1016/j.gie.2014.09.048>.
2. Sweetser, S, Baron, TH. Optimizing bowel cleansing for colonoscopy. *Mayo Clinic Proceedings*, 2015, 90 (4), 520-26. <https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2015.01.015>.
3. Wexner, SD, Beck, D.E, Baron, T.H, et al. A Consensus Document on Bowel Preparation before Colonoscopy: Prepared by a Task Force from the American Society of Colon and Rectal Surgeons (ASCRS), the American Society

- for Gastrointestinal Endoscopy (ASGE), and the Society of American Gastrointestinal and Endoscopic Surgeons (SAGES). *Gastrointestinal Endoscopy*, 2006, 63(7), 894-909. <https://doi.org/10.1016/j.gie.2006.03.918>.
4. Gimeno-García, A.Z, Baute, J.L, Hernandez, G, et al. Risk factors for inadequate bowel preparation: a validated predictive score. *Endoscopy*, 2017, 49 (6), 536-43. <https://doi.org/10.1055/s-0043-101683>.
5. Johnson, D.A, Barkun, A.N, Cohen, et al. Optimizing adequacy of bowel cleansing for colonoscopy: recommendations from the us multi-society task force on colorectal cancer. *Gastroenterology*, 2014, 147 (4), 903-24. <https://doi.org/10.1053/j.gastro.2014.07.002>.
6. Froehlich, F, Wietlisbach, V, Gonvers, J.J, Burnand, B, Vader, J.P. Impact of colonic cleansing on quality and diagnostic yield of colonoscopy: The European Panel of Appropriateness of Gastrointestinal Endoscopy European Multicenter Study. *Gastrointestinal Endoscopy*, 2005,61 (3), 378-84.
7. Görücü, K.Y, İhsan, U, Acartürk, G. Yatan Hastalarda Kolonoskopi Öncesi Barsak Hazırlığı Talimatlarına Hastaların Uyumu ve Tolerans Düzeyi. *Sakarya Tıp Dergisi*, 2011, 1 (4), 135-39.
8. Rex, D.K, Imperiale, T.F, Latinovich, D, Bratcher, L.L. Impact of bowel preparation on efficiency and cost of colonoscopy. *The American Journal of Gastroenterology*, 2002, 97(7),1696-700.
9. Sherer, E.A, Imler, T.D, Imperiale, T.F. The effect of colonoscopy preparation quality on adenoma detection rates. *Gastrointestinal Endoscopy*, 2012, 75 (3), 545-53. <https://doi.org/10.1016/j.gie.2011.09.022>.
10. Chokshi, R.V, Hovis, C.E, Hollander, T, Early, D.S, Wang, J.S. Prevalence of missed adenomas in patients with inadequate bowel preparation on screening colonoscopy. *Gastrointestinal Endoscopy*, 2012,75 (6), 1197-1203. <https://doi.org/10.1016/j.gie.2012.01.005>.
11. Hong, S.N, Sung, I.K, Kim, J.H, et al. The effect of the bowel preparation status on the risk of missing polyp and adenoma during screening colonoscopy: A Tandem Colonoscopic Study. *Clinical Endoscopy*, 2012 ,45 (4), 404-11. <https://doi.org/10.5946/ce.2012.45.4.404>
12. Lebwahl, B, Kastrinos, F, Glick, M, Rosenbaum, A.J, Wang, T, Neugut, A.I . The impact of suboptimal bowel preparation on adenoma miss rates and the factors associated with early repeat colonoscopy. *Gastrointestinal Endoscopy*, 2011,73 (6), 1207-14. <https://doi.org/10.1016/j.gie.2011.01.051>.
13. Harrison, N.M, Hjelkrem, M.C. Bowel cleansing before colonoscopy: Balancing efficacy, safety, cost and patient tolerance. *World Journal of Gastrointestinal Endoscopy*, 2016,8 (1), 4-12. <https://doi.org/10.4253/wjge.v8.i1.4>.
14. Kurlander, J.E, Sondhi, A.R, Waljee, A.K, Menees, S.B, Connell, C.M, Schoenfeld, P.S et al. How Efficacious Are Patient Education Interventions to Improve Bowel Preparation for Colonoscopy? A Systematic Review. *Plos One*, 2016,11 (10), e0164442. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0164442>.
15. Yakut, M, Uysal, E, Beşik, G, Özkan, Y, Kirbaş, G, Özden, A. Türk insanı kolonoskopi işlemine nasıl bakıyor? Kolonoskopi hazırlık rejimine uyumu etkileyen faktörlerin irdelenmesi: Klinik prospektif çalışma. *Endoskopi Dergisi*, 2009,17 (2). <https://doi.org/10.17940/ed.58708>.
16. Cheng, C.H, Liu, N.J, Tang, et al. Predictors of Suboptimal Bowel Preparation Using 3-l of Polyethylene Glycol for an Outpatient Colonoscopy: A Prospective Observational Study. *Digestive Diseases and Sciences*, 2017,62 (2), 345-51. <https://doi.org/10.1007/s10620-016-4343-7>.
17. Ness, R.M, Manam, R, Hoen, H, Chalasani, N. Predictors of inadequate bowel preparation for colonoscopy. *The American Journal of Gastroenterology*, 2001,96 (6), 1797-1802. <https://doi.org/10.1111/j.1572-0241.2001.03874.x>.
18. Çakır, T, Aslaner, A, Mayır, ve ark. Elektif Kolonoskopi öncesi uygulanan kolon hazırlığı talimatlarına hastaların uyumu; anket çalışması. *Kocatepe Tıp Dergisi*, 2016,17 (1). <https://doi.org/10.18229/kt.d.89643>.

19. Gözüm, S, Aksayan, S. Öz-Etkililik-Yeterlik Ölçeği'nin Türkçe Formunun güvenilirlik ve geçerliliği. *Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences*, 1999,2 (1). <http://e-dergi.atauni.edu.tr/ataunihem/article/view/1025000042>.
20. Bandura, A. *Self-efficacy: The exercise of control*. New York, NY, US: 1997.
21. Yıldırım, F, İlhan, İ.Ö. Genel Özyeterlilik Ölçeği Türkçe Formunun geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2010,21 (4), 8.
22. Aksayan, S, Gözüm, S. Olumlu sağlık davranışlarının başlatılması ve sürdürülmesinde öz etkililik algısının önemi. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 1998,2 (1), 35-42.
23. Lai, E.J, Calderwood, A.H, Doros, G, Fix O.K, Jacobson, B.C. The Boston Bowel Preparation Scale: A valid and reliable instrument for colonoscopy-oriented research. *Gastrointestinal Endoscopy*, 2009, 69 (3), 620-25. <https://doi.org/10.1016/j.gie.2008.05.057>.
24. Van Weyenberg, S. Grading the quality of bowel preparation. *Video Journal and Encyclopedia of GI Endoscopy*, 2014,1 (3), 615-18. <https://doi.org/10.1016/j.vjgien.2013.05.001>.
25. Sherer, M, Maddux, J.E, Mercandante, B, Prentice-dunn, S, Jacobs, B, Rogers, R.W. The Self-efficacy scale: construction and validation. *Psychological Reports*, 1982,51 (2), 663-71. <https://doi.org/10.2466/pr0.1982.51.2.663>.
26. Kazarian, E.S, Carreira, F.S, Toribara, N.W, Denberg, T.D. Colonoscopy completion in a large safety net health care system. *Clinical Gastroenterology and Hepatology: The Official Clinical Practice Journal of the American Gastroenterological Association*, 2008,6 (4), 438-42. <https://doi.org/10.1016/j.cgh.2007.12.003>.
27. Allaire, J, Thompson, W.O, Cash, B.D, Galt, D.J. A Quality improvement project comparing two regimens of medication for colonoscopy preparation. *Gastroenterology Nursing: The Official Journal of the Society of Gastroenterology Nurses and Associates*, 2004,27 (1), 3-8. <https://doi.org/10.1097/00001610-200401000-00002>.
28. Menees, S.B, Kim, H.M, Wren, P, et al. Patient compliance and suboptimal bowel preparation with split-dose bowel regimen in average-risk screening colonoscopy. *Gastrointestinal Endoscopy*, 2014,79 (5), 811-820.e3. <https://doi.org/10.1016/j.gie.2014.01.024>.
29. Kilgore, T.W, Abdinoor, A.A, Szary, N.M, et al. Bowel preparation with split-dose polyethylene glycol before colonoscopy: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Gastrointestinal Endoscopy*, 2011,73 (6), 1240-45. <https://doi.org/10.1016/j.gie.2011.02.007>.
30. Vatanserver, Özge, Ünsar, S. Esansiyel hipertansiyonlu hastaların ilaç tedavisine uyum/öz etkililik düzeylerinin ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi. *Türk Kardiyoloji Derneği Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi*, 2014,5 (8), 66-74.
31. Gedik, S. Kırsal alanda yaşayan Tip 2 Diyabetli bireylerin hastalık yönetiminde öz-etkililik düzeyleri. *Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü*. <http://acikerisim.selcuk.edu.tr:8080/xmlui/handle/123456789/5972>. 2016.
32. Friedman, S, Cheifetz, A.S, Farraye, F.A, et al. High self-efficacy predicts adherence to surveillance colonoscopy in inflammatory bowel disease. *Inflammatory Bowel Diseases*, 2014, 20 (9), 1602-10. <https://doi.org/10.1097/MIB.000000000000125>

<http://edergi.cbu.edu.tr/ojs/index.php/cbusbed> isimli yazarın CBU-SBED başlıklı eseri bu Creative Commons Alıntı-Gayriticari4.0 Uluslararası Lisansı ile lisanslanmıştır.





ARAŞTIRMA MAKALESİ
RESEARCH ARTICLE
CBU-SBED, 2018, 5(4):193-202

Türkiye’de İç Göçün Beş Yaş Altı Çocuklarda Ölümlülük ve İshal Üzerindeki Etkisine İlişkin Bir Araştırma

Gülcan Şantaş^{1*}

¹ Yozgat Bozok Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, Yozgat Türkiye
gulcan.santas@bozok.edu.tr

*Sorumlu Yazar / Corresponding Author: Gülcan ŞANTAŞ

Bu çalışma Gülcan ŞANTAŞ, (2018), “Türkiye’de İç Göçün Sağlık Hizmetleri Kullanımı ve Sağlık Statüsüne Etkisi” Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı, Ankara, Doktora Tezinden üretilmiştir.

Gönderim Tarihi / Received: 18.10.2018

Kabul Tarihi / Accepted: 27.12.2018

Öz

Amaç: Bu çalışmanın amacı, Türkiye’de iç göçün beş yaş altı çocuklarda ölümlülük ve ishal üzerindeki etkisini ortaya koymaktır. Ayrıca, çalışmada çeşitli demografik ve ekonomik faktörlerin beş yaş altı ölümü ve ishal üzerindeki etkisini belirlemek de amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Bu çalışmada, Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü tarafından yürütülen “Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA)” verileri kullanılmıştır. Çalışma verileri 1993-1998-2003-2008-2013 dönemlerinde toplanan TNSA verilerinden oluşmaktadır. Bu araştırmanın bağımlı değişkenleri beş yaş altı çocuklarda ölümlülük ve beş yaş altı çocuklarda ishal değişkenleridir. Araştırmanın bağımsız değişkenleri ise göç durumu değişkeni, dönem değişkeni, sosyo-demografik ve sosyo-ekonomik faktörlerdir. Araştırmalarda örneklem seçiminde ağırlıklı örnekleme yöntemi, çok aşamalı örnekleme yöntemi ve tabakalı küme örnekleme yöntemlerinden yararlanılmıştır. Araştırma verilerinin analizinde lojistik regresyon analizinden faydalanılmıştır.

Bulgular: Çalışma sonucunda, iç göçün beş yaş altı ölümü etkilediği; beş yaş altı ölümün kentlerde ve kentlerden kıra göç etmişlerde daha az, kırdan yaşayan ve kırdan kente göç etmişlerde daha yüksek olduğu bulunmuştur. Ayrıca, beş yaş altı çocuklarda ishalin iç göçten etkilendiği tespit edilmiş; kentte yaşayan çocuklara göre kırdan yaşayan çocuklarda, kırdan kente göç etmiş çocuklarda ve kentten kıra göç etmiş çocuklarda ishalin yaygınlığının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Çalışmada, beş yaş altı ölümünün annenin eğitimi, yaşanan bölge ve çocukluğun geçtiği bölgeden; beş yaş altı çocuklarda ishalin yaygınlığının çocukların yaşı, cinsiyeti, annenin eğitimi, yaşanan bölge ve çocukluğun geçtiği bölgeden etkilendiği bulgusu elde edilmiştir. Çalışma bulgularına göre Doğu Bölgesi ve Orta Bölge, beş yaş altı çocuk ölümü ve ishal sağlık statüsü göstergeleri açısından dezavantajlı bölgeler olarak belirlenmiştir.

Sonuç: Beş yaş altı çocuk ölümü ve ishali azaltmada kırsal bölgelerde dezavantajlar oluşturan fiziki koşulların belirlenmesi ve bu koşulların avantaja çevrilmesinde yerel çerçevede uygulanacak sosyal politikaların etkili olabileceği düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: İç Göç, Sağlık Statüsü, Beş Yaş Altı Çocuklarda Ölümlülük, Beş Yaş Altı Çocuklarda İshal, Nüfus ve Sağlık Araştırması

Abstract

Introduction: This study aims to determine the effect of internal migration on the under-five mortality and the diarrhea in children under five years of age in Turkey. In addition, it was aimed to reveal the effect of various demographic and economic factors on the under-five mortality and the diarrhea in children.

Methods: In the study, the data of “Turkey Demographic and Health Survey (DHS)” were used, which was conducted by the Hacettepe University Institute of Population Studies. The data of the study consisted of TDHS data collected between 1993-1998-2003-2008-2013. The dependent variables of this study were under-five mortality and diarrhea in children under five years of age. The independent variables of the study were migration status, period, socio-demographic and socio-economic factors. Weighted sampling method, multistage sampling method and stratified cluster sampling methods were used in the sample selection. Logistic regression analysis was used to analyze the data.

Results: As a result of the study, it has been found that internal migration affected the under-five mortality; under-five mortality was found higher in urban and urban-to-rural children, and lesser in rural and rural-to-urban children.

in addition, diarrhea in children under five years of age was found to be affected by internal migration; the prevalence of diarrhea was found to be higher in rural, rural-to-urban and urban-to-rural children, compared to urban children. In the study, it was revealed that under-five mortality was found to be affected by maternal education, residential area and childhood residential area; diarrhea in children was found to be affected by age and gender of children, maternal education, residential area and childhood residential area. According to the study findings, East Region and Central Region were determined as disadvantaged regions in terms of under-five mortality and diarrhea health status indicators.

Conclusion: It is suggested that social policies, that will be applied in the local framework, can be effective in determining the physical conditions that create disadvantages in rural areas and decreasing the under-five mortality and diarrhea.

Keywords: Internal Migration, Health Status, Under-Five Mortality, Diarrhea in Children Under Five Years of Age, Demographic and Health Survey

1. Giriş

Beş yaş altı ölümü 1000 canlı doğumda beş yaşını doldurmadan ölen çocukların olasılığı olarak tanımlanmaktadır [1]. Önemli kalkınma göstergeleri arasında yer alan çocuk ölümlülüğü, çocuk sağlığını belirleyen toplumsal, ekonomik ve çevresel koşullar hakkında fikir vermektedir [2, 3]. Geçtiğimiz 25 yılda, çocuk ölümlülüğünü azaltmada dünya genelinde önemli iyileşmeler olduğu dikkat çekmektedir. Çocuk ölümlülüğü oranı 1990–2016 yılları arasında %62 azalırken, beş yaş altı çocuk ölümleri 12,7 milyondan 5,6 milyona düşmüştür. Ancak dünya genelinde görülen iyileşmelerin evrensel olmadığı belirtilmektedir [4]. Dünya Sağlık Örgütü verileri 2017 yılında beş yaş altında 5,4 milyon çocuğun öldüğünü ortaya koymaktadır. Bir çocuğun beş yaşını doldurmadan ölme riski Dünya Sağlık Örgütü Afrika Bölgesi'nde (1000 canlı doğumda 74), Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölgesi ile karşılaştırıldığında (1000 canlı doğumda 9) yaklaşık 8 kat daha yüksek bulunmuştur. Ülkeler arasındaki eşitsizlikleri azaltmanın ve önlenebilir çocuk ölümlerini sona erdirerek daha fazla çocuğun hayatını kurtarmanın önemli öncelikler arasında olması beklenmektedir [5]. Türkiye'de 1990'lı yıllar itibarıyla beş yaş altı ölümlerde iyileşmeler söz konusu olmakla birlikte, bu ölümlerin gelişmiş ülkelerin ortalamalarının üzerinde olduğu görülmektedir [6].

İshal genellikle bağırsak sisteminde çeşitli bakteriyel, viral ve paraziter organizmaların neden olduğu bir enfeksiyon belirtisi şeklinde tanımlanmaktadır. Enfeksiyon, kirli gıda, kirli içme suyu veya kötü hijyen nedeniyle kişiden kişiye yayılmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü, önlenebilir ve tedavi edilebilir bir hastalık olan ishalin beş yaş altı çocuklarda ikinci en önemli ölüm nedeni olduğunu belirtmektedir [7]. Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu verilerine göre, ishal çocuklarda önde gelen ölüm sebeplerinden olup, 2016 yılında dünya genelinde 5 yaş altı çocuklar arasındaki tüm ölümlerin yaklaşık yüzde 8'ini oluşturmaktadır. Bu rakam, her gün ölmekte olan 1300'den fazla çocuğa ya da yılda yaklaşık 480.000 çocuğa denk gelmektedir. Oysaki önlenebilir bir hastalık olan ishalin basit ve etkili bir tedavisi bulunmaktadır [8].

Ülke sınırları içinde gerçekleşen iç göçler, göç veren ve göç alan yerleşim yerlerindeki toplumsal yapıyı etkileme potansiyeline sahiptir [9]. Göçmenler, göç ettikleri bölgelerde genellikle düşük nitelikli barınma

koşullarına sahip gecekonduyalarda yaşamaktadırlar [10]. Bu gecekondu bölgelerinin altyapı, konut koşulları ve ekonomik olanakları diğer bölgelere göre daha kötüdür [11]. Daha iyi yaşam standartlarına sahip olma beklentisiyle göç edenler, sağlık hizmetlerine ulaşmada güçlük ve pek çok çevresel riskle karşılaşmaktadır [12]. Hızlı kentleşmeyle birlikte kırdan kente göç edenler, sağlıksız ve sanitasyon konusunda sorunlu alanlarda yaşamak durumunda kalmaktadır [13]. Göç sürecinin olumsuzluklarından etkilenen en dezavantajlı gruplar arasında kadınlar ve çocuklar yer almaktadır [14]. Alanyazın incelendiğinde, “iç göç ve beş yaş altı çocuklarda ölümlülük” [15, 16, 17] ve “iç göç ve beş yaş altı çocuklarda ishal” [18, 19, 20] konularına değinen çalışmaların genellikle uluslararası ölçekte yapıldığı görülmektedir. Türkiye'de konuyla ilgili çalışma sayısının sınırlı olduğu söylenebilir [12, 21]. Bu sebeple, güncel verilerle ve makro ölçekte iç göç, beş yaş altı çocuklarda ölümlülük ve beş yaş altı çocuklarda ishalin yaygınlığını ortaya koyan bir çalışmaya ihtiyaç duyulmaktadır. Bu çalışmanın amacı, Türkiye'de iç göçün beş yaş altı çocuklarda ölümlülük ve ishal üzerindeki etkisini ortaya koymaktır. Ayrıca, çalışmada çeşitli demografik ve ekonomik faktörlerin beş yaş altı ölümü ve ishal üzerindeki etkisini belirlemek de amaçlanmıştır.

2. Gereç ve Yöntem

Bu çalışmada, Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü tarafından yürütülen “Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA)” verileri kullanılmıştır. Çalışma verileri 1993-1998-2003-2008-2013 dönemlerinde toplanan TNSA verilerinden oluşmaktadır. TNSA'larda “hanehalkı soru kâğıdı” ve 15-49 yaş aralığındaki kadınlar için “kadın soru kâğıdı” kullanılmaktadır. Hanehalkı soru kâğıdı ile örneklem kapsamındaki hanelerde yaşayan kişilere ve hanelere ilişkin bilgiler toplanmaktadır. Kadın soru kâğıdında hanehalkı listesinde yer alan, 15-49 yaş aralığındaki kadınların temel özellikleri, göç tarihçeleri, evliliklerine ilişkin bilgiler, çalışma tarihçeleri, beslenme durumları gibi konulara ilişkin sorular yer almaktadır.

TNSA'larda araştırmanın evreni doğurgan yaşlardaki kadınlardan oluşmaktadır. Araştırmalarda örneklem seçiminde ağırlıklı örnekleme yöntemi, çok aşamalı örnekleme yöntemi ve tabakalı küme örnekleme yöntemlerinden yararlanılmaktadır. Araştırmalarda

görüülen kadın sayıları incelendiğinde, 1993 araştırmasında 6519 kadın, 1998 araştırmasında 8576 kadın, 2003 araştırmasında 8075 kadın, 2008 araştırmasında 7405 kadın ve 2013 araştırmasında 9746 kadın ile görüşme gerçekleştirilmiştir.

Bu araştırmanın bağımlı değişkenleri beş yaş altı çocuklarda ölümlülük ve beş yaş altı çocuklarda ishal değişkenleridir. Bu kapsamda, beş yaş altı ölümü değişkeninde, doğumdan sonraki beş yıl içinde ölen çocuklar; beş yaş altı çocuklarda ishal değişkeninde araştırmadan önceki son iki hafta içinde ishal olan çocuklar araştırmaya dâhil edilmiştir.

Araştırmanın bağımsız değişkenleri ise göç durumu değişkeni, dönem değişkeni, sosyo-demografik ve sosyo-ekonomik faktörlerdir. Çalışmada göç durumu değişkeni kadının çocukluğunun geçtiği yerleşim yerine göre belirlenmektedir. Kadının çocukluğunun geçtiği yerleşim yeri kır, şu an yaşamakta olduğu yer kent ise “kırdan kente göç etmiş” kategorisinde, çocukluğun geçtiği yerleşim yeri kent, şu an yaşamakta olduğu yer kır ise “kentten kıra göç etmiş”, yaşam boyu hiç göç etmemiş ve şu an kentte yaşıyor ise veya göç etmiş ama hem çocukluğun geçtiği yer, hem de şu an yaşadığı yer kent ise “kentte yaşıyor” kategorisinde, kadın hiç göç etmemişse ve şu an kırdan yaşıyor ise veya göç etmiş ancak çocukluğun geçtiği ve araştırma tarihinde yaşadığı yerleşim yerlerinin her ikisi de kır ise “kırdan yaşıyor” kategorisinde yer almaktadır [12].

Çalışmada beş yaş altı çocuklarda ölümlülük ve ishalin dönemler itibarıyla seyri belirlenmesi için dönem değişkeni oluşturulmuştur. Dönem değişkeni 1993 dönemi verileri için 1, 1998 dönemi verileri için 2, 2003 dönemi verileri için 3, 2008 dönemi verileri için 4 ve 2013 dönemi verileri için 5 kodu atanarak oluşturulmuştur. Böylece değişkenlerin dönemsel değişiminin izlenebilmesi ve karşılaştırılabilmesi sağlanmıştır. Bu araştırmada sosyo-demografik faktörler çocuğun yaşı, çocuğun cinsiyeti ve annenin eğitimi, sosyo-ekonomik faktörler yaşanılan ve çocukluğun geçtiği bölge değişkenlerini ifade etmektedir.

TNSA verilerinde tüm değişkenler beş dönemde de (1993-1998-2003-2008-2013) toplanmamıştır. Beş yaş altı ölümlülüğüne ilişkin veriler beş dönemde de toplanmıştır. Beş yaş altı çocuklarda ishalin yaygınlığına ilişkin veriler ise 1993-1998-2008 dönemlerinde toplanmıştır. Çalışmada, bu veriler üzerinden analizler gerçekleştirilmiştir.

Araştırmada katılımcıların temel özelliklerini ortaya koymak amacıyla tanımlayıcı istatistiksel yöntemler (frekans ve yüzde) kullanılmıştır. Göç durumunun, sosyo-demografik ve sosyo-ekonomik faktörlerin beş yaş altı çocuklarda ölümlülük ve ishal üzerindeki etkisinin belirlenmesi için lojistik regresyon analizinden faydalanılmıştır. Lojistik regresyon analizlerinde dönem değişkeninin de etkisinin belirlenebilmesi için beş döneme ilişkin veriler birleştirilerek analizler gerçekleştirilmiştir. Lojistik regresyon analizleri beş model şeklinde gerçekleştirilmiştir. Birinci modelde göç

durumunun, ikinci modelde göç durumu ve dönemin, üçüncü modelde göç durumu, dönem ve sosyo-demografik faktörlerin, dördüncü modelde göç durumu, dönem ve sosyo-ekonomik faktörlerin ve beşinci modelde tüm değişkenlerin etkisi incelenmiştir. Analizler SPSS paket programı kullanılarak yapılmıştır. Araştırmada kullanılan veriler Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü’nden izin alınarak, bu ikincil veriler üzerinden gerçekleştirilmiştir. Bu nedenle çalışmanın ikincil veriler doğrultusunda oluşturulma sınırlılığına sahip olduğu söylenebilir.

3. Bulgular

Çalışmanın bu bölümünde göç durumu ve çeşitli sosyo-demografik ve sosyo-ekonomik faktörlerin beş yaş altı çocuklarda ölümlülük ve ishal üzerindeki etkisi incelenmektedir.

3.1.1 Beş Yaş Altı Ölümü

Tablo 1’de, beş yaş altı ölümü göç durumu, sosyo-demografik ve sosyo-ekonomik değişkenlere göre dağılımı verilmektedir. %3,4 (% 34) olan beş yaş altı ölümü, 2013’te %0,9 (% 9)’a düşmüştür. Beş yaş altı ölümü göç durumu açısından dönemler itibarıyla değişkenlik göstermektedir. Beş yaş altı ölümü kentlerde ve kentlerden kıra göç etmişlerde daha az, kırdan yaşayan ve kırdan göç etmişlerde daha yüksek oranda görülmektedir. 1993 ve 2008 dönemlerinde ölüm hızı erkek çocuklarda daha yüksektir. Beş yaş altı ölümü, ortaokul ve üzerinde eğitimdeki annelerin olduğu kategoride en az orandadır. Ölüm hızının en yüksek olduğu bölge Doğu’dur. Beş yaş altı ölümünün annenin çocukluğunun geçtiği bölge açısından dağılımına bakıldığında Batı ve Güney Bölgeleri dışındaki diğer üç bölgede beş yaş altı ölümü daha yüksek düzeydedir.

Tablo 2’de beş yaş altı ölümü üzerinde göç durumu ve temel özelliklerin etkisinin belirlenmesine ilişkin yapılan lojistik regresyon analizi sonuçları verilmektedir. Göç durumu, beş yaş altı ölümü etkilemektedir. Odds oranları kırdan yaşayanlarda kente göç edenlere göre daha yüksektir, bu da kırdan kente göçün beş yaş altı ölümü üzerinde koruyucu/iyileştirici bir etkisinin olduğunu gösterdiği söylenebilir. Beş yaş altı ölümü üzerinde sadece göç durumunun etkisinin incelendiği Model 1 beş yaş altı ölümünün kentte yaşayanlara göre kırdan yaşayanlarda 2,537 kat, kırdan kente göç etmişlerde 1,775 kat ve kentten kıra göç etmişlerde 2,348 kat daha yüksektir. Eklenen değişken sayısının artması ile birlikte göç durumuna ilişkin odds oranlarının azalmasına rağmen göç durumu 5 modelde de istatistiksel olarak anlamlıdır.

Beş yaş altı ölümü üzerinde analiz edilen bir diğer değişken dönemdir. Referans kategori 2013 dönemine göre beş yaş altı ölümü 1993 döneminde 2,980 kat, 1998 döneminde 2,281 kat ve 2003 döneminde 1,613 kat istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksektir. 2008 dönemine ilişkin odds oranı istatistiksel olarak anlamlı değildir.

Tablo 1. Beş Yaş Altı Ölümün Göç Durumu ve Temel Özelliklere Göre Yüzde Dağılımı (1993-2013)

Değişkenler	1993		1998		2003		2008		2013	
	Çocuk Sayısı	Ölüm Hızı (%)	Çocuk Sayısı	Ölüm Hızı (%)	Çocuk Sayısı	Ölüm Hızı (%)	Çocuk Sayısı	Ölüm Hızı (%)	Çocuk Sayısı	Ölüm Hızı (%)
Göç Durumu										
Kentte Yaşıyor	964	1.8	1028	1.8	1285	0.9	1352	0.7	1417	0.8
Kırda Yaşıyor	915	4.9	735	3.4	849	2.5	576	1.2	417	0.7
Kırdan Kente Göç Etmiş	734	3.4	643	2.6	843	2.0	680	1.0	681	1.0
Kentten Kıra Göç Etmiş	118	6.8	169	3.6	141	2.1	140	0.7	92	0.0
Cinsiyet										
Erkek	1467	3.9	1381	2.5	1654	1.5	1437	1.2	1435	0.8
Kız	1296	2.9	1235	2.8	1510	1.9	1331	0.6	1237	1.0
Anne Eğitim										
Eğitim yok/ İlkokul Bitirmemiş	888	4.4	623	3.7	696	3.2	541	1.3	448	1.1
İlkokul	1440	3.8	1635	2.5	1665	1.3	1365	1.0	956	1.0
Ortaokul ve Üzeri	435	0.5	358	1.1	803	1.2	863	0.7	1269	0.8
Yaşanan Bölge										
Batı	810	2.1	863	2.1	1119	1.7	1004	0.3	1026	0.5
Güney	443	3.8	377	3.2	426	1.9	354	1.7	370	1.4
Orta	624	5.0	605	2.6	673	1.3	627	0.8	496	1.6
Kuzey	271	3.3	202	1.5	192	1.0	165	1.2	162	0.6
Doğu	616	3.4	571	3.5	754	2.1	619	1.5	618	0.8
Çocukluğun Geçtiği Bölge										
Batı	576	2.3	533	1.9	657	1.8	603	0.2	572	0.9
Güney	329	3.6	287	1.4	406	1.5	336	2.1	365	1.4
Orta	707	4.7	720	3.2	734	1.6	701	0.6	540	1.1
Kuzey	389	3.3	296	0.7	318	0.9	278	0.7	269	0.4
Doğu	733	3.3	742	3.5	998	2.1	829	1.3	857	0.7
Toplam	2763	3.4	2617	2.6	3164	1.7	2768	0.9	2672	0.9

Beş yaş altı ölümü açısından cinsiyet değişkeninin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır. Eğitimi olmayan ya da ilkököl bitirmemiş annelerin çocuklarında beş yaş altı ölümü 2,163 kat ve ilkököl mezunu annelerin çocuklarında 1,583 kat daha yüksektir. Beş yaş altı ölümü yaşanan bölge açısından farklılık göstermektedir. Referans kategori Batı'ya göre diğer dört bölge dezavantajlı konumdadır. Annenin çocukluğunun geçtiği bölge açısından beş yaş altı ölümünün dağılımına bakıldığında Batı Bölgesi'ne göre Orta Bölge için hesaplanan odds oranı 1,216'dır. Diğer üç bölge için hesaplanan odds oranı istatistiksel olarak anlamlı değildir.

3.1.2 Beş Yaş Altı Çocuklarda İshalin Yaygınlığı

Tablo 3 incelendiğinde, ishalin yaygınlığının üç araştırma döneminde de %20'nin üzerinde olduğu görülmektedir. İshalin yaygınlığı kentlerde yaşayan çocuklarda daha düşük düzeydedir. 2008 döneminde ishalin yaygınlığı kentlerde yaşayanlarda %18, kırdan yaşayanlarda %22,3, kırdan kente göç etmişlerde %21,8 ve kentten kıra göç etmişlerde %20,3'tür. İshalin yaygınlığının en az olduğu yaş grubu 48-60 aylık çocuklardır. İshal, 2008 çalışmasında ise kız çocuklarda daha yüksektir. İshalin yaygınlığının en az olduğu eğitim kategorisi ortaokul ve üzeri eğitimi olan annelerin çocuklarıdır. İshal en fazla Doğu Bölgesi'nde yaşayan çocuklarda görülmektedir. Annenin çocukluğunun geçtiği bölge açısından da benzer durum söz konusu olup, ishalin yaygınlığı en yüksek Doğu Bölgesi'ndedir.

Tablo 4'de ishalin yaygınlığı üzerinde göç durumu ve temel özelliklerin etkisinin belirlenmesi amacıyla gerçekleştirilen lojistik regresyon analizi sonuçları verilmektedir. İshalin yaygınlığı üzerinde sadece göç durumunun etkisinin incelendiği Model 1, ishalin yaygınlığının kentte yaşayan çocuklara göre kırdan yaşayan çocuklarda 1,581 kat, kırdan kente göç etmiş çocuklarda 1,212 kat ve kentten kıra göç etmiş çocuklarda 1,574 kat daha yüksek olduğunu göstermektedir. Göç durumu değişkeni, 5 modelde de istatistiksel olarak anlamlıdır.

İshalin yaygınlığı referans kategori 2008 dönemine göre 1993 döneminde 1,461 kat ve 1998 döneminde 1,861 kat istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksektir. İshalin yaygınlığının çocukların yaşları açısından dağılımı incelendiğinde 48-60 aylık çocuklara göre 11 aydan küçük çocuklarda 2,383 kat, 12-23 aylık çocuklarda 3,708 kat ve 24-47 aylık çocuklarda 1,889 kat daha yüksektir. İshalin yaygınlığı erkek çocuklarda daha yüksektir.

Eğitim düzeyi arttıkça ishalin yaygınlığının azaldığı belirlenmiştir. İshalin yaygınlığı, yaşanan bölge açısından farklılık göstermektedir. Batı Bölgesi'ne göre Orta ve Doğu Bölgeleri için hesaplanan odds oranı anlamlı şekilde daha yüksektir. Annenin çocukluğunun geçtiği bölge açısından ishalin yaygınlığına bakıldığında, Batı Bölgesi'ne göre Kuzey dışındaki diğer bölgeler için hesaplanan odds oranı 1'in üzerinde olup, istatistiksel olarak anlamlıdır.

Tablo 2. Beş Yaş Altı Ölümü Üzerinde Göç Durumu ve Temel Özelliklerin Etkisinin Belirlenmesi İçin Yapılan Analiz Sonuçları

Değişkenler	1. Model (OR/GA) ¹	2. Model (OR/GA) ¹	3. Model (OR/GA) ¹	4. Model (OR/GA) ¹	5. Model (OR/GA) ¹
Göç Durumu					
Kentte Yaşıyor (Ref)	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000
Kırda Yaşıyor	2.537* (1.865-3.451)	2.136* (1.565-2.916)	1.759* (1.267-2.442)	2.057* (1.494-2.833)	1.731* (1.237-2.421)
Kırdan Kente Göç Etmiş	1.775* (1.275-2.470)	1.645* (1.180-2.292)	1.409** (1.008-1.986)	1.652* (1.177-2.320)	1.439** (1.014-2.042)
Kentten Kıra Göç Etmiş	2.348* (1.385-3.982)	2.129* (1.253-3.620)	1.906* (1.117-3.254)	2.076* (1.216-3.545)	1.890** (1.102-3.239)
Dönem					
1993	(x)	3.549* (2.230-5.648)	3.096* (1.932-4.961)	3.493* (2.191-5.569)	2.980* (1.850-4.800)
1998	(x)	2.679* (1.654-4.338)	2.365* (1.448-3.862)	2.622* (1.617-4.251)	2.281* (1.393-3.735)
2003	(x)	1.779** (1.083-2.922)	1.638** (1.994-2.701)	1.766** (1.075-2.901)	1.613** (1.977-2.662)
2008	(x)	0.988 (0.557-1.751)	0.928 (0.522-1.648)	0.976 (0.551-1.731)	0.912 (0.513-1.621)
2013 (Ref)	(x)	1.000	1.000	1.000	1.000
Cinsiyet					
Erkek	(x)	(x)	0.914 (0.714-1.170)	(x)	0.914 (0.714-1.171)
Kız (Ref)	(x)	(x)	1.000	(x)	1.000
Anne Eğitim					
Eğitimi Yok/İlkokul Bitirmemiş	(x)	(x)	2.133* (1.358-3.349)	(x)	2.163* (1.335-3.507)
İlkokul	(x)	(x)	1.595** (1.043-2.439)	(x)	1.589** (1.037-2.437)
Ortaokul ve Üzeri (Ref)	(x)	(x)	1.000	(x)	1.000
Yaşanan Bölge					
Batı (Ref)	(x)	(x)	(x)	1.000	1.000
Güney	(x)	(x)	(x)	1.849** (1.075-3.180)	1.846** (1.069-3.186)
Orta	(x)	(x)	(x)	1.253** (1.743-2.115)	1.226** (1.726-2.078)
Kuzey	(x)	(x)	(x)	1.229** (1.546-2.766)	1.265** (1.557-2.873)
Doğu	(x)	(x)	(x)	1.411** (1.084-2.351)	1.343** (1.801-2.252)
Çocukluğun Geçtiği Bölge					
Batı (Ref)	(x)	(x)	(x)	1.000	1.000
Güney	(x)	(x)	(x)	0.839 (0.446-1.581)	0.791 (0.418-1.497)
Orta	(x)	(x)	(x)	1.238** (0.712-2.153)	1.216** (1.696-2.124)
Kuzey	(x)	(x)	(x)	0.685 (0.322-1.459)	0.640 (0.298-1.372)
Doğu	(x)	(x)	(x)	1.043 (0.614-1.772)	0.864 (0.500-1.494)
Nagelkerke R ²	0.016	0.041	0.047	0.048	0.053

(1): OR: Odds Oranı, GA: Güven Aralığı; (x): Modele dâhil değil; Ref: Referans Kategori; *p<0,01; **p<0,05

4. Tartışma

Bu çalışmada, Türkiye’de iç göçün beş yaş altı çocuklarda ölümlülük ve ishal üzerindeki etkisini incelemek amaçlanmıştır. Ayrıca, çalışmada çeşitli demografik ve ekonomik faktörlerin beş yaş altı ölümü ve ishal üzerindeki etkisi de belirlenmiştir.

Çalışmada, iç göçün beş yaş altı ölümü etkilediği ve beş yaş altı ölümün kentlerde ve kırdan kente göç etmişlerde daha az, kırdan kente göç etmişlerde daha yüksek olduğu bulunmuştur. Temiz su, sanitasyon, elektrik ve kamu temizliği gibi avantajlarıyla kent yaşamı daha düşük çocuk ölümü oranlarını sağlayabilmektedir [15]. Alanyazın incelendiğinde, bu

bulguyu destekleyen çalışmalar mevcuttur. Yapılan bir çalışmada, beş yaş altı çocuk ölümünün kırsal yerleşim yerlerinde anlamlı şekilde yüksek olduğu bulgusu elde edilmiştir [16]. Kır ve kent karşılaştırması yapan bir başka çalışmada da, istatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte, kırdan kente göç eden kadınların çocuklarında kentte yaşayanlara göre beş yaş altı ölümün daha yüksek olduğu tespit edilmiştir [17]. Brezilya’da gerçekleştirilen bir çalışmada da benzer bulgu elde edilmiştir [15]. Tezcan ve Eryurt [12], kırdan doğan çocukların daha fazla ölüm olasılığı taşıdıklarını belirtmektedir.

Tablo 3. Beş Yaş Altındaki Çocuklarda İshalin Yaygınlığının Göç Durumu ve Temel Özelliklere Göre Yüzde Dağılımı (1993-2008)

Değişkenler	1993		1998		2008	
	Çocuk Sayısı	İshal Oranı	Çocuk Sayısı	İshal Oranı	Çocuk Sayısı	İshal Oranı
Göç Durumu						
Kentte Yaşıyor	945	24.6	1003	27.6	1337	18.0
Kırda Yaşıyor	870	32.3	697	39.0	569	22.3
Kırdan Kente Göç Etmiş	705	26.1	623	31.7	671	21.8
Kentten Kıra Göç Etmiş	110	31.8	160	41.9	139	20.3
Yaş (Ay)						
≤11	567	30.2	521	31.2	585	25.1
12-23	695	39.3	685	46.0	684	27.6
24-47	951	24.5	891	30.2	1016	15.9
48-60	447	13.2	427	17.6	451	11.1
Cinsiyet						
Erkek	1407	28.9	1338	35.0	1416	19.3
Kız	1254	26.3	1186	29.8	1320	20.8
Anne Eğitim						
Eğitim yok/ İlk. Bitirmemiş	846	33.3	590	41.1	532	30.8
İlkokul	1382	27.0	1581	32.9	1349	17.5
Ortaokul ve Üzeri	433	18.9	353	16.4	855	17.2
Yaşanan Bölge						
Batı	791	21.6	837	24.4	1000	16.8
Güney	425	24.3	362	31.3	346	16.5
Orta	592	26.2	584	33.6	618	16.5
Kuzey	260	26.5	195	29.2	163	16.0
Doğu	593	40.0	546	45.8	609	31.7
Çocukluğun Geçtiği Bölge						
Batı	563	21.1	516	22.7	601	14.3
Güney	317	23.7	279	32.6	326	17.2
Orta	672	25.6	692	32.8	696	16.1
Kuzey	373	28.4	289	28.7	275	12.0
Doğu	707	36.8	710	41.8	815	31.5
Toplam	2661	27.7	2524	32.5	2736	20.0

Türkiye’de göçmen kadınların sık gebelik geçirmesi ve doğum öncesi sağlık hizmetlerine erişimde sorunlar yaşaması nedeniyle, bu kadınlar sağlık personelinin desteği olmaksızın evde doğum yapabilmektedir [22]. Bu durum da beş yaş altı ölümünü artırabilmektedir.

Çalışma sonucunda, iç göçün beş yaş altı çocuklarda ishali etkilediği belirlenmiştir. Kentte yaşayan çocuklara göre kırda yaşayan çocuklarda, kırdan kente göç etmiş çocuklarda ve kentten kıra göç etmiş çocuklarda ishalin yaygınlığı daha yüksek bulunmuştur. Konu ile ilgili yapılan bir çalışmada, kırsalda ishalin daha yaygın olduğu ve bu durumun su kaynaklarının dağılımıyla ilgili olabileceği belirtilmektedir [18]. Bir diğer çalışmada, ishalin kırda yaşayan çocuklarda kentte yaşayanlara göre daha yüksek görüldüğü tespit edilmiştir [19]. Sudan’da yürütülen bir çalışmada da, kentte yaşayan çocukların kırda yaşayan çocuklara göre %6 daha az ishal vakasıyla karşılaştığı saptanmıştır [20]. İshal, genellikle hijyen koşulları ve suyun nasıl kullanıldığı ile ilişkilidir. Kentle karşılaştırıldığında kırsalda su sanitasyonu ile ilgili problemlerin daha fazla yaşandığı söylenebilir [18].

Beş yaş altı ölümü ve beş yaş altı çocuklarda ishalin yaygınlığı, yaşanan bölgeden ve çocukluğun geçtiği bölgeden etkilenmektedir. Bu çalışmada, Batı Bölgesi’ne göre Orta Bölge’de beş yaş altı ölümü 1,216 kat daha yüksek bulunmuştur. Beş yaş altı bebek

ölümünde bölgeler arasındaki eşitsizliklere odaklanmanın önemli olduğu düşünülmektedir. Doğuya doğru gidildikçe sosyoekonomik gelişmişlik azalmakta, ailelerin eğitim düzeyi düşmekte, sağlık hizmetlerine erişim zorlaşmakta ve coğrafi eşitsizliklerin yol açtığı acil hizmetlere ulaşım, altyapının elverişsizliği gibi sorunlar artmaktadır [23]. Sağlık hizmetlerine erişimde sosyoekonomik eşitsizliklerin derin olduğu Türkiye’de, batıdan uzaklaştıkça sağlık hizmetine erişimde yıllar itibarıyla iyileştirmeler bulunmakla birlikte, hala belirli sorunlar bulunmaktadır. Batıdan uzaklaştıkça ana çocuk sağlığı hizmetlerinin içeriğinde, doğum öncesi-sonrası bakım almada, doğumun takibinde, doğumu sağlık kurumunda gerçekleştirme gibi konularda problemler söz konusudur. Bebek ölümlülüğü ile bölgeler arası hizmetlerin kapsamı ve erişimi konusundaki eşitsizliklerin yüksek olmasıyla bir ilişkisi olabilir. Beş yaş altı çocuklarda ishalin yaygınlığı incelendiğinde ise Batı Bölgesi’ne göre Orta ve Doğu Bölgeleri’nde beş yaş altı çocuklarda ishal daha yüksek olarak belirlenmiştir. Annenin çocukluğunun geçtiği bölgeye bakıldığında ise, Batı Bölgesi’ne göre Kuzey dışındaki diğer bölgelerde ishalin yaygınlığı istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksek bulunmuştur.

Tablo 4. Beş Yaş Altındaki Çocuklarda İshalin Yaygınlığı Üzerinde Göç Durumu ve Temel Özelliklerin Etkisinin Belirlenmesi İçin Yapılan Analiz Sonuçları

Değişkenler	1. Model (OR/GA) ¹	2. Model (OR/GA) ¹	3. Model (OR/GA) ¹	4. Model (OR/GA) ¹	5. Model (OR/GA) ¹
Göç Durumu					
Kentte Yaşıyor (Ref)	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000
Kırda Yaşıyor	1.581* (1.399-1.786)	1.503* (1.328-1.701)	1.171* (1.024-1.339)	1.316* (1.156-1.499)	1.134* (1.102-1.303)
Kırdan Kente Göç Etmiş	1.212* (1.066-1.378)	1.182* (1.038-1.345)	1.015 (0.884-1.164)	1.111 (0.971-1.270)	1.017 (0.884-1.171)
Kentten Kıra Göç Etmiş	1.574* (1.259-1.969)	1.510* (1.205-1.892)	1.334* (1.057-1.684)	1.400* (1.112-1.763)	1.306** (1.030-1.655)
Dönem					
1993	(x)	1.469* (1.292-1.670)	1.364* (1.196-1.557)	1.531* (1.344-1.744)	1.461* (1.277-1.671)
1998	(x)	1.888* (1.663-2.142)	1.789* (1.569-2.039)	1.953* (1.718-2.221)	1.861* (1.630-2.125)
2008 (Ref)	(x)	1.000	1.000	1.000	1.000
Yaş (Ay)					
≤11	(x)	(x)	2.522* (2.082-3.055)	(x)	2.383* (1.964-2.890)
12-23	(x)	(x)	3.839* (3.198-4.609)	(x)	3.708* (3.086-4.457)
24-47	(x)	(x)	1.917* (1.599-2.298)	(x)	1.889* (1.574-2.266)
48-60 (Ref)	(x)	(x)	1.000	(x)	1.000
Cinsiyet					
Erkek	(x)	(x)	1.138** (1.025-1.262)	(x)	1.140* (1.027-1.266)
Kız (Ref)	(x)	(x)	1.000	(x)	1.000
Eğitim					
Eğitimi Yok/İlkokul Bitirmemiş	(x)	(x)	2.218* (1.861-2.643)	(x)	1.564* (1.291-1.894)
İlkokul	(x)	(x)	1.493* (1.275-1.747)	(x)	1.411* (1.204-1.655)
Ortaokul ve Üzeri (Ref)	(x)	(x)	1.000	(x)	1.000
Yaşanan Bölge					
Batı (Ref)	(x)	(x)	(x)	1.000	1.000
Güney	(x)	(x)	(x)	0.986 (0.779-1.246)	0.987 (0.777-1.254)
Orta	(x)	(x)	(x)	1.151** (1.030-1.424)	1.103** (1.020-1.254)
Kuzey	(x)	(x)	(x)	1.055 (0.788-1.412)	1.081 (0.802-1.457)
Doğu	(x)	(x)	(x)	1.576* (1.293-1.920)	1.527* (1.247-1.870)
Çocukluğun Geçtiği Bölge					
Batı (Ref)	(x)	(x)	(x)	1.000	1.000
Güney	(x)	(x)	(x)	1.254** (1.259-1.641)	1.224** (1.250-1.611)
Orta	(x)	(x)	(x)	1.187 (0.948-1.487)	1.219** (1.180-1.534)
Kuzey	(x)	(x)	(x)	1.163 (0.892-1.517)	1.123 (0.998-1.473)
Doğu	(x)	(x)	(x)	1.744* (1.416-2.147)	1.563* (1.258-1.943)
<i>Nagelkerke R²</i>	0.011	0.029	0.091	0.063	0.110

(1): OR: Odds Oranı, GA: Güven Aralığı; (x): Modele dâhil değil; Ref: Referans Kategorisi; *p<0,01; **p<0,05

Türkiye’de bölgeler geneline bakıldığında, Doğu Anadolu Bölgesi ülke gelişmişliğinin en az olduğu bölgeyi ve Batı Bölgesi ise sanayinin, sosyal ve ekonomik imkânların en gelişmiş olduğu bölgeyi oluşturmaktadır [24]. Doğu Bölgesi’nde, diğer bölgelere göre geri kalmış olması sebebiyle, sağlık göstergeleri genellikle daha olumsuz durumdadır. İshalin hijyen koşulları, eğitim düzeyi, beslenme alışkanlıkları gibi

faktörler ile ilişkisi olabilir. Doğu’da özellikle kırsal alanlarda hala evlerinde tuvalet imkânı bulunmayan haneler bulunduğu ve su sanitasyonunda sorunlar olduğu bilinmektedir. Bu olumsuz koşulların Doğu Bölgesi’ndeki beş yaş altı çocuklarda ishal yaygınlığını etkileyebileceği ileri sürülebilir.

Bu çalışmada annenin eğitim düzeyinin, beş yaş altı ölümünü ve beş yaş altı çocuklarda ishalin yaygınlığını

etkileyen değişkenlerden biri olduğu belirlenmiştir. Beş yaş altı ölümü, eğitimi olmayan ya da ilkökul bitirmemiş annelerin çocuklarında ve ilkökul mezunu annelerin çocuklarında daha yüksek bulunmuştur. Kenya'da yürütülen bir araştırmada, anne eğitimi arttıkça çocuk ölümlerinin anlamlı şekilde azaldığı bulgusu elde edilmiştir [16]. Brezilya'da yapılan bir çalışma da bu bulguyu desteklemektedir [15]. Bir diğer çalışmada, hiç eğitim almamış kadınlara göre ilkökul ve lise mezunu kadınların çocuklarında beş yaş altı ölümün görülme olasılığı %45 daha düşük bulunmuştur [17]. Bu oran eğitimsiz kadınlara göre lise ve yüksekökul eğitimi almış kadınlarda %76 daha düşük olduğu tespit edilmiştir. Bebek ölümlerini azaltmada, ailelerin sağlık kurumları ile işbirliği içinde bebeklerinin düzenli sağlık kontrollerini yaptırması önemli olmaktadır. Eğitilmiş annelerin bebeklerinin koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerini alması konusundaki duyarlılığı eğitimi olmayan annelere göre daha yüksek olabilir ve bu durum, bebeğin sağlık problemlerinin erken teşhisine katkı sağlayarak beş yaş altı ölümün azalmasına neden olabilir. Eğitilmiş annelerin çocuğun beslenmesi konusunda batıl ve kulaktan dolma bilgilerle daha az hareket ederek sağlık profesyonelinden nitelikli bilgi arama yollarına başvurma potansiyelinin daha yüksek olduğu düşünülmektedir. Bebek ve çocuk ölümlerinin önlenmesinde aşılama önemli bir unsurdur [25]. Doğumdan sonraki ilk 12 ay içinde çocukların BCG (Bacillus Calmette-Guerin), DBT (difteri, boğmaca ve tetanos aşısı), polio ve kızamık aşısı olması gerekmektedir. Bu aşılama yaptırılması, dozları ve aşılama tarihlerinin takibi konusunda eğitilmiş annelerin daha duyarlı olabileceği düşünülmektedir. Beş yaş altı çocuklarda ishalin yaygınlığı incelendiğinde ise, ortaokul ve üzeri eğitimdeki annelerin çocuklarında ishal daha düşük bulunmuştur. Yapılan bir çalışmada, anne eğitimi ile ishal arasında negatif yönlü bir ilişki olduğu tespit edilmiştir [26]. Eğitimin sağlığı koruyucu yönde bir etkisi bulunmaktadır. Eğitim almamış veya yalnızca ilkökul eğitimi almış annelerin bebekleriyle karşılaştırıldığında, lise eğitimini tamamlayan annelerin bebeklerinde ishalin 6,8 kat daha az görüldüğü ve yüksek eğitilmiş annelerin bebeklerinde ishal riskinin %25 daha az olduğu bulgusu elde edilmiştir. Bir diğer çalışmada, eğitimsiz annelerin çocuklarında ishal oranı eğitilmiş annelerle karşılaştırıldığında 2,5 kat daha fazla bulunmuştur [27]. Etiyopya'da yürütülen bir çalışmada da, eğitim almamış annelerin çocuklarında ishalin eğitilmiş annelere göre 5 kat daha fazla olduğu tespit edilmiştir [28]. Bu durumun sebebi, eğitim seviyesi düşük annelerin yaşadığı çevre koşullarıyla ilişkilendirilebilir. Eğitilmiş annelerin ishale sebep olabilecek çevre koşullarını yok ederek hijyen koşullarını sağlama konusunda daha bilinçli oldukları düşünülmektedir. Buna ek olarak, ishal süresince çocuklara bol sıvı verilmekte ve bu sıvı takviyesi yeterli gelmediğinde bir sağlık kurumundan yardım alınması gerekebilmektedir. Bu açıdan annelerin bilgi düzeyi çocuğa uygulanabilecek iyileştirme yöntemlerinin bilinmesinde ve sağlık kuruluşundan hizmet alma

sürecinde etkili olabilir. Eğitilmiş annelerin ishal tedavisinde hangi sağlık kurumuna başvurabileceği ve hangi hizmeti alabileceği konusunda bilgi düzeyi daha yüksek olabilir.

Beş yaş altı çocuklarda ishalin yaygınlığı, çocukların yaşından etkilenmektedir. Bu çalışmada, ishal 48-60 aylık çocuklara diğer kategorilere göre daha düşük bulunmuştur. Konuyla ilgili yapılan çalışmalarda çocukların yaşı ay olarak farklılaşmakla birlikte, yapılan bir çalışmada 4 yaşından küçük çocuklarda ishal prevalansının yüksek olduğu, 12-16 aylık çocuklarda en yüksek seviyeye ulaştığı ve artan yaşla birlikte ishalin azaldığı bulgusu elde edilmiştir [18]. Etiyopya'da yürütülen bir çalışmada da, 6-11 aylık çocuklarda ishal riskinin en yüksek olduğu ve 0-5 aylık ve 24 ayın üzerindeki çocuklarda ishal riskinin en düşük düzeyde olduğu ortaya koyulmuştur [28]. Bir diğer çalışmada da, 35 aydan büyük çocuklarla karşılaştırıldığında 6-11 aylık ve 12-23 aylık çocuklarda ishalin daha fazla görüldüğü belirlenmiştir [19]. 48-60 aydan küçük olan çocuklarda ishalin daha fazla görülmesi, 6 aydan sonra başlanan ek gıdalarla ilişkili olabilir. İnsan sütünün humoral ve hücreli antiinfektif özellikleri nedeniyle anne sütü bebekleri ishale karşı korumaktadır. Bu dönemde çocuklara verilen ek sıvı ve katı gıdalar, bu yaş grubundaki ishali artırabilmektedir [29].

Çocukların cinsiyeti ile beş yaş altı çocuklarda ishalin yaygınlığı arasında ilişki bulunmaktadır. Erkek çocuklarda ishalin yaygınlığının kız çocuklarına göre 1,140 kat daha fazla olduğu belirlenmiştir. Bu çalışmayı destekler şekilde erkek çocuklarında ishalin daha fazla olduğunu ortaya koyan çalışmalar da bulunmaktadır [20, 30, 31]. Bu durum erkek çocukların kız çocuklara oranla hastalıklara dirençsizliği ile açıklanabilir. Ayrıca erkek çocukların kız çocuklarına göre sokakta daha fazla oynamaları nedeniyle enfeksiyonlara daha fazla maruz kalmalarının ishale yol açabileceği düşünülmektedir.

5. Sonuç

Araştırmada, iç göçün beş yaş altı ölümü ve beş yaş altı çocuklarda ishalin yaygınlığını düşürdüğü ve koruyucu bir etkiye sahip olduğu belirlenmiştir. Çalışma sonucunda beş yaş altı ölümünün 1993 döneminde %3,4 (%o 34) iken, 2013'te %0,9 (%o 9)'a düştüğü belirlenmiştir. Diğer bir ifadeyle, beş yaş altı ölümü 1993 dönemine göre 2013 döneminde 2,980 kat azalmıştır. İshalin yaygınlığı, 1993 dönemine göre 2008 döneminde 1,461 kat azalmıştır. Araştırmada, iç göçün beş yaş altı ölümü ve beş yaş altı çocuklarda ishalin yaygınlığını etkilediği belirlenmiştir. Ayrıca, beş yaş altı ölümünün annenin eğitim düzeyi, yaşanan bölge ve çocukluğun geçtiği bölgeden; beş yaş altı çocuklarda ishalin yaygınlığının çocukların yaşı, cinsiyeti, annenin eğitim düzeyi, yaşanan bölge ve çocukluğun geçtiği bölgeden etkilendiği tespit edilmiştir.

Çalışma bulgularına göre Doğu Bölgesi ve Orta Bölge, beş yaş altı çocuk ölümü ve ishal sağlık statüsü göstergeleri açısından dezavantajlı bölgeler olarak belirlenmiştir. Beş yaş altı çocuk ölümü ve ishali

azaltmada kırsal bölgelerde dezavantajlar oluşturan sebeplerin ortaya konulmasının önemli olduğu düşünülmektedir. Bu konuda fiziki koşulların belirlenerek bu koşulların avantaja çevrilmesinde yerel çerçevede uygulanacak sosyal politikaların etkili olabileceği düşünülmektedir. Türkiye'de özellikle Doğu Bölgesi'nde kırsal yerleşim yerlerinde gecekondularda banyo, tuvalet ve mutfığa sahip olmayan ve sahip olunsu bile hijyen koşullarının elverişli olmadığı birçok hane bulunmaktadır. Dolayısıyla Doğu Bölgesi'nde ve kırsal yerleşim yerlerinde çoğunlukla çocukların maruz kaldığı enfeksiyon hastalıklarını azaltmada ve bölgesel dengesizliklerin giderilmesinde politika belirleyicilerin somut adımlarına ihtiyaç duyulmaktadır.

Beş yaş altı çocukların sağlık statüsünde annenin eğitim düzeyi önemli bir belirleyicidir. Annenin eğitim düzeyi arttıkça beş yaş altı çocuk ölümü ve ishalde azalma ve iyileşmeler olduğu belirlenmiştir. Eğitimin çocukların sağlık statüsü üzerindeki etkisi göz önüne alındığında Türkiye'de mevcut eğitim politikalarının artırılarak devam edilmesi önerilebilir.

Çalışmada göç durumu değişkeni kadının çocukluğunun geçtiği yerleşim yerine göre belirlenmiştir. Gelecekte yapılacak başka çalışmalarda son beş yılda en az bir kez gerçekleştirilen göç, yaşam boyu göç ve bir önceki yerleşim yerine göre göç bilgileri incelenerek göç durumu değişkeni oluşturulabilir.

5. Kaynaklar

1. United Nations International Children's Emergency Fund, Basic indicators. https://www.unicef.org/infobycountry/stats_popup1.html, 2018 (accessed 10.10.2018).
2. McGuire, J.W, Basic health care provision and under-5 mortality: A cross-national study of developing countries, *World Development*, 2006, 34(3), 405-425.
3. Eryurt, M.A, Koç, İ, Yoksulluk ve çocuk ölümlülüğü: Hanehalkı refah düzeyinin çocuk ölümlülüğü üzerindeki etkisi, *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*, 2009, 52(3), 113-121.
4. United Nations International Children's Emergency Fund, Levels and trends in child mortality. <https://data.unicef.org/resources/levels-trends-child-mortality-2017/>, 2018 (accessed 10.10.2018).
5. World Health Organization, Under-five mortality. http://www.who.int/gho/child_health/mortality/mortality_under_five_text/en/, 2018 (accessed 10.10.2018).
6. Koç, İ, Eryurt, M.A, Türkiye'de beş yaş yaş altında gerçekleşen ölümlerin zamanlamasının ve sayısal büyüklüğünün değişimi: 1978-2008, *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*, 2011, 54(1), 39-44.
7. World Health Organization, Diarrhoeal disease. <http://www.who.int/news-room/factsheets/detail/diarrhoeal-disease>, 2018 (accessed 18.09.2018).
8. United Nations International Children's Emergency Fund, Diarrhoeal disease. <https://data.unicef.org/topic/child-health/diarrhoeal-disease/>, 2018 (accessed 10.10.2018).
9. Bostan, H, Türkiye'de iç göçlerin toplumsal yapıda neden olduğu değişimler, meydana getirdiği sorunlar ve çözüm önerileri, *Geography*, 2017, 35, 1-16.
10. Özdemir, H, Türkiye'de iç göçler üzerine genel bir değerlendirme, *Akademik Bakış Dergisi*, 2012, 30(11), 1-18.
11. Aktekin, M, Dedeoğlu, N, Antalya'da gecekondu bölgeleri ve sağlık sorunları, *Toplum ve Hekim*, 1995, 10(66), 11-16.
12. Tezcan, S, Eryurt, M.A, Türkiye'de iç göç ve çocuk sağlığı, *Nüfusbilim Dergisi*, 2006, 28-29, 15-28.
13. Sorkin, A.L, *Health economics in developing countries*. Lexington Books: USA, 1976; pp. 10.
14. Kara, P, Nazik, E, Göçün Kadın ve Çocuk Sağlığına Etkisi, *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2018, 7(2), 58-69.
15. Sastry, N, What explains rural-urban differentials in child mortality in Brazil? *Social Science & Medicine*, 1997, 44(7), 989-1002.
16. Ettarh, R.R, Kimani, J, Determinants of under-five mortality in rural and urban Kenya, *Rural Remote Health*, 2012, 12(1812), 1-9.
17. Kanmiki, E.W, Bawah, A.A, Agorinya, I, Achana, F.S, Awoonor-Williams, J.K, Oduro, A.R, Phillips, J.F, Akazili, J, Socio-economic and demographic determinants of under-five mortality in rural Northern Ghana. *BMC International Health and Human Rights*, 2014, 14(24), 1-10.
18. Plate, D.K, Strassmann, B.I, Wilson, M.L, Water sources are associated with childhood diarrhoea prevalence in rural east-central Mali. *Tropical Medicine & International Health*, 2004, 9(3), 416-425.
19. Mengistie, B, Berhane, Y, Worku, A, Prevalence of diarrhea and associated risk factors among children under-five years of age in Eastern Ethiopia: A cross-sectional study, *Open Journal of Preventive Medicine*, 2013, 3(7), 446-453.
20. Siziya, S, Muula, A.S, Rudatsikira, E, Correlates of diarrhoea among children below the age of 5 years in Sudan, *African Health Sciences*, 2013, 13(2), 376-383.
21. Demirli Yıldız, A, Mevsimlik Tarım İşçisi Ailelerin 0-6 Yaş Çocuklarının Gelişim Özelliklerinin Değerlendirilmesi, *Akdeniz İnsani Bilimler Dergisi*, 2015, 1, 207-220.
22. Şirin, A, Kavlak, O, Şen, E, Yağcan, H, The effects of internal migration on women's health in Turkey, *Journal of Human Sciences*, 2011, 8(1), 1019-1027.
23. Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu. Çocuk sağlığı ve beslenmesi. <http://www.unicef.org.tr/sayfa.aspx?id=18>, 2018 (accessed 10.10.2018).
24. Eryurt, M.A, Türkiye'de doğurganlığı belirleyen ara değişkenler: Yakın döneme bakarken, *Nüfusbilim Dergisi*, 2005, 27, 67-84.
25. Korkmaz, A, Aydın, Ş, Çamurdan, A.D, Okumuş, N, Onat, F.N, Özbaş, S, Polat, E, Şenel, S, Tezel, B, Tezer, H, Köse, M.R, Türkiye'de bebek ölüm nedenlerinin ve ulusal kayıt sisteminin değerlendirilmesi, *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*, 2013, 56, 105-121.
26. Dargent Molina, P, James, S.A, Strogatz, D.S, Savitz, D.A, Association between maternal education and infant diarrhea in different household and community environments of Cebu, Philippines, *Social Science & Medicine*, 1994, 38(2), 343-350.
27. Wolde, W, Bitew, B.D, Gizaw, Z, Socioeconomic factors associated with diarrheal diseases among under-five children of the nomadic population in northeast Ethiopia, *Tropical Medicine and Health*, 2016, 44(40), 1-8.
28. Dessalegn, M, Kumie, A, Tefera, W, Predictors of under-five childhood diarrhea: Mecha District, west Gojam, Ethiopia, *Ethiopian Journal of Health Development*, 2011, 25(3), 192-200.
29. Popkin, B.M, Adair, L, Akin, J.S, Black, R, Briscoe, J, Flieger, W, Breast-feeding and diarrheal morbidity, *Pediatrics*, 1990, 86(6), 874-882.
30. George, C.M, Perin, J, De Calani, K.J.N, Norman, W.R, Perry, H, Davis Jr, T.P, Lindquist, E.D, Risk factors for diarrhea in children under five years of age residing in peri-urban communities in Cochabamba, Bolivia, *The American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, 2014, 91(6), 1190-1196.
31. Quick, R.E, Venczel, L.V, Mintz, E.D, Soletto, L, Aparicio, J, Gironaz, M, Hutwagner, L, Greene, K, Bopp, C, Maloney, K, Chavez, D, Sobsey, M, Tauxe, R.W, Diarrhoea prevention in Bolivia through point-of-use water treatment and safe storage: A promising new strategy, *Epidemiology & Infection*, 1999, 122(1), 83-90.

<http://edergi.cbu.edu.tr/ojs/index.php/cbusbed> isimli yazarın CBU-SBED başlıklı eseri bu Creative Commons Atıf-GayriTicari4.0 Uluslararası Lisansı ile lisanslanmıştır.





ARAŞTIRMA MAKALESİ
RESEARCH ARTICLE
CBU-SBED, 2018, 5(4):203-209

Hemşirelik ve Ebelik Öğrencilerinin Vajinismusa İlişkin Bilgi ve Görüşleri

Cennet Şafak Öztürk¹, Ayten Taşpınar^{2*}

¹Adnan Menderes Üniversitesi, Fen Edebiyat Fakültesi, Psikoloji Bölümü Aydın. Türkiye cennet.oztuk@adu.edu.tr

²Adnan Menderes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Bölümü Aydın. Türkiye aytaspınar@yahoo.com

*Sorumlu Yazar / Corresponding Author: Ayten Taşpınar

Gönderim Tarihi / Received: 16.09.2018

Kabul Tarihi / Accepted: 05.11.2018

Öz

Amaç: Bu çalışma, hemşirelik ve ebelik son sınıf öğrencilerinin vajinismusa ilişkin bilgi ve görüşlerini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Gereç ve Yöntem: Araştırma, tanımlayıcı olarak, Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü ve Hemşirelik Fakültesi son sınıf öğrencileriyle, Mart 2018 tarihinde yapılmıştır. Araştırmanın evrenini 2017-2018 öğretim yılında öğrenim gören son sınıf hemşirelik ve ebelik öğrencileri (N=411), örnekleme ise 249 öğrenci oluşturmuştur. Veriler veri toplama formu ile toplanmıştır. Verilerin sayı, yüzde ve ortalama dağılımları verilmiştir.

Bulgular: Öğrencilerin %57'si hemşirelik fakültesi öğrencisi, %19.7'si sağlık meslek lisesi mezunu olup yaş ortalaması 22.18±1,07'dir. Sadece 3 öğrenci vajinismusu hiç duymadığını, %73.9'u çok/çok fazla duyduğunu, %21.3'ü vajinismusu olan birisiyle karşılaştığını, %30.4'ü vajinismusu jinekologların tedavi etmesi gerektiğini belirtmişlerdir. Öğrencilerin, kadının çocukluğunda ve yetişkinliğinde fiziksel (%41.4 ve %41.8) ve dokunmayı da içeren cinsel istismara (%46.6 ve %44.2) maruz kalmanın, ilk gece korkusunun (%38.6), cinsel birleşimde ağrı duyma korkusunun (%43.8), cinsel bilgi ve eğitim yetersizliğinin (%42.6), cinselliğe karşı olumsuz dinsel-kültürel tutumların (%40.6) vajinismusa neden olduğuna ilişkin ifadelerle çoğunlukla "katılıyorum" dedikleri, %58.2'sinin "vajinismus"lu kadınların orgazm deneyimi vardır" ifadesinde "kararsız" oldukları, %48.6'sının hastaların cinsel sağlık ihtiyaçlarını/sorunlarını değerlendirmek için aldıkları eğitimi "çok az" buldukları, %87.5'inin bireylerden cinsel öykü almayı farklı düzeylerde güç buldukları, %88.8'inin birinci basamakta/evlilik öncesi verecekleri cinsel eğitimin vajinismusun gelişmesini engelleyebileceğini belirttikleri bulunmuştur.

Sonuç: Öğrencilerin vajinismusa ilişkin bilgilerinin orta düzeyde olduğu, cinsel sağlığa yönelik aldıkları eğitimi az buldukları ve büyük çoğunluğunun bireylerden cinsel öykü almayı güç buldukları saptanmıştır. Öğrencilerin hastaların cinsel sağlık sorunlarını değerlendirmeye yönelik bilgilerinin ve becerilerinin geliştirilmesi için ebelik ve hemşirelik müfredatlarında cinsel sağlık dersinin verilmesi, var olan derslerin içeriğinin gözden geçirilmesi ve cinsel sağlık danışmanlığını geliştirmeye yönelik uygulamalar yapılması önerilmektedir.

Anahtar sözcükler: Vajinismus, Hemşirelik, Ebelik, Öğrenci.

Abstract

Objective: This study was conducted with the senior students of Adnan Menderes University Health Sciences Faculty-Department Midwifery and Nursing Faculty to determine their knowledge and opinions on vaginismus.

Methods: The study was conducted in descriptive type and in March 2018, the senior students of midwifery and nursing students were formed the universe of the study (N=411) and 249 of them formed the sample. The data were collected by data gathering form. The numbers, percentages and mean distributions of the data were given.

Results: 57% of the students were nursing faculty students, 19.7% were graduated from health profession high schools and the average age was 22,18 ± 1,07. Only 3 students reported that they had never heard about vaginismus, 73.9% had heard much/very much, 21.3% had seen someone has vaginismus and 30.4% thought that gynecologists should treat vaginismus. It was found that they mostly "agree" that physical (41.4% and 41.8%) and exposure to sexual abuse including touch (46.6% and 44.2%), fear of the first night (38.6%), painful sexual intercourse (43.8%), sexual knowledge and education deficiency (42.6%) and negative religious-cultural attitudes towards sexuality (40.6%) caused vaginismus in the childhood and adulthood of the woman, 58.2% of them said they were "unstable" in the phrase "women with vaginismus had an orgasm experience", 48.6% of them had found the education to evaluate their sexual health need/problems "very little", 87.5% found that they had difficulty in taking sexual stories

at different levels and that 88.8% of them could prevent the development of vaginismus in the premarital sexual education.

Conclusion: It was determined that the students had moderate information about vaginismus, they found the education about sexual health is low, and that the vast majority of them had difficulty in getting sexual history from the individuals.

It is proposed that students should be given sexual health lesson in midwifery and nursing curriculum, keeping an eye on the content of existing courses and improving sexual health counseling in order to improve the knowledge and skills of the patients to evaluate their sexual health problems.

Key words: Vaginismus, Nursing, Midwifery, Student.

1. Giriş

Ülkemizde, çiftlerin tedavi başvurularının nedenleri arasında ilk sırada yer alan vajinismus, bir kadın cinsel işlev bozukluğudur. Vajinismus, Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı-V'de (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-DSM-V-TR) cinsel işlev bozukluklarının cinsel organlarda-pelviste ağrı/içe girme bozukluğu kategorisinde yer alan kadın cinsel hastalıklarından birisidir. Vajinismus, DSM-V'de vajinanın dış üçte birindeki kaslarda koitusu engelleyecek bir biçimde, yineleyici ya da sürekli olarak istem dışı kasılmanın olması şeklinde tanımlanmaktadır.[1]. Bu istemsiz kasılmalar vajinal geçişi daraltan fiziksel bir tepkidir ve bu da cinsel birlikteliğin gerçekleşmesini engeller ya da ağırlı olmasına neden olur. Vajinismus, sadece koitus esnasında değil, kadının tampon kullanımı, parmağını vajene sokması yada jinekolojik muayene esnasında da gerçekleşebilmekte ve kadında endişe, korku ve panik yaratabilmektedir [2-5]. Vajinismuslu kadınlar, kasılan kaslar üzerinde hiçbir kontrollerinin olmadığını düşündükleri için kendilerini çaresiz hissederler [6-9].

Fizyolojik, psikolojik, sosyal, kültürel, ekonomik ve dini inanışlar gibi pek çok faktörün cinsel yaşamı olumsuz etkilemesi, ayrıca bu tür sorunu olan kadınların tedaviye başvurmadan kaçınmaları nedeniyle cinsel fonksiyonlara ilişkin yaşanan sorunların görülme sıklığı, ülkeler ve hatta aynı ülkenin bölgeleri arasında bile farklılıklar gösterebilmektedir [2,7]. Bu nedenle vajinismusun görülme sıklığı tam olarak bilinmemektedir. Vajinismusun görülme sıklığının batı toplumlarında daha düşük olduğu, %1-7 arasında değiştiği, klinik koşullarda ise %5-17 arasına çıktığı bildirilmektedir [3,10]. Ülkemizde cinsel işlev bozuklukları nedeniyle tedavi başvurusunda bulunan kadınlarda en sık vajinismusun olduğu ve farklı araştırmalarda vajinismus sıklığının %41-75.9 arasında değiştiği bildirilmektedir [5,11,12,13]. Ülkemizde, toplum temelli yapılan bir çalışmada vajinismus sıklığı %15.3 bulunmuştur [14].

Kadınlarda ve eşlerinde psikolojik sorunlarla birlikte ciddi sosyal sorunlara neden olan vajinismus, tanı koyulduğunda en kolay tedavi edilebilen cinsel işlev bozukluğudur. Vajinismusun tedavisinde ve beraberinde getirdiği bu sorunların giderilmesinde kadınların ve eşlerinin profesyonel yardıma gereksinimleri vardır [3,7,15-17].

Hemşireler ve ebeler sağlık ekibinde kadınlarla daha yakın ve doğrudan ilişki kuran, özellikle birinci basamak sağlık hizmetlerinde kadınların ilk

karşılaştıkları, danışmanlık ve eğitim hizmetleri aldıkları profesyonel sağlık elemanıdır. Kadınlara vajinismus başta olmak üzere cinsellikle ilgili ihtiyacı olan eğitim ve danışmanlık hizmetlerinin etkin sunulabilmesi için hemşire ve ebelerin eğitim, öğretim ve araştırma yoluyla bu konudaki bilgi ve becerilerini artırması gerekmektedir [2,18,19]. Hemşire ve ebelerin cinsellik konusunda ki bilgi ve becerilerinin temeli okul eğitimleri döneminde atılmaktadır. Öğrencilerin mezun olduktan sonra kadınlara birebir bakım, eğitim ve danışmanlık verici rolde olmaları nedeniyle, öğrencilerin vajinismus konusundaki bilgi ve görüşlerinin belirlenmesi, bu konudaki eksik bilgilerinin tamamlanması ve yanlış bilgilerinin düzeltilmesinin mesleki yaşamlarına katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Ayrıca, öğrencilerin bu konudaki bilgi ve görüşlerini belirlemek, kadın sağlığı ile ilgili derslerinin teorik ve klinik becerilerine yönelik müfredat çalışmalarına da olumlu katkılar sağlayacaktır. Bu çalışma, hemşirelik ve ebelik son sınıf öğrencilerinin vajinismusla ilişkin bilgi ve görüşlerini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

2.Gereç ve Yöntem

2.1. Araştırmanın Türü ve Yapıldığı Yer:

Araştırma, tanımlayıcı türde olup Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik bölümü ve Hemşirelik Fakültesi son sınıf öğrencileriyle Mart 2018 tarihinde yapılmıştır.

2.2. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi :

Araştırmanın evrenini, 2017-2018 öğretim yılı bahar döneminde öğrenim gören son sınıf öğrencileri (hemşirelik=299, ebelik=112) oluşturmuştur (N=411). Evrenden örneklem seçimine gidilmemiş, araştırmanın yapıldığı gün okullarda bulunan ve araştırmaya katılmayı kabul eden öğrenciler çalışmaya alınmıştır ve örneklemi 249 öğrenci oluşturmuştur (Evrenin %60,6'sına ulaşılmıştır).

2.3. Veri Toplama Araçları

Araştırmanın verileri araştırmacılar tarafından literatür doğrultusunda [7,9,13,15,18] geliştirilen "veri toplama formu" ile toplanmıştır. Veriler araştırmacılar tarafından toplanmıştır. Anket formları öğrencilere dağıtılmadan önce çalışma ile ilgili bilgi verilmiş ve çalışmaya katılmayı kabul eden öğrencilere anket formları dağıtılmıştır. Veri formlarının doldurulması yaklaşık 15-20 dakika sürmüştür.

2.4. Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin istatistiksel analizi istatistik paket programı Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) 20,0

kullanılarak yapılmıştır. Verilerin sayı, yüzde ve ortalama dağılımları verilmiştir.

2.5. Etik Kurul Onayı

Araştırmanın etik kurul onayı Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan, yazılı kurum izni araştırmanın yapıldığı fakültelerin dekanlıklarından alınmıştır. Veriler toplanmadan önce öğrencilere araştırma ile ilgili bilgi verilmiş ve sözlü onamları alınmıştır.

3. Bulgular

Tablo 1. Öğrencilerin tanımlayıcı özellikleri (n=249)

Özellikler	Sayı	%
Bölüm		
Hemşirelik	142	57.0
Ebelik	107	43.0
Yaş		
20-22	171	68.7
23-28	78	31.3
Yaş ortalaması±SD	22.18±1.07	
Cinsiyet		
Kız	216	86.7
Erkek	33	13.3
Mezun olunan okul		
Düz lise	91	36.5
Anadolu Lisesi	109	43.8
Sağlık meslek lisesi	49	19.7

Öğrencilerin %57'si hemşirelik fakültesi öğrencisi, %13,3'ü erkek ve %19,7'si sağlık meslek lisesi mezunu olup yaş ortalaması 22.18±1.07'dir (Tablo 1).

Tablo 2. Öğrencilerin vajinismusunu daha önce duyma ve doğru bilme durumları (n=249)

Vajinismusunu daha önce duyma durumu	Sayı	%
Hiç duymadım	3	1.2
Birkaç kez duydum	62	24.9
Çok duydum	112	45.0
Çok fazla duydum	72	28.9
Nereden/kimden duyulduğu (n=332)*		
Derslerde	207	62.4
Basın/medyadan	72	21.7
Arkadaşlardan/aileden	29	8.7
Uzmandan	15	4.5
Diğer	9	2.7
Vajinismusun tanımını doğru bilme durumu		
Hiç	4	1.6
Kısmen	80	32.1
Yeterince	129	51.8
Çok	36	14.5

Öğrencilerin vajinismusunu daha önce duyma durumları incelendiğinde; öğrencilerin %1,2'sinin (n=3) vajinismusunu daha önce hiç duymadığı, %24,5'inin birkaç kez duyduğu ve %73,9'unun çok/çok fazla

duyduğu, daha önce duyanların ise en fazla derslerde (%62,4) ve basın/medyadan (%24,7) duydukları saptanmıştır. Öğrencilere bu sorulardan sonra veri toplama formunun ikinci sayfasında vajinismusun tanımı verilmiş (*Vajinismus; vajinanın dış üçte birindeki kaslarda koitusu engelleyecek bir biçimde, yineleyici bir biçimde ya da sürekli olarak istem dışı spazmın olmasıdır*) ve 'vajinismus'un ne olduğunu bu tanımlandığı biçimle biliyor muydunuz? sorusu sorulmuştur. Öğrencilerin %1,6'sı (n=4) bu soruya "hiç bilmiyordum" derken, %32,1'i "kısmen", yaklaşık yarısı (%51,8) "yeterince", %14,5'i ise "çok" cevabını vermiştir (Tablo 2).

Tablo 3. Öğrencilerin vajinismusunu olan birisiyle karşılaşma durumları ve vajinismusun tedavisine ilişkin görüşleri (n=249)

Karşılaşma durumu	Sayı	%
Evet	52	21.3
Hayır	197	78.7
Vajinismusunu olan kim? (n=52)		
Hastası	27	51.9
Arkadaşı	7	13.5
Ablası/kendisi	3	5.8
Akrabası	3	5.8
Cevapsız	12	23.0
Kim tarafından tedavi edilmelidir? (n=680)*		
Jinekolog	206	30.4
Psikolog	141	20.7
Hemşire ve ebeler	127	18.7
Psikiyatrist	114	16.7
Doktor/Aile hekimi	92	13.5
Ne tür bir yaklaşımla tedavi edilmelidir? (n=254)*		
Tıbbi tedavi+psikoterapi	241	94.9
Sadece tıbbi tedavi	4	1.6
Sadece psikoterapi	9	3.5

Öğrencilerin %21,3'ünün vajinismusunu olan birisiyle karşılaştığı saptanmıştır ve vajinismusunu olan birisiyle karşılaşmaların yaklaşık yarısı (%51,9) vajinismuslu kişiyle jinekoloji polikliniklerinde karşılaştığını belirtirken, %5,8'i (n=3) ablası/kendisi olduğunu, yine aynı orandaki öğrenci (n=3) akrabası olduğunu, %13,5'i (n=7) arkadaşı olduğunu belirtmiştir, %23'ü ise cevap vermemiştir.

"Vajinismuslu kimse kim tarafından tedavi edilmelidir" sorusuna öğrencilerin sırasıyla; jinekologlar (%30,4), psikologlar (%20,7), hemşire ve ebeler (%18,7) dedikleri bulunmuştur. Hemen hemen tüm öğrenciler (%94,9) tıbbi tedavi+psikoterapinin birlikte uygulandığı tedavi ile vajinismusun tedavi edilmesi gerektiğini belirtmişlerdir (Tablo 3).

Tablo 4. Öğrencilerin vajinismusa ilişkin görüşleri (n=249)

Görüşler	Hiç Katılmıyorum	Biraz Katılıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Tamamen Katılıyorum
	Sayı(%)	Sayı (%)	Sayı (%)	Sayı (%)	Sayı (%)
'Vajinismus' cinsel bilgi ve eğitim yetersizliğinden kaynaklanır.	26(10.4)	66 (26.5)	33 (13.3)	106 (42.6)	18 (7.2)
'Vajinismus' cinsel organların yapı ve işlevini bilmemekten kaynaklanır.	24(9.6)	66 (26.5)	44 (17.7)	99 (39.8)	16 (6.4)
'Vajinismus' genital organlardan tiksinden kaynaklanır.	53(21.3)	59 (23.7)	76 (30.5)	55 (22.1)	6 (2.4)
'Vajinismus' eşle sorunlar olmasından kaynaklanır.	27(10.8)	69 (27.7)	43 (17.3)	98 (39.4)	12 (4.8)
'Vajinismus' istenmeyen evlilik nedeniyle oluşur.	26(10.4)	59 (23.7)	45 (18.1)	95 (38.2)	24 (9.6)
'Vajinismus' kadın gebelik istemediği için olur.	72(28.9)	45 (18.1)	75 (30.1)	45 (18.1)	12 (4.8)
'Vajinismus' ilk gece korkusundan kaynaklanır.	16(6.4)	64 (25.7)	32 (12.9)	96 (38.6)	41 (16.5)
'Vajinismus' yakın arkadaşların anlattığı ilk gece ile ilgili korkutucu öykülerden kaynaklanır.	18(7.2)	78 (31.3)	39 (15.7)	95 (38.2)	19 (7.6)
'Vajinismus' eşte cinsel işlev bozukluğu olmasından kaynaklanır.	40(16.1)	57 (22.9)	77 (30.9)	68 (27.3)	7 (2.8)
'Vajinismus' cinsel birleşme sırasında ağrı duyulmasından kaynaklanır.	12(4.8)	60 (24.1)	33 (13.3)	109 (43.8)	35 (14.1)
'Vajinismus' kadının çocukluğunda 13 yaş altı cinsel istismar girişimi yaşamasından kaynaklanır.	8(3.2)	51 (20.5)	25 (10.0)	110 (44.2)	55 (22.1)
'Vajinismus' kadının çocukluğunda dokunmayı da içeren cinsel istismar yaşamasından kaynaklanır.	4(1.6)	56 (22.5)	29 (11.6)	116 (46.6)	44 (17.7)
'Vajinismus' kadının çocukluğunda tecavüz yaşamasından kaynaklanır.	9(3.6)	45 (18.1)	32 (12.9)	106 (42.6)	57 (22.9)
'Vajinismus' kadının yetişkinlikte 14 yaş üstü cinsel istismar girişimi yaşamasından kaynaklanır.	6(2.4)	51 (20.5)	32 (12.9)	107 (43.0)	53 (21.3)
'Vajinismus' kadının yetişkinlikte dokunmayı da içeren cinsel istismar yaşamasından kaynaklanır.	10(4.0)	46 (18.5)	39 (15.7)	110 (44.2)	44 (17.7)
'Vajinismus' kadının yetişkinlikte tecavüz yaşamasından kaynaklanır.	12(4.8)	50 (20.1)	33 (13.3)	95 (38.2)	59 (23.7)
'Vajinismus' kadının çocukluğunda fiziksel istismar yaşamasından kaynaklanır.	9(3.6)	51 (20.5)	35 (14.1)	103 (41.4)	51 (20.5)
'Vajinismus' kadının yetişkinlikte fiziksel istismar yaşamasından kaynaklanır.	11(4.4)	47 (18.9)	42 (16.9)	104 (41.8)	45 (18.1)
'Vajinismus' aile baskısından kaynaklanır.	19(7.6)	46 (18.5)	74 (29.7)	82 (32.9)	28 (11.2)
'Vajinismus' cinselliğe karşı olumsuz dinsel-kültürel tutumlardan kaynaklanır.	11(4.4)	44 (17.7)	52 (20.9)	101 (40.6)	14 (6.5)
'Vajinismus'lu kadınların orgazm deneyimi vardır.	46(18.5)	26 (10.4)	145 (58.2)	25 (10.0)	7 (2.8)
'Vajinismus'lu kadınların oldukça doyumlu bir cinsel yaşamları vardır.	150(60.2)	17 (6.8)	62 (24.9)	17 (6.8)	3 (1.2)
Hemşirelik/Ebelik öğrencileri yukarıdaki açıklamaya uygun şekilde 'vajinismus' hakkında yeterince eğitim alıyor/ bilgilendiriliyor.	28(11.2)	85 (34.1)	38 (15.3)	83 (33.3)	15 (6.0)
Bu konuda bir el kitabı ya da dokümana sahibim	151(60.6)	31 (12.4)	13 (5.2)	44 (17.7)	10 (4.0)

Tablo 5. Öğrencilerin Cinsel Sağlığa İlişkin Eğitim Alma Durumları (n=249)

Eğitim alma durumları	Hiç		Çok az		Çok		Yeterince çok	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Hastaların cinsel sağlık ihtiyaçlarını/sorunlarını değerlendirmek için herhangi bir eğitim aldınız mı?	38	15.3	121	48.6	65	26.1	25	10.0
	Hiç		Kısmen		Yeterince		Çok	
Cinsel öykü almayı güç bulur musunuz?	31	12.4	144	57.8	44	17.7	30	12.0
Birinci basamakta/evlilik öncesi sizin vereceğiniz cinsel eğitimin vajinismus gelişmesine engel olacağını düşünür müsünüz?	28	11.2	93	37.3	91	36.5	37	14.9

Öğrencilerin vajinismusa ilişkin görüşlerini sorgulamak için oluşturulan soruların değerlendirilmesi likert tipi olarak "hiç katılmıyorum", "biraz katılıyorum" "kararsızım" "katılıyorum" ve "tamamen katılıyorum" şeklinde yapılmıştır.

Tablo 4'de öğrencilerin vajinismusun nedenlerine yönelik görüşleri incelendiğinde; vajinismusun kadının çocukluğunda (13 yaş altı) (%44,2) ve yetişkinlikte (14 yaş üstü) cinsel istismar girişimi yaşamasından (%43), çocukluğunda (%46,6) ve yetişkinlikte dokunmayı da içeren cinsel istismar yaşamasından (%44,2),

çocukluğunda (%42,6) ve yetişkinlikte tecavüz yaşamasından (%38,2), çocukluğunda (%41,4) ve yetişkinlikte (%41,8) fiziksel istismar yaşamasından kaynaklanır ifadelerine çoğunlukla “katılıyorum” dedikleri, %10-16,9 arasında değişen oranlarda ise fiziksel ve cinsel travmalara maruz kalmanın vajinismusa neden olması konusunda “kararsız” oldukları saptanmıştır. Öğrencilerin %38,2’sinin “vajinismus istenmeyen evlilik nedeniyle oluşur”, %38,6’sının “ilk gece korkusundan kaynaklanır”, %38,2’sinin “yakın arkadaşların anlattığı ilk gece ile ilgili korkutucu öykülerden kaynaklanır”, %43,8’inin “cinsel birleşme sırasında ağrı duyulmasından kaynaklanır” ifadelerine çoğunlukla “katılıyorum” dedikleri, “vajinismus kadın gebelik istemediği için olur” ifadesinde ise %30,5’inin kararsız, %21,3’ünün ise katılmadığı saptanmıştır. Öğrencilerin vajinismusun sosyokültürel nedenlerine yönelik görüşleri ise; “vajinismus cinsel bilgi ve eğitim yetersizliğinden” (%42,6), “cinsel organların yapı ve işlevini bilmemekten kaynaklanır” (%39,8) ifadelerine çoğunlukla “katılıyorum” dedikleri, “aile baskısından kaynaklanır” ifadesine %32,9’unun “katılıyorum”, %29,7’sinin ise “kararsızım” dedikleri, yine “vajinismus cinselliğe karşı olumsuz dinsel-kültürel tutumlardan kaynaklanır” ifadesine %40,6’sının “katılıyorum”, %20,9’unun ise “kararsızım” dedikleri saptanmıştır. Öğrencilerin eş ile ilgili nedenlere yönelik görüşleri; “ešte cinsel işlev bozukluğu olmasından kaynaklanır” ifadesinde %30,9’unun kararsız, %16,1’inin bu görüşe katılmadığı, “vajinismus genital organlardan tiksilmeye bağlı gelişir” ifadesinde ise %30,5’inin kararsız, %21,3’ünün bu görüşe katılmadığı saptanmıştır. Öğrencilerin vajinismuslu kadınların cinsel doyumlarına ilişkin görüşleri sorgulandığında; yarıdan fazlasının (%58,2) “vajinismus’lu kadınların orgazm deneyimi vardır” ifadesinde kararsız oldukları, %18,2’inin ise bu görüşe katılmadığı, “vajinismus’lu kadınların oldukça doyumlu bir cinsel yaşamları vardır” görüşüne ise büyük çoğunluğunun (%60,2) “hiç katılmıyorum”, %24,9’unun “kararsızım” dedikleri saptanmıştır. “Hemşirelik/Ebelik öğrencileri verilen vajinismus tanımına uygun şekilde ‘vajinismus’ hakkında yeterince eğitim alıyor/bilgilendiriliyorlar” ifadesine öğrencilerin büyük çoğunluğu (%73,4) değişik düzeylerde katıldığını belirtirken %15,3’ünün kararsız olduğu, %11,2’sinin ise hiç katılmadığı, %60,6’sının vajinismusa ilişkin el kitabı ya da dokümana sahip olmadığı bulunmuştur (Tablo 4).

Tablo 5’de öğrencilerin cinsel sağlığa ilişkin eğitim alma durumları incelenmiştir. Hastaların cinsel sağlık ihtiyaçlarını/sorunlarını değerlendirmek için herhangi bir eğitim aldınız mı? sorusuna öğrencilerin %15,3’ü “hiç”, %48,6’sı “çok az”, %36,1’i de “çok/yeterince çok” yanıtı vermişlerdir. Öğrencilerin çok azı (%12,4) bireylerden cinsel öykü almayı güç bulmam derken %87,5’i farklı düzeylerde güç bulduklarını ifade etmişlerdir. Birinci basamakta/evlilik öncesi kendilerinin vereceği cinsel eğitimin vajinismus

gelişmesine engel olacağını düşünen öğrenci oranı %88,8 iken düşünmeyen öğrenci oranı %11,2’dir (Tablo 5).

4. TARTIŞMA

Hemşirelik ve ebelik eğitimi verilen okullarda kadın sağlığını ilgilendiren cinsel işlev bozukluklarına yönelik konuların dört yıllık eğitim sürecinde işlendiği öngörüsüyle bir kamu üniversitesinin iki fakültesinde öğrenim gören hemşirelik ve ebelik son sınıf öğrencilerinin vajinismusa yönelik bilgi ve görüşlerini belirlemek amacıyla bu çalışma yapılmıştır. Çalışmamızda öğrencilerin %1,2’sinin (n=3) vajinismusa hiç duymadığı, dörtte birinin “birkaç kez duyduğu”, büyük bir çoğunluğunun çok/çok fazla duyduğu saptanmıştır. Daha önce duydum diyen öğrencilerin çoğunluğunun ise vajinismus derslerde duyduğu belirlenmiştir. Öğrencilere veri toplama formunun ikinci sayfasında vajinismusun tanımı verilerek ‘vajinismus’un ne olduğunu bu tanımdaki şekliyle bilme durumları sorulmuştur. Öğrencilerden 4’ünün tanımlanan şekliyle “hiç” bilmediği, üçte birinin “kısmen”, çoğunluğunun da (%66,3) “yeterince/çok” bildikleri bulunmuştur. Çalışmanın müfredatlarında kadın sağlığı ve hastalıkları dersi olan [20] hemşirelik ve ebelik son sınıf öğrencileriyle yapılmış olması nedeniyle öğrencilerin vajinismus duyma ve doğru bilme oranlarının yeterli düzeyde olmadığı düşüncesindeyiz. Ayrıca “hemşirelik/ebelik öğrencileri ‘vajinismus’ hakkında yeterince eğitim alıyor/bilgilendiriliyor” görüşüne öğrencilerin %11,2’sinin hiç katılmadığı ve %15,3’ünün kararsız olduğu göz önüne alındığında kadın sağlığı ve hastalıkları ders içeriklerinin gözden geçirilmesi önerilebilir.

Çalışmamızda öğrencilerin yaklaşık beşte birinin vajinismus olan birisiyle karşılaştığı ve vajinismus olan birisiyle karşılaşanların yaklaşık yarısının vajinismuslu kişiyle jinekoloji polikliniklerinde karşılaştıkları, %25,1’inin ise vajinismus olan kişinin ablası/kendisi, akrabası ve arkadaşının olduğunu belirttikleri bulunmuştur. Vajinismusun görülme sıklığı batı toplumlarında cinsel işlev bozuklukları nedeniyle polikliniklere başvuranlar arasında %5-17 gibi daha düşük oranda iken [3,10], ülkemizde %41-75,9 arasında değiştiği bildirilmektedir [5,11-13]. Öğrencilerin vajinismuslu vakayla jinekoloji polikliniğinde karşılaşma oranlarının ülkemizde vajinismus nedeniyle sağlık kurumlarına başvuranların oranlarıyla paralellik göstermektedir. Ayrıca öğrencilerin yakın çevrelerinde bu sorunu yaşayan kişilerin olması hemşire ve ebelerin sadece sağlık kurumlarında değil her ortamda vajinismusa yönelik eğitim ve danışmanlık yapabileceklerini göstermektedir.

Öğrenciler, vajinismus tedavisinde sırasıyla; jinekologların, psikologların, hemşire ve ebelerin, psikiyatristlerin yer alması gerektiğini ve hemen hemen tüm öğrenciler vajinismusun tıbbi tedavi+psikoterapinin birlikte uygulanarak tedavi edilmesi gerektiğini

belirtmişlerdir. Vajinismusa birçok faktörün neden olabileceği ve kadının fiziksel, ruhsal ve sosyal yaşamlarını etkileyerek yaşam kalitesinin bozulduğu göz önüne alındığında [4,9] vajinismusun tedavisinde tek bir tedavi yönteminin kullanılması yeterli gelmeyecektir [3,4,7]. Çalışma bulguları, öğrencilerin vajinismusun tedavisinde içinde hemşire ve ebelerinde bulunduğu multidisipliner bir yaklaşımın gerektiğine yönelik farkındalıklarının olduğunu göstermektedir. Öğrencilerin bu konuda farkındalıklarının olması vajinismuslu vakaların eğitimi, danışmanlığı, saptanıp sevk edilmeleri ve tedavi sürecinde hemşire ve ebelerin de sorumluluklarının olduğunu kavramaları açısından önemli bir adım olduğu düşünülmektedir.

Sosyal, kültürel, psikolojik ve fizyolojik bulguların birbirini tamamlayıp bütünleştiği bir durum olan vajinismusun gerçek nedeni tam olarak bilinmemektedir [2,5]. Literatürde kadında travma yaratan çocuklukta ve yetişkinlikte maruz kalınan fiziksel ve cinsel istismarlar, korku ve anksiyete yaratan ilk gece korkusu, ilişkide yaşanacak ağrı korkusu, sosyo-kültürel faktörleri kapsayan cinsel bilgi ve eğitim yetersizliği, cinsel organlar hakkında bilgi eksikliği, cinselliğe karşı olumsuz dinsel-kültürel tutumlar, eşe ait cinsel işlev bozukluğu gibi faktörlerin vajinismusa neden olduğu bildirilmektedir [3,6,9,17]. Çalışmamızda kadınların çocukluk ve yetişkinlikte fiziksel ve cinsel istismarlara maruz kalması, istenmeyen evlilik, ilk gece korkusu, cinsel birleşmede ağrı korkusu, gebe kalma korkusu, cinsel bilgi ve eğitim yetersizliği, cinsel organların yapı ve fonksiyonlarını bilmeme, eşyle sorunlarının olması, aile baskısı ve cinselliğe karşı olumsuz dinsel-kültürel tutumlar gibi vajinismusun nedenlerine yönelik görüşlere öğrencilerin yaklaşık yarısının “katılıyorum/tamamen katılıyorum” dedikleri, “vajinismusun eşte cinsel işlev bozukluğu olmasından kaynaklanır” ve “vajinismus genital organlardan tiksineye bağlı gelişir” görüşlerinde ise öğrencilerin yaklaşık yarısının “kararsız olduğu yada bu görüşlere katılmadığı” saptanmıştır. Çalışmamızda öğrencilerin vajinismusun nedenlerine ilişkin görüşleri göz önüne alındığında bu konuya yönelik bilgilerinin orta düzeyde olduğu düşünülmektedir.

Vajinismus olan kadınların orgazm deneyimlerinin olması konusunda öğrencilerin çoğunluğunun kararsız olduğu, doyumlu cinsel yaşamlarının olduğu konusunda ise büyük çoğunluğunun (%60,2) bu görüşe hiç katılmadığı, %24,9'unun kararsız olduğu bulunmuştur. Literatürde vajinismuslu kadınların orgazm olma ve doyumlu cinsel yaşamları konusunda çelişkili bulgular vardır. Vajinismuslu kadınların çoğunun klitoral uyarıyla orgazm olabileceği, cinsel birleşmeye yol açmadığı sürece cinsel ilişkiyi istedikleri ve bundan hoşlandıklarını belirten çalışmaların yanında kadınların cinsel ilişkiden kaçındıklarını, orgazm olma konusunda sorun yaşadıklarını bildiren çalışmalar da vardır [4,5,7,13,16]. Öğrencilerin vajinismuslu kadınların doyumlu cinsel yaşamlarına ve orgazm olma ile

görüşlerinde kararsız olma ve bu görüşe katılmama oranlarının yüksek olması bu verilerden kaynaklanıyor olabilir.

Öğrencilerin cinsel sağlığa ilişkin eğitim alma durumlarını değerlendiren sorulardan “hastaların cinsel sağlık ihtiyaçlarını/sorunlarını değerlendirmek için herhangi bir eğitim aldınız mı? sorusuna yaklaşık yarısının “çok az”, %15,3'ünün “hiç” almadıklarını belirttikleri, büyük çoğunluğunun da bireylerden cinsel öykü almayı güç buldukları saptanmıştır. Katılımcıların hastaların cinsel sağlık öykülerini almaya yönelik aldıkları eğitimi yetersiz bulmaları öykü almalarını da güçleştiriyor olabilir. Ayrıca, hastalardan cinsel öykü almayı güç bulmalarının nedeni cinsel sağlık ile ilgili bilgi eksikliklerinin yanı sıra cinselliği tabu görmeleri ve rahat konuşamamalarından da kaynaklanıyor olabilir. İsveçte yapılan bir çalışmada sağlık profesyonelleri öğrencilerinin hastalarla cinsel sağlık konularını konuşabilecek yeterlilikte eğitim almadıkları ve cinsel sağlık konularını konuşabilecek beceri eğitimine ihtiyaçları oldukları saptanmıştır [21]. Bal ve arkadaşının (2015) çalışmasında hemşirelik öğrencilerinin %67,7'sinin hastalar ile cinsel sağlık konularını konuşmada kendilerini rahat hissetmedikleri ve cinsel sağlık eğitimlerinin yetersiz olduğu [19], Ören ve arkadaşlarının (2018) ebeler öğrencileriyle yaptıkları çalışmada da öğrencilerin cinsel sağlığa ilişkin tutumlarının iyi olduğu ancak öğrencilerin danışmanlık esnasında rahat olmadıkları bulunmuştur [18]. Çalışmamızın bulguları bu çalışmalar ile benzerdir. Bunun için örgün eğitim süresince müfredata zorunlu cinsel sağlık eğitimi derslerinin konması, var olan derslerin içeriğinin gözden geçirilmesi ve danışmanlık konularında uygulamalarının geliştirilmesi önerilebilir. Öğrencilerin büyük çoğunluğunun birinci basamakta/evlilik öncesi kendilerinin vereceği cinsel eğitimin vajinismus gelişmesine engel olabileceğini düşünmektedir. Literatürde cinsel bilgi ve eğitim yetersizliğinin vajinismusa neden olabileceği bildirilmektedir [2,4,9]. Hemşireler ve ebeler sağlık ekibinde kadınlarla daha yakın ve doğrudan ilişki kuran, özellikle birinci basamak sağlık hizmetlerinde kadınların ilk karşılaştıkları, danışmanlık ve eğitim hizmetleri aldıkları profesyonel sağlık elemanlarıdır. Çalışmaya katılan öğrencilerin evlilik öncesi cinsel sağlık ile ilgili yapacakları eğitim ve danışmanlıkla vajinismus gelişmesini azaltabileceklerini düşünmeleri bu açıdan önemli ve sevindiricidir.

5. Sonuç ve Öneriler

Öğrencilerin vajinismus duyma ve doğru bilme oranlarının orta düzeyde olduğu, çok azının vajinismuslu bir kimseyle karşılaştığı, hemen hemen tamamının vajinismusun tedavisinde tıbbi tedavi ve psikoterapinin birlikte yapılması gerektiği, vajinismusun nedenlerine yönelik görüşlerinde ise bilgilerinin yetersiz olduğu, öğrencilerin cinsel sağlığa yönelik aldıkları eğitimi az buldukları ve büyük çoğunluğunun

bireylerden cinsel öykü almayı güç buldukları saptanmıştır.

Öğrencilerin hastaların cinsel sağlık sorunlarını değerlendirmeye yönelik bilgilerinin ve becerilerinin geliştirilmesi için hemşirelik ve ebelik müfredatlarında cinsel sağlık dersinin verilmesi, cinsel sağlık konularının içerisinde vajinismus konusuna ayrıntılı yer verilmesi, var olan derslerin içeriğinin gözden geçirilerek vajinismus ve diğer cinsel sağlık sorunlarını kapsayan konularda cinsel sağlık eğitimi ve danışmanlığını geliştirmeye yönelik uygulamalar yapılması önerilmektedir.

6. Kaynaklar

1. Amerikan Psikiyatri Birliği: DSM-5 Tanı Ölçütleri Başvuru El Kitabı, Köroğlu E. (Çeviri Ed.), Hekimler Yayın Birliği, Boylam Psikiyatri Enstitüsü, Ankara, 2014, s 210.
2. Dağ, H, Dönmez, S, Kavlak, O. Kadın cinselliğinin gizlenen yönü: Vajinismus ve hemşirenin rolü. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi 2012, 21(5), 43-47.
3. Lahaie, M.A, Boyer, S.C, Amsel, R, et al. Vajinismus: A review of the literature on classification/diagnosis, etiology, and treatment. Womens Health 2010, 6(5), 705-719.
4. Akgün, M.E. Vajinismus tedavisi sonrasında kadınların psikiyatrik belirtileri, cinselliğe bakışları ve evlilik doyumlarındaki değişimin incelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul, 2017.
5. Doğan, S, Varol, S.G. Yaşam boyu vajinismus olan kadınlarda cinsel bilgi, evlilik özellikleri, cinsel işlev ve doyumun değerlendirilmesi. Trakya Univ Tıp Fak Dergisi 2009, 26(2), 151-8.
6. Oktay, M, Tombul, K. İki yüz vajinismus vakası ve eşlerin psikolojik yönden incelenmesi. Yeni Symposium Dergisi 2003, 41(3), 115-9.
7. Öztürk, C.Ş, Arkar, H. Vajinismuslu çiftlerde bilişsel davranışçı terapinin cinsel doyum, evlilik uyumu, depresyon ve anksiyete belirti düzeyleri üzerine etkisi. Türk Psikiyatri Dergisi. 2017, 28(3), 172-80.
8. Sonnex, C. Psychosexual problems. Sexual health and genital medicine in clinical practice. Springer Verlag London Limited, 2007, pp 143-5.
9. Er, O, Özdel, K, Özpolat, A.Y. Vajinismus. Kriz Dergisi 2010, 18 (3), 37-45.
10. Weijmar, Schultz, W, Basson, R, Binik Y, et al. Women's sexual pain and its management. J Sex Med 2005, 2, 301-16.
11. Özdemir, Y.O, Şimşek, F ve ark. Sociodemographic and clinical characteristics of subjects referred to a multidisciplinary sexual dysfunction outpatient clinic. European Journal of Sexual Health 2006, 15(Suppl 1), 14-5.
12. Şimşek, F, Özdemir, Ö ve ark. Çoğul disiplinli bir cinsel işlev bozuklukları merkezine başvuran 1,002 olgunun sosyodemografik ve klinik özellikleri. Üroloji Bülteni 2003,14,137-44.
13. Tugrul, C, Kabakci, E. Vaginismus and its correlates. Sexual and Relationship Therapy 1997,12, 23-34.
14. Yılmaz, E, Zeytinci, E ve ark. Konya il Merkezi'nde yaşayan evli nüfusta cinsel sorunların araştırılması. Türk Psikiyatri Dergisi 2010, 21(2), 126-34.
15. Yıldırım, E.A, Akyüz, F ve ark. Cinsel işlev bozuklukları kliniğine başvuran olgularda başvuru yakınması ile klinik tanı arasındaki ilişki. Nöropsikiyatri Arşivi 2011, 48 (özel sayı 1), 24-30.
16. Konkan, R, Bayrak, M ve ark. Vajinismuslu kadınlarda cinsel işlev ve doyum. Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi 2012, 25, 305-11.
17. Kabakçı, E, Batur, S. Who benefits from cognitive behavioral therapy for vaginismus J Sex Marital Ther 2003, 29, 277-288.
18. Ören, Ö, Zengin, N ve ark. Attitudes, beliefs and comfort levels of midwifery students regarding sexual counselling in Turkey. Midwifery 2018, 56, 152-157.
19. Bal, M.D, Sahiner, N.C. Turkish nursing students' attitudes and beliefs regarding sexual health. Sex Disabil 2015, 33, 223-231,
20. Aydın Adnan Menderes Üniversitesi, <https://www.adu.edu.tr/tr/fakulteler> (29.08.2018).
21. Areskoug-Josefsson K, Larsson, A, et al. Health care students' attitudes towards working with sexual health in their professional roles: Survey of students at nursing, physiotherapy and occupational therapy programmes. Sex Disabil 2016, 34, 289-302.

<http://edergi.cbu.edu.tr/ojs/index.php/cbusbed> isimli yazarın CBU-SBED başlıklı eseri bu Creative Commons Alıntı-Gayriticari4.0 Uluslararası Lisansı ile lisanslanmıştır.





DERLEME
REVIEW
CBU-SBED, 2018, 5(4):210-215

Ulusal ve Uluslararası Ebelik Etik Kodları

Seçil Köken Durgun^{1*}, Selma Şen¹, Esra Tayhan¹

¹ Manisa Celal Bayar Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Bölümü, Manisa, Türkiye.
secil_koken_@hotmail.com, selmasen77@gmail.com, esrabzhn@gmail.com

*Sorumlu Yazar / Corresponding Author: Seçil Köken Durgun

Gönderim Tarihi / Received: 16.04.2018

Kabul Tarihi / Accepted: 30.10.2018

Öz

İnsanlık tarihi kadar eski bir meslek olan ebeliğin meslek olma süreci ülkemizde 1998 yılında lisans programlarının açılması ile başlamış, 2000 yılında yüksek lisans ve 2013 yılında doktora programlarının açılması ile hız kazanmıştır. Bağımsız görevleri ve tarafları çok olan ebeğin her uygulamasının yapıtaşı etikdir. Etik çeşitli meslek kolları arasında tarafların uyması veya kaçınması gereken davranışlar bütünü olarak tanımlanmaktadır. Mesleklerin varlığını koruyup sürdürebilmesi, kendini geliştirebilmesi, itibarını koruyabilmesi için meslek etiğine sahip olması gerekmektedir. Her ne kadar günümüzde ebe olmak için o ülkenin öngördüğü resmi ebelik eğitimini tamamlamış olmak yeterli olsa da, mesleğin etik yönünü ortaya koyamamak ebeliğin mesleki açıdan, ilerlemesini engellemektedir. Ebelikte meslek değerlerinin, etik kodların bilinmesi ebelik bakım ve uygulamalarının daha nitelikli olmasına, böylelikle ebelik mesleğinin toplum içerisinde statüsünün yükselmesine katkı sağlayacaktır. Bu derlemede amaç dünyada önde gelen ebelik örgütlerinin evrensel ebelik etik kodlarını açıklamak ve çeşitli ulusların kendine özgü oluşturduğu ebelik kodlarının farkını ortaya koymaktır.

Uluslararası Ebelik Konfederasyonu, Kuzey Amerika Ebeler Derneği, Amerika Ebe-Hemşireler Birliği ve Ulusal Sertifikalı Profesyonel Ebeler Derneği tarafından evrensel ebelik etik kodları oluşturulmuştur. Çoğu ülke bu kodları benimserken, bazıları bu kodları köken alarak kendi uluslarına özgü hale getirmişlerdir. Bazı uluslar ile ülkemizde var olan etik kodlar karşılaştırıldığında ise birçok eksiği bulunduğu dikkati çekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Ebelik, Uluslararası, Etik Kod.

Abstract

The midwifery which is a profession as old as human history started with the opening of the undergraduate programs in our vocationalization country in 1998 and accelerated with the opening of graduate programs in 2000 and doctorate programs in 2013. It is ethical if the building stone of every practice of self-government, which has many independent duties and parties. Ethics is defined as a set of behaviors that must be avoided or avoided by the various branches of the profession. It is necessary to have occupational ethics in order to protect and maintain the existence of the professions, to develop oneself, to protect its reputation. Although it is sufficient to have completed the formal midwifery education prescribed by that country in order to become a midwife nowadays, failing to reveal the ethical direction of the profession prevents the ebru's occupation and progress. Knowing the professional values and ethical codes in the midwifery will cause the midwifery care and practice to be more qualified, thus causing the midwifery profession's status to rise within the community. The purpose of this review is to explain the universal midwifery codes of ethics of the leading midwifery organizations in the world and to reveal the awareness of the midwifery codes that the various nations make unique.

Universal codes of ethics have been developed by International Midwifery Confederation, Midwifery Alliance North America, American College of Nurse-Midwives and National Association of Certified Professional Midwives. While many countries have embraced these codes, some have originated these codes and made them unique to their own nations. It is noteworthy that there are many deficiencies in comparison with some ethnic codes which exist in our country.

Keywords: Midwifery, Internationality, Code of Ethics.

1. Giriş

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından “gebelik, doğum ve doğum sonu dönemde gerekli bakım ve danışmanlığı sağlamak, normal doğumları kendi sorumluluğunda yaptırmak, yenidoğanın bakımını üstlenmek üzere eğitilen kişi” olarak tanımlanmış olan ebe; Uluslararası Ebelik Konfederasyonu’na göre;

gebelik, doğum ve doğum sonu dönemde kadının bakımını sağlayan, gerekli tavsiyelerde bulunan, kendi sorumluluğunda doğumu gerçekleştiren, yenidoğanın bakımını sağlayan ve kadın ile işbirliği içinde çalışan, güvenilir ve sorumluluk sahibi bir profesyoneldir [1,2].

İnsanlık tarihi kadar eski bir meslek olan ebeliğin meslek olma süreci Ülkemizde 1998 yılında lisans programlarının açılması ile başlamış, 2000 yılında yüksek lisans ve 2013 yılında doktora programlarının açılması ile hız kazanmıştır [3,4]. Ancak ülkemizde halen hak ettiği değeri göremeyen ebelik mesleğini 2015 yılı verilerine göre 53,086 kişi icra etmektedir. Bin kişiye düşen ebe sayısı ise; 0,68'dir (Tablo 1).

Bazı ülkeler ile karşılaştırıldığında ebe sayılarının birbirlerine yakın olduğunu söylemek mümkündür [5]. Ayrıca 2023 yılı sonunda ülkemizdeki ebe sayısının yaklaşık 67,200 olacağı beklenmektedir. Ancak Sağlık Bakanlığı Sağlıkta İnsan Kaynakları 2023 vizyonuna göre, 2023 yılı ebe ihtiyacı yaklaşık 85.000 olarak belirlenmiştir. Böylelikle 2023 yılında 1000 kişiye düşen ebe sayısı bir olacaktır [6].

Tablo 1. Bazı ülkelerde bin kişiye düşen ebe sayısı*

ÜLKE	Bin kişiye düşen ebe sayısı
Türkiye	0.68
Polonya	0.59
Norveç	0.61
Yeni Zeland	0.64
Avusturya	1.02

*Organisation For Economic Co-operation and Development (OECD.Stat).

Tablo 1'e göre ülkemizde bulunan ebe sayısı diğer ülkeler ile eş değer sayılabilecek durumda iken uygulamalar arasındaki farkların büyüklüğü dikkati çekmektedir. Bu bağlamda ebelik mesleği adına yapılması gerekenin sadece meslek mensubu sayısını artırmak olmadığı görülmektedir. Ebelerin özellikleri ve mesleğin yürütülmesi de son derece önemlidir. "21.Yüzyılda Herkes İçin Sağlık Hedefleri"nden "Yaşama Sağlıklı Başlanması Hedefi"nin gerçekleştirilmesinde ebelik mesleğinin önemine dikkat çekilmektedir. Bu hedefe ulaşabilmek için ebelik hizmetlerinin güçlendirilmesinin önem arz ettiği ortadadır [7,8].

Ebelik uygulamaları, dünya ebeleri arasında belirgin farklılıklar gösterse de, genellikle gebeliğin doğal ve normal yanları üzerinde yoğunlaşır. Bir ebeden; ebelik bakımında eşitliğin sağlanması, her meslek mensubunun bilgisini güncel tutup geliştirmesi, karşılıklı saygı, güven ve sorumluluk paylaşımı içinde kültürel, etik değerlere saygı duyarak kadının sağlık gelişimine katkı vermesi, sağlığını koruması, mahremiyetini ve gizliliğini sağlaması, gerekli konularda bilgilendirme yaparak kadınların kendi kararlarını vermesini sağlaması, kadının ve önem verdiği kişilerin (eş, anne, baba, çocuk vb.) korunması ve üremeyi desteklemesi, normal doğumların savunucusu olması beklenmektedir [2,9]. Bağımsız görevleri ve tarafları çok olan ebeğin her uygulamasının yapıtaşı ise etikdir [10]. Etik terimi yunanca "ethos" kelimesinden türetilmiştir. Çeşitli meslek kolları arasında tarafların uyması veya kaçınması gereken davranışlar bütünü olarak

tanımlanmaktadır [11]. Mesleklerin varlığını koruyup sürdürebilmesi, kendini geliştirebilmesi, itibarını koruyabilmesi için meslek etiğine sahip olması gerekmektedir. Etik; mesleğe özgü etik kurallara zemin oluşturarak herkesin yararının korunmasına yardımcı olur. Etik öz düzenlemeyi cesaretlendirmesi, profesyonel kimliği geliştirmesi, ebeleri ve hastaları koruması ve profesyonel olgunlaşmaya dikkat çekmesi sebebi ile önemli ve gereklidir [10]. Ebelik mesleği için tarihsel süreçte hemşirelik ve tıp bilimlerinden etkilenecek oluşturduğu etik miraslar, karşılaşılan sorunları çözmeye hem yetersiz hem de uygun değildir [12]. Her ne kadar günümüzde ebe olmak için o ülkenin öngördüğü resmi ebelik eğitimini tamamlamış olmak yeterli olsa da, mesleğin etik yönünü ortaya koyamamak ebeliğin meslekleşmesini, ilerlemesini engellemektedir [10].

Etik kodlar hem halkın geneli hem de meslek üyeleri için profesyonel gruba özgü özelliklerinin tanınmasında önemli rol oynamaktadır [12]. Ebelikte meslek değerlerinin, etik kodların bilinmesi ebelik bakım ve uygulamalarının daha nitelikli olmasına, böylelikle ebelik mesleğinin toplum içerisinde statüsünün yükselmesine katkı sağlayacaktır. Bununla birlikte, etik kod ve meslek değerlerinin bilinmesi ebelikte yaşanan ikilemlere bağlı ahlaki sıkıntının azalmasını, dolayısıyla işten ayrılmayı, iş memnuniyetsizliğini ve tükenmişliği de azaltacağından ebelik mesleğinin önceliklerinden birini meslek değerleri, kodlar ve etik değerler bilgisi oluşturmalıdır [13]. Bu derlemede amaç dünyada önde gelen ebelik örgütlerinin evrensel ebelik etik kodlarını açıklamak ve çeşitli ulusların kendine özgü oluşturduğu ebelik kodlarının farkını ortaya koymaktır.

Uluslararası Ebelik Etik Kodları

Uluslararası Ebelik Konfederasyonu (International Confederation of Midwives-ICM)Avrupa'da bir grup ebe tarafından Belçika merkezli olarak 1919'da kurulmuştur. Bu küresel birliğin 100'den fazla sayıda ülkede üyeleri bulunmakta ve tüm üye ülkelerin dernek temsilcilerinden oluşan bir kurul tarafından yönetilmektedir. Kadınları, yenidoğan ve ailelerinin sağlıklarını ve üreme sağlığını geliştirmek için ebe birliklerini güçlendirmek ve genel olarak doğum yapan kadınlar için normal doğum, gebelik ve bakımda ebeliği özerkliğe teşvik ederek mesleği ilerletmek vizyonu ile yoluna 400 bin ebe ile devam eden ICM, her üç yılda bir düzenlenen kongrelerle üç yıllık stratejisini ve yönetim kurulunu belirlemektedir. Birlik ebelik mesleğinin gelişim etik kodlarını 1993 yılında benimsemiştir. Etik kodun ilk hali 1987 yılında hazırlanmıştır [2,14]. Son olarak 2014'te revize edilen ICM etik kodlar dokümanı ebelik ilişkileri, ebelik uygulamaları, ebelerin mesleki sorumlulukları, ebelik bilgi ve uygulamalarının geliştirilmesi olmak üzere dört ana başlık altında birleştirilmiştir [15].

- **Ebelik ilişkileri** başlığı altında, ebelerin bilgilendirilmiş onam alması, kadının ve ailesinin aktif katılımı sağlayarak ortak bilgi paylaşımı içinde

her kadınla özel olarak ilişki kurması, kendi kültür/toplamları içinde kadın ve ailesinin sağlığını etkileyen konuları ele alması ve kadınla birlikte gerekli sağlık hizmetlerini planlaması yer almaktadır. Ayrıca mesleki rollerinden uzaklaşmayarak tüm değerlere açık olması, kadının bakım ihtiyaçları kendi yetkilerini aştığında danışmanlık ve yönlendirmede bulunması, hem kadınlar hem de meslektaşlarıyla iyi ilişkiler içinde olması ve kendisine karşı sorumlulukları olduğunu da unutmaması beklenmektedir [15].

- **Ebelik uygulamaları** başlığı altında yer alan maddeleri kısaca şöyledir: Ebe, hiçbir ayrımcılık yapmadan, kültürel farklılıklara saygı içinde kadına ve ailesine bakım sağlar. Fakat zarar veren kültürel uygulamalarını engellemek için çalışır. Kadınların gebelik dönemi ve doğum anında zarar görmemesini sağlamalıdır. Mesleki uygulamalarının yetkinliğini sürdürebilmek için kanıtı dayalı güncel bilgiler ışığında mesleki uygulamalarını geliştirmek ve etkin bir rol model olmak, ebelerden beklenen uygulamalar arasında sayılmaktadır.
- Uluslararası Ebelik konfederasyonu'na (ICM) göre, yasalar tarafından zorunlu kılınmadığı sürece mahremiyeti korumak, kadının bilgilerini gizli tutmak, ahlaki değerler ışığında verdiği kararlarından ve sonuçlarından sorumlu olmak, vicdani olarak reddettiği uygulamalar için bakımı altındaki kişiyi başka bir meslektaşına yönlendirmek, etik ve insan hakları ihlallerini belirleyip bunları ortadan kaldırmak, sağlık politikaları geliştirilmek ve uygulamak **ebelerin mesleki sorumlulukları** içerisinde yer almaktadır.
- Dördüncü ana başlık olarak **ebelik bilgi ve uygulamalarını** geliştirmesi için ebelerden, bilgisindeki gelişmeyi kadın haklarının korunması faaliyetlerine dayandırması, bilgisini geliştirmek için meslektaşlarını gözlemlemesi, araştırmalar yapması ve bunları paylaşması, ebelerin eğitimine katkıda bulunması beklenmektedir [15].

Kuzey Amerika Ebeler Derneği (The Midwives Alliance of North America-MANA)

MANA 1982 yılında eğitim vermek, güvenli rehberler hazırlamak, iletişimi geliştirmek için kurulmuş bir organizasyondur. Bugüne kadar iki adet doküman yayınlamıştır. Bu dokümanlardan birisi 2005 yılında güncellediği "Ebelik Sanatı ve Uygulaması İçin Gerekli Nitelikler ve Standartlar"dır. İçerisinde 12 ana başlık bulunmaktadır [14,16].

- Ebe, kadının kendi bakımına etkin katılımını sağlamalı ve sürdürmeli, doğum öncesi, doğum ve doğum sonu dönemlerde en iyi bakımı gerçekleştirme ve acil durumlarla başa çıkma becerisine sahip olmalıdır.
- Doğru değerlendirme yapabilmek için tedavi sürecini bilmeli, aseptik teknik ile bakım vermek için uygun ekipman buldurmalı ve kullanabilmelidir. Bu durum ilaç olan veya olmayan ajanları, sütürleri ve intravenöz tedavi ekipmanlarının kullanımını da kapsamaktadır.

- Her birey ile ilgili bilgileri doğru olarak kayıt altına almalı ve yasal olarak gerekli olmadıkça her türlü sözlü ve yazılı iletişimi gizli tutmalıdır. Elde ettiği bilgileri kadınların talebi üzerine kendisine verebilir.
- Uygulamalarına ilişkin verileri düzenli olarak toplamalıdır. Ebe tarafından toplanan veriler, kendisinin bilgisi ve gelişimi için kullanılacaktır.
- Ebelerin yetki alanı dahilinde, halk sağlığı gereksinimleri ile ilgili kişilere bilgi verilmeli ve yardımcı olmalıdır.
- Tüm ebeler belli koşullar altında tıbbi danışmanlığın gerekliliğini kabul etmelidir. Doğru bakımı verebilmek için meslektaşları ve diğer sağlık profesyonelleri ile işbirliği sağlamalıdır.
- Kadınların haklarına saygı duymalı, kendi sağlığı ile ilgili olarak bilgilendirmelidir. Belli koşullarda hizmet vermeyi reddetmek ya da sürdürmemek, ebeğin hakkı ve sorumluluğudur. Bebeğin ve annenin yararına olacaksa, istenilen veya gereken bakım ebeğin yetki alanının dışında kalıyorsa gerekli sevk işlemlerini yapmalıdır.
- Her ebe, kendisi ve verdiği hizmetler hakkında doğru bilgi sunmalıdır. Bu bilgiler aldığı eğitim, tecrübesi, uygulama alanları, verdiği hizmetin maddi karşılığı, veremeyeceği hizmetler ve gebe kadının kendini tanımladığı aile sisteminden beklentileri gibi konuları kapsamalıdır. Ebe, kadının tedavi ve prosedürleri reddetme ve bu tercihleri doğru şekilde belgeleme hakkına saygı göstermelidir. Kadının tercihleri ebelik uygulama kılavuzunun dışına çıktığında bunu açıkça belirtmeli ve belgelemelidir.
- Ebeler bilgi ve becerilerini düzenli olarak geliştirmelidirler.
- Ebelik uygulamaları, meslektaşlar ile beraber düzenli vaka incelemelerini de kapsamaktadır.
- Her ebe; MANA Ebelik Sanatı ve Uygulaması için Standartlar ve Nitelikler, MANA Etik ve Değer Bildirgesi ve MANA Ebelik Uygulaması için Temel Yeterlilikler ile uyum içinde, kendi uzmanlık seviyesine uygun olarak uygulama kılavuzu geliştirmelidir.
- Ebe, ebelik bakım modeli ile uyumlu olan, kadın ve bebek bakımını geliştirecek yeni prosedürleri uygulama alanına dahil ederek, MANA Temel Yeterliliklerini genişletebilir. Bu uygulama, riskler, faydalar, tarama kriterleri ve potansiyel komplikasyonların belirlenmesi ve yönetilmesi de dahil olmak üzere yeni prosedürün bilgisini yansıtmalıdır [16].

Bir diğer doküman ise son olarak 2012 yılında güncellenen "Değerler ve Etik Bildirgesi"dir. Karşılaşılan her durumda etik değerler korunarak hizmet verilmesi gerekliliğine dayanmaktadır. Bu etik değerler kısaca şöyledir;

- Fayda sağlayacak şekilde davranma
- Zarar vermeme
- Gizliliği korumak
- Saygılı ve adil davranmak

- Bir kişinin kendi hayatını etkileyebilecek kararlar alma özgürlüğüne saygı duymak

Amerika Ebe-Hemşireler Birliği (American College of Nurse-Midwives- ACNM) Amerika'da kadın sağlığına kendini adanmış en eski organizasyon (1929) olarak da bilinen ACNM'nin, Etik Komitesi 2008'den sonra ebeler için etik kodlarını iki kez iyileştirmiş ve yayımlamıştır [14,17]. Amerika Ebe-Hemşireler Birliği'ne göre ebelerin ebeler için misyonunu yerine getirirken, ailesi ve toplum içinde kadınların ve yenidoğanların sağlık ve esenliklerini artırmak için üç etik yöne sahip olmaları gerekir.

- İlk olarak bir ebeler, profesyonel ilişkilerinin her alanında temel insan haklarına ve tüm insanların onuruna, ayrıca kendi değer, haysiyet ve mesleki bütünlüğüne saygı göstermesi beklenmektedir.
- İkinci olarak; mesleki uygulamalarında kadından bilgilendirilmiş onam almak için bilgileri paylaşabileceği derecede iletişim kurması, yaş, cinsiyet, ırk, din vb. ayrımlar yapmadan hizmet vermesi, bu hizmetler sırasında yasalar tarafından açıklanması gerektiği sürece mahremiyetin korunması, bilgi ve becerilerinin sürekliliği sağlanarak yanlış uygulamalardan kaçınması ve rapor hazırlaması beklenmektedir.
- Son olarak; ebeler bir meslek mensubu olarak kadınların, ailelerin ve toplumların haklarını, sağlığını ve refahını koruyup, geliştirilmesi için çalışması, kaynakların dağılımı ve sağlık hizmetlerine eşit ulaşım için çaba göstermesi, ebeler öğrencilerinin ve meslektaşlarının eğitiminde söz sahibi olması, kadınların, ailelerin ve toplumun sağlığını geliştirmeye yönelik uygulama, araştırma ve politika oluşturması beklenmektedir [17].

Ulusal Sertifikalı Profesyonel Ebeler Derneği (National Association of Certified Professional Midwives-NACPM) Ulusal Sertifikalı Profesyonel Ebeler Derneği 2000 yılında sertifikalı profesyonel ebeleri desteklemek amacı ile kurulmuştur [14,18]. Ebeler konusunda ana hatları ve ebelerin niteliklerini belirleyen ulusal sertifikalı profesyonel ebeler birliğidir. Uygulamalara standart getiren belge 2004 yılında yayımlanmış olup, etik kod görevindedir. Belgede giriş, felsefe ve uygulama prensipleri, "Sertifikalı Profesyonel Ebelerin Ulusal Birliği için Uygulama Kapsamı" ve altı adet "NACPM Üyeleri için Uygulama Standartları" yer almaktadır. Bu altı standart şöyle sıralanabilir: Ebe,

- Hizmet verdiği her kadınla iletişim halinde çalışmalıdır.
- Sağlık durumunu yükseltmek ve riskleri en aza indirmek için ebeler uygulamalarında her bir kadının ve bebeğin bireysel ihtiyaçlarına dikkat etmelidir.
- Her kadının, ihtiyaç ve istekleri dâhilinde, bireye uygun bakım planlamalıdır.
- Bir kadının bakımını sona erdirmeden önce, tüm sorumluluklarını yerine getirmelidir.
- Kadın ve bebeğin sağlık verilerini, sorunlarını, kararlarını ve planlarını kapsamlı olarak toplamalı ve kaydetmelidir.

- Mümkün olan en iyi bakımı sağlamak amacıyla bilgi, beceri ve uygulamalarını sürekli olarak değerlendirmeli ve geliştirmelidir [18].

Ulusal Ebeler Etik Kodları

Ülkemizde kendi koşullarına uygun olarak ulusal ebeler değerleri ve kodlarına ilişkin çalışmalar sürdürülmektedir. Çalışmalar yeni olmasına karşın mesleğe ilk adım atan ebeler tarafından tekrarlanan "Meslek Andı"nda da, mesleki yeterlilik, saygı, yaşamı korumak, acıyı azaltma, şefkat, tarafsızlık (adalet), sır saklama, dürüstlük, mahremiyete saygı kavramlarının yer alması farkındalık açısından önemlidir [14].

"Ulusal Ebeler Etik Kodları Projesi" 2011 yılında başlatılmış olup amacı, ulusal profesyonel etik değerlerin belirlenmesi ve ebeler kodlarının oluşturularak çağdaş ebeler uygulamalarına katkı sağlamak olmuştur. Çalışmaya Türk Ebeler Derneği de destek vermiştir. Çalışma sonunda belirlenen ilk beş kod şu şekildedir [12].

1. Çıkar gözetmez ve çıkar ilişkisine girmez.
2. Mahremiyeti korur.
3. Güvenirliliği ve doğruluğu korur, aldatmadan sakınır ve hatalı uygulamaları bildirir.
4. Gebe, fetüs, anne ve yenidoğanı değerli olarak görür.
5. Özensizlik, ihmal ve zararı engeller.

Farklı Ulusların Ebeler Etik Kodları

Dünya üzerinde hemen hemen her ülkenin ulusal ebeler dernekleri bulunmasına karşın, çok az sayıda ülke kendi uluslarına özgü ebeler etik kodlarını oluşturmuştur. Kendi etik kodları bulunmayan, ICM üyesi olan bazı ülkelerin, ICM'in kodlarını kabul ettiği görülmüştür. Özellikle gelişmekte olan ülkeler ile ilgili herhangi bir veri bulunmamıştır [19-22].

Tablo 2'de farklı ulusların ebeler etik kodları ile ülkemizde belirlenen etik kodlar değerlendirilmiştir. Tabloda değerlendirilen ülkelerin seçilme nedeni ebeler uygulamaları bakımından örnek oluşturabilecek düzeyde ebeler uygulamalarının yapıldığı ülkeler almalarıdır. Farklı ulusların etik kodları incelendiğinde kadın ile iş birliği yapma, aydınlatılmış onam alma, mahremiyetin korunması, ihmalleri önleme, kadın ve bebeğini değerli görme, fiziksel ve psikolojik bakımı beraber sağlama, araştırma ve politika geliştirilmesinde yer alma ilkeleri ortak değerler olarak görülmektedir. Bunlar hemen hemen her toplumda kabul görmüş ve ebeler mesleğinin profesyonelliği gereği olan etik kodlardır. Farklı ulusların ebeler etik kodları ve ülkemizdeki etik kodlar karşılaştırıldığında; mahremiyeti koruma, ihmalleri önleme, kadın ve bebeğini değerli görme ortak etik kodlardır. Ülkemizde belirlenen dört ana etik koddan üçü farklı ulusların etik kodları ile ortak olduğunu söylemek mümkündür. Kodlar içerisinde ebe öğrencilerin eğitime katkı sağlama yer alan Yeni Zelanda gibi ebeler mesleğini profesyonel temellere dayandırmış gelişmiş ülkelerin uygulamaları incelendiğinde; bu ülkelerin daha okul

yıllarında değerler ve etik konusunda öğrencilerini eğittiğini, onları profesyonel ebeliğe hazırladığını görmekteyiz. Buradan da anlaşıldığı gibi meslek bilincinin temeli okul yaşamı sırasında atılır ve tüm meslek yaşamı boyunca gelişmeye devam edip, meslek üyesinin mesleki felsefesinin oluşmasını sağlamaktadır.

Ayrıca Danimarka bilgileri güncel tutma etik kodunu yayımlayarak, mezuniyet sonrasında dahi eğitimin gerekliliği konusunda vurgu yapmıştır. Farklı uluslarda bilginin gücüne dayandırılan etik kodların varlığı mesleki örgütlenmeyi artırırken, ülkemiz etik kodları içerisinde yer alan çıkar gözetmeme ilkesi tartışmaya açık bir konudur.

Tablo 2. Farklı ulusların ebelik etik kodlarının karşılaştırılması

Etik Kod	Türkiye	Danimarka	Finlandiya	Yeni Zelanda	Avusturalya
Kadın ile iş birliği		X	X	X	X
Aydınlatılmış onam		X	X	X	X
Mahremiyeti koruma	X	X		X	
Çıkar gözetmeme	X				
İhmalleri önleme	X		X	X	X
Kadın ve bebeğini değerli görme	X		X		X
Fiziksel ve psikolojik bakımı beraber sağlama			X	X	X
Toplum için örnek model olma		X		X	
Bilgilerini güncel tutma		X			
Diğer profesyoneller ile iş birliği yapma		X		X	
Araştırma ve politika geliştirilmesinde yer alma		X	X	X	
Ebe öğrencilerin eğitimine katkı sağlama				X	

* Şenses MO. Ulusal Ebelik Etik Kodları Projesi.

Denmark Midwife Association. Ethical Guidelines For Midwives.

The Federation of Finnish Midwives. Midwifery Professional Mechanism and Working Principles.

New Zealand College of Midwives. Philosophy and Code of Ethics.

Australian College of Midwives. Code of ethics for midwives in Australia.

Sonuç

Sonuç olarak; Ulusların sahip olduğu kültürler arasındaki farklılıklar, ebelik bakımı ile ilgili etik kodlar oluşmasında da etkili bir faktör olarak karşımıza çıkmaktadır. Her ulusun kendine özgü, temelleri sağlam ebelik etik kodlar oluşturması, ebelikte mesleksel

değerlerin ve etik kodların bilinmesine, ebelik bakım ve uygulamalarının daha nitelikli olmasına, ebelik uygulamalarının standart düzeye gelmesine, meslek üyelerine kılavuz oluşturmasına ve profesyonellerin kendi içinde öz denetimlerinin sağlanmasına, ebelik mesleğinin toplum içerisindeki statüsünün yükselmesine katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Bununla birlikte bu değerler, ebelik ile ilgili yasal düzenlemelerin oluşturulmasında da kılavuz olabilir.

2. Kaynaklar

1. World Health Organization, Maternal, newborn, child and adolescent health. <http://www.who.int/en/>, 2015 (erişim tarihi 22.04.2017).
2. International Confederation of Midwives, International Definition of the Midwife. <http://internationalmidwives.org/>, 2017 (erişim tarihi 22.04.2017).
3. Güner S, Yurdakul M, Yetim N, Türkiye'de Ebelik Mesleğinin Sorunlarına Akademik Bakışı Yansıtan Nitel Bir Çalışma, Yükseköğretim ve Bilim Dergisi, 2015, 5(1), 80-7.
4. T.C. Sağlık Bakanlığı, Türkiye'de Sağlık Eğitimi ve Sağlık İnsangücü Durum Raporu-2014. file:///C:/Users/user/Downloads/_Ekutuphane_kitaplar_insa ngucu.pdf, 2014 (erişim tarihi 12.02.2017).
5. Organisation For Economic Co-operation and Development, Health Status. http://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_S TAT#, 2017 (erişim tarihi 04.04.2017).
6. Şencan İ, 2023 Yılı Sağlık İş Gücü Hedefleri ve Sağlık eğitimi. Basım: Ankara, 2014; pp 39-41.
7. Aktan, C.C, Işık, A.K, 21 Yüzyılda Herkes İçin Sağlık: 21 Hedef. <http://www.canaktan.org/ekonomi/saglik-degisim-caginda/pdf-aktan/herkes-icin.pdf>, 2017 (erişim tarihi 22.04.2017).
8. Türk Ebeler Derneği, Dünya'da ve Türkiye'de Ebelik Tarihi. <http://www.turkebelerderneği.com/>, 2017 (erişim tarihi: 22.04.2017).
9. Foster, I.R, Lasser, J, Professional Ethics in Midwifery Practice. Press: United States of America, 2011; p 1-16.
10. Ersoy, N. Ebelikte Meslek Etiğinin, Etik Değerlerinin Önemi ve Gereği, I. Uluslararası & II. Ulusal Ebelik Kongre Kitabı, Safranbolu, Türkiye, 2011.
11. Türk Dil Kurumu, Büyük Türk Sözlüğü. http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_bts&view=bt s, 2017 (erişim tarihi: 14.03.2017).
12. Şenses, M.O. Ulusal Ebelik Etik Kodları Projesi, I. Uluslararası & II. Ulusal Ebelik Kongre Kitabı, Safranbolu, Türkiye, 2011.
13. Yıldırım G, Koçkanat P, Duran O, Ulusal Ebelik Kodları ve Meslek Değerleri, STED, 2014, 23(4), 148-54.
14. Ergin, A.B. Ebelikte Etik Değerler ve Bu Değerlerin Uluslararası Etik Değerlerle İlişkilendirilmesi, I. Uluslararası & II. Ulusal Ebelik Kongre Kitabı, Safranbolu, Türkiye, 2011.
15. International Confederation of Midwives, International confederation of midwives.international code of ethics for midwives. http://internationalmidwives.org/assets/uploads/documents/ CoreDocuments/CD2008_001%20V2014%20ENG%20Inte rnational%20Code%20of%20Ethics%20for%20Midwives.p df, 2014 (erişim tarihi 21.03.2017).
16. Midwives Alliance North America, Standards and qualifications for the art and practice of midwifery. <https://mana.org/pdfs/MANASStandardsQualificationsColor. pdf>, 2005 (erişim tarihi 21.03.2017).
17. American College Of Nurse-Midwives, Code of ethics. <http://www.midwife.org/ACNM/files/ACNMLibraryData/U PLOADFILENAME/000000000048/Code-of-Ethics.pdf>, 2005 (erişim tarihi 21.03.2017).
18. National Association Of Certified Professional Midwives. Nacpm state chapter leadership guidelnes of ethical conduct. <http://nacpm.org/wp->

- content/uploads/2016/06/Chapter-Ethics-Policy_FINAL-050115.pdf, 2016 (erişim tarihi 21.03.2017).
19. Denmark Midwife Association, Ethical guidelines for midwives.
http://www.jordemoderforeningen.dk/fileadmin/Fag___Forskning/Etiske_retningslinjer/Etiske_Retningslinjer_2010.pdf, 2010 (erişim tarihi 21.05.2017).
 20. The Federation of Finnish Midwives, Midwifery professional mechanism and working principles.
<https://www.suomenkatiloliitto.fi/>, 2004 (erişim tarihi 21.05.2017).
 21. New Zealand College of Midwives, Philosophy and code of ethics.
<https://www.midwife.org.nz/quality-practice/philosophy-and-code-of-ethics>, (erişim tarihi 21.05.2017).
 22. Australian College of Midwives. Code of ethics for midwives in Australia,
[file:///C:/Documents%20and%20Settings/user/Belgelerim/Downloads/Nursing-and-Midwifery-Board---Codes-and-Guidelines---Code-of-ethics-for-midwives---August-2008%20\(1\).pdf](file:///C:/Documents%20and%20Settings/user/Belgelerim/Downloads/Nursing-and-Midwifery-Board---Codes-and-Guidelines---Code-of-ethics-for-midwives---August-2008%20(1).pdf), 2008 (erişim tarihi 21.03.2017).

<http://edergi.cbu.edu.tr/ojs/index.php/cbusbed> isimli yazarın CBU-SBED başlıklı eseri bu Creative Commons Alıntı-Gayriticari4.0 Uluslararası Lisansı ile lisanslanmıştır.





DERLEME
REVIEW
CBU-SBED, 2018, 5(4):216-222

Sürdürülebilir Laboratuvar Güvenliği Kültürü

Elif Hatice Gürkan^{1*}

¹ Ondokuz Mayıs Üniversitesi Mühendislik Fakültesi Kimya Mühendisliği Bölümü, Samsun, Türkiye.
email:elif.gurkan@omu.edu.tr

*Sorumlu Yazar / Corresponding Author: Elif Hatice Gürkan

Gönderim Tarihi / Received: 16.03.2018

Kabul Tarihi / Accepted: 22.10.2018

Öz

Ülkemizde laboratuvarlarda çok sayıda çalışan bulunmaktadır. Laboratuvar çevresi, çalışmak için tehlikeli bir yerdir. Laboratuvar çalışanları kimyasal, biyolojik, fiziksel ve radyoaktif tehlikeler dahil çok sayıda potansiyel tehlikelere maruz kalmaktadır. Laboratuvar çalışanları, laboratuvarlarında gelişme alanlarına uygun güvenlik kültürlerini oluşturmaya ve eğitime ihtiyacı duymaktadırlar. Laboratuvar güvenliğinin sağlanması tecrübeli çalışan olmadan çok zordur. Bu çalışma, ilgili sağlık, güvenlik ve çevre düzenlemelerini takip ederek laboratuvarları çalışmak için güvenli, sağlıklı yerler olarak korumakla öncelikli sorumluluğu olan laboratuvar çalışanları için hazırlanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Laboratuvar Güvenliği, Tehlikeli Kimyasal, Kimyasalların Yönetimi, Sürdürülebilirlik.

Abstract

Many workers are employed in laboratories in Turkey. The laboratory environment can be a hazardous place to work. Laboratory workers are exposed to numerous potential hazards including chemical, biological, physical and radioactive hazards. Laboratory workers need to be educated to take safety seriously, acknowledge areas of improvement in their laboratories, and begin creating a safety culture of their own. It is difficult for them to know the requirements of laboratory safety without having the necessary experience. This document is intended for laboratory workers who have the primary responsibility for maintaining laboratories as safe, healthy places to work and for ensuring that applicable health, safety and environmental regulations are followed.

Keywords: Laboratory Safety, Dangerous Chemical, Chemical Management, Sustainable.

1. Giriş

Güvenlik kültürü, 1986 yılında Çernobil nükleer santralinde yaşanan felaket sonrasında OECD üyesinden oluşan OECD Nükleer Enerji Ajansı (NEA)'nın yayınladığı raporda ilk kez karşımıza çıkmıştır [1]. Daha sonraki yıllarda bu konuda çalışmalar ivme kazanarak devam etmiştir. Yapılan çalışmalar sonucunda, güvenli bir çalışma ortamının oluşturulup meslek hastalıklarının tümü ve iş kazalarının %98 nin önlenmesinde, güvenlik kültürünün öneminin altı çizilmiştir [2].

Güvenlik kültürü, yöneticilerin, çalışanların ve müşterilerin sağlık ve güvenlik çalışmalarının yeterliliğine ve uygulanabilirliğine inançlarının, duyu, düşünce ve davranış biçimlerinin bileşkesidir [3]. Güvenliği sağlamanın üç ana uygulaması vardır;

- 1.Güvenlik ve sağlık için tehdit oluşturan unsurların zamanında tespit edilmesi,
- 2.Güvenlik ve sağlık için tehdit oluşturan unsurların yok edilmesi,
- 3.Güvenlik ve sağlık risklerinin en aza indirilmesi..

2. Laboratuvar Güvenliği

Bilimsel veya teknolojik araştırma, deney ve ölçümlerin gerçekleştirildiği güvenli bir laboratuvar, en kısa

zamanda ve en az hata ile analiz yapmayı gerektirmektedir. Bu ancak laboratuvarında bulunan/çalışan kişinin ve cihazların güvenli olması ve korunması, uygulama yöntemlerinin bilinirliği ve risk unsurlarının en aza indirilmesiyle sağlanabilir [4].

Laboratuvar güvenliği; laboratuvarında bulunan/çalışanları ve ekipmanları, çalışma ortamı ve çevreyi tehlikelerden korumak için çalışma öncesinde, çalışmayı yürütürken ve çalışma sonrasında kuralların belirlenmesi ve uygulanmasını sağlamaktır. Laboratuvar güvenliği ile oluşabilecek tehlikelere karşı önlemler alınarak, uygulanmasına yönelik sürdürülebilir çözümler gerçekleştirilir [4-5].

Laboratuvarlarda bulunan malzeme ve ekipmanlar, biyolojik, kimyasal ve fiziksel tehlikelerin varlığı, teknik hatalar ve insan hataları ile birleştiğinde laboratuvar kazaları meydana gelmektedir. Laboratuvar kazalarının %15'inin teknik, %85'inin insan hatalarından meydana geldiği istatistiksel olarak saptanmıştır. İnsan kaynaklı hatalar, iş disiplini ve güvenlik kurallarını ihlal etmek, eğitim eksikliği, tehlikelerin belirlenmesi ve değerlendirmesindeki

eksiklikler ve uygun kişisel koruyucu donanım kullanılmamasından kaynaklanmaktadır [6].

2.1. Laboratuvar Güvenliğini Bozan Etkenler

Laboratuvarlarda güvenliğini bozan etkenler; fiziksel etkenler, kimyasal etkenler ve biyolojik etkenler olarak gruplandırılır.

Laboratuvar çalışanlarının yaralanmalarında gürültü, aydınlatma, termal konfor, iyonlaştırıcı ışınlar, iyonlaştırıcı olmayan ışınlar, titreşim ve ergonomi gibi fiziksel etkenler önemli bir yer almaktadır. Laboratuvar zemininin durumu, çalışma tezgahının yüksekliği ve oturma pozisyonu çalışanın sağlığı açısından önem arz etmektedir. Laboratuvar tasarımında ergonomi ön planda tutularak, yükseklik ayarlı koltuk ve tezgahlar kullanılmalıdır. Gerekli durumlarda uygun kişisel koruyucu donanım kullanılmalıdır (örneğin, eldiven, gözlük, önlük). Çalışma esnasında, baş ile omurga aynı hizada tutulmalı ve sık sık pozisyon değiştirilmelidir. Belirli aralıklarla molalar vererek dinlenme sağlanmalıdır.

Gürültü, maruz kalma süresi ve gürültünün şiddetine göre insanları fizyolojik, psikolojik ve sosyal yönden etkilemektedir. Fizyolojik etkiler insanlarda; sinir, stres ve gerginlik gibi etkiler gösterirken kaygı, depresyon, aktiflik / pasiflik / saldırganlık, korku / tedirginlik / yorgunluk, baş dönmesi ve zihinsel fonksiyonlarda bozulma gibi psikolojik etkiler gösterir. Bunların yanı sıra; motivasyonda azalma, iletişim bozuklukları, verimlilikte azalma ve uykusuzluk gibi sosyal etkileri de bulunmaktadır.

28 Temmuz 2013 tarih ve 28721 sayılı ResmGazeteyayınlanan Çalışanların Gürültü İle İlgili Risklerden Korunmalarına Dair Yönetmelikte “En düşük maruziyet eylem değerleri: (LEX, 8saat) = 80 dB(A), En yüksek maruziyet eylem değerleri: (LEX, 8saat) = 85 dB(A), Maruziyet sınır değerleri: (LEX, 8saat) = 87 dB(A)” olarak verilmiştir [7]. Laboratuvarlarda gürültü seviyesi ölçümleri yapılmalı, maruz kalınan gürültü seviyesi belirlenmeli ve gerekli durumlarda; mühendislik önlemleri ile gürültü kaynağında yok edilmeli veya en aza indirilmelidir. Gürültü seviyesi 80 dB’de ise çalışanlara kişisel koruyucu kulak tıkacı verilmeli ve bilgilendirme yapılmalıdır. Seviye 85 dB’de ise; bu koruyucu kulaklığın mutlaka kullanılması gerekmektedir.

Radyasyon, radyoaktif (ışın saçarak parçalanmış) maddelerin alfa, beta, gama ışınları yayması veya elektromanyetik ışın oluşturmalarıdır. İyonlaştırıcı radyasyon ve iyonlaştırıcı olmayan radyasyon olarak ayrılır.

İyonlaştırıcı radyasyon; parçacık (alfa ve beta radyasyon) veya elektromanyetik dalgalar (X ve γ ışınları) gibi çarptığı maddede iyonları ayırıştırarak radyasyon türüdür. Mor ötesi (ultraviyole) ışınlar, kızılötesi (infrared) ışınlar ile mikro dalgalar ve radyo frekansı (RF) ışınlar iyonlaştırıcı olmayan radyasyon

olarak sınıflandırılır. Bu ışınlar, iyonlaştırıcı ışınlar ile aynı özelliklere sahip fakat taneciklerinin enerjisi daha düşük olduğu için vücuda olan etkileri farklı göstermektedir.

İyonlaştırıcı radyasyon, hücrenin yönetici molekülü olan DNA’yı parçalayabilecek kadar enerji taşımaktadır. DNA’nın parçalanması sonucunda hücreler ölmekte ve doku zarar görmektedir. DNA’da en küçük deformasyon, kansere yol açan kalıcı değişikliklere sebep olmaktadır. Akut ışın sendromu, deri ve mukozalar, gözlerde katarakt, göğüs ve akciğer kanseri, lösemi gibi ciddi hastalıklara neden olmaktadır.

İyonlaştırıcı olmayan radyasyon, çevredeki malzemelerden, beyaz ve parlak yüzeylerden yansır, korumasız olarak çalışanlarda deride güneş yanığına benzer yanıklar, ciltte kahverengi ve kırmızı renkte lekeler, göz-kornea yanmasına sebep olur.

Radyasyonun zararlı etkilerinden korunmak için radyasyon kaynağına olan mesafe, zırlama ve maruziyet süresi göz önünde tutulmalıdır. Radyasyon kaynağından uzaklaştıkça radyasyonun şiddeti mesafe ile ters orantılı olarak azaldığı için radyasyon kaynağından mümkün oldukça uzak mesafede çalışmak gerekir. Radyasyon kaynağının şiddetini azaltmak için radyasyon ışımasının türüne göre kağıt, tahta, beton, kuşun zırlama yapılmalıdır. Radyasyona maruz kalma süresi alınan radyasyon miktarı ile orantılıdır. Radyasyonla çalışmalar, bir plan çerçevesinde yürütülmelidir.

Laboratuvar ortamında, tehlikeli ve zararlı düzeyde buhar, toz, gaz veya duman bulunabilir. Temiz hava, çalışanların sağlığı, performansı ve motivasyonu için önem arz eder. Ortam havasının kirlenme düzeyine göre; değişim hızı belirlenmeli ve yenileme hızı 1 saatte tüm ortam havasını değiştirecek biçimde hesaplanarak doğal, genel ve lokal şekilde havalandırma yapılmalıdır. İnsan vücudunun sağlıklı bir yaşam sürmesi için, gerekli temel koşul, vücut ısısının normal düzeyde tutulmasıdır. Çalışma ortamındaki yüksek sıcaklık, vücut ısısının yükselmesine, terleme, kalp çarpıntısı, yorgunluk hissine neden olurken düşük sıcaklık, algılama ve tepki süresini kısaltır el becerisi azalır.

Laboratuvar ortamında sağlanan uygun aydınlatma koşulları, güvenli, verimli ve etkin bir çalışma alanı sağlanmasında önemli rol oynar. Doğru aydınlatma düzeyi, göz sağlığının korunmasını, görme yetisinin, iş veriminin ve iş konforunun artmasını, iş kazalarının azalmasını sağlamaktadır. Laboratuvarlarda aydınlık düzeyi; renk ve göz kamaşması, kontrastlık, yetersiz aydınlatma ve göz uyumu dikkate alınarak TS EN 12464-1 standardına göre değerlendirilmelidir [8-10]

İşyeri Bina ve Eklentilerinde Alınacak Sağlık ve Güvenlik Önlemlerine İlişkin Yönetmeliğine göre doğal aydınlatmaya öncelik verilmesi gerekmektedir. Doğal aydınlatma ile yeterli düzeyde aydınlık seviyesi sağlanamaması durumunda yapay aydınlatma ile

desteklenmelidir. Ayrıca, yapılan işin niteliğine göre lokal aydınlatma ile ilave aydınlatma yapılabilir. Aydınlatma tasarımında ve özelliklerinin belirlenmesinde, iş sağlığı ve güvenliği yönünden etkileri göz önüne alınarak risk düzeyi düşük önlemler alınmalıdır.

Biyolojik tehlikeler, enfeksiyona, alerjiye veya zehirlenmeye yol açan mikroorganizmalar, insan parazitleri ve kontamine malzemelerdir. Laboratuvar kaynaklı biyolojik tehlikeler, aerosolize olarak solunum yoluyla, sıçrayarak mukozalar yoluyla, deri ve sindirim yoluyla bulaşabilir. Laboratuvarlarda biyolojik tehlikelere maruz kalma riski söz konusu olduğunda, çalışılan mikroorganizmanın türü, düzeyi ve süresi göz önüne alınarak risk değerlendirilmesi yapılmalıdır. Risk değerlendirmesi düzenli aralıklarla ve maruziyet koşullarının değişmesi durumunda yenilenir. Bu tehlikelerden korunmak için laboratuvar sorumlularının/çalışanlarının biyolojik risk faktörlerini tanıması, koruyucu önlem ve ekipmanlar konusunda eğitim alması ve gerekli aşılı olması gerekmektedir [11].

Kimyasal tehlikelerin yönetimi, kimyasalın alımından oluşan atıkların giderim sürecine kadar kritik önem taşımaktadır. Kimyasalların sınıflandırılması, etiketlenmesi, elleçlenmesi, taşınması, depolanması, ambalajlanması ve oluşan kimyasal atıkların bertaraf edilmesi kimyasal tehlikelerin yönetim aşamalarını oluşturur. Yaşanan laboratuvar kazalarını önlemek için güvenlik kültürünün oluşturulması, uygulanmasında destekleyici davranılması ve yaygınlaştırılması gerekmektedir [11-13].

2.2. Kimyasal Güvenlik

Kimyasallar, maddenin türü, zarar verme kabiliyeti (parlama, patlama, reaktiflik ve toksisite) ve kullanım koşullarına göre tehlike oluşturur. Laboratuvarda bulunan/çalışan kişilerde, yaş, cinsiyet ve sağlık durumlarına göre temas bölgelerinde (göz, deri, solunum vb) lokal etkiler, temas bölgesinden absorplanarak sistemik etkiler görülebilir. Ayrıca, kimyasalların türü, miktarı ve temas süresine göre akut veya kronik etkileri de görülebilir [14-15].

Laboratuvar ortamında kimyasal güvenlik kültürü oluşturmak ve sürdürülebilirliğini sağlamak için; kimyasalların izin verilen maruziyet limitlerinin (Permissible Exposure Limit-PEL) altında tutulması, potansiyel tehlikelerin önceden belirlenmesi, laboratuvar güvenliği yönetimi ekibi oluşturulması, çalışanların eğitilmesi ve bilgilendirilmesi, tüm kimyasal malzemelerin etiketlenmesi gereklidir. Tehlike işaretlerine ilaveten kimyasalların taşıdığı riskler ve bu risklere karşı alınacak tedbirler hakkında bilgi vermelidir. Aynı zamanda kullanılan tüm kimyasal malzemelerin Güvenlik Bilgi Formlarının (MSDS) malzemenin yanında asılı tutulması gerekmektedir.

Kimyasallar vücuda, solunum, absorpsiyon (deri veya gözler den) ve sindirim (yiyerek, içerek) olmak üzere üç şekilde vücuda girerler.

Kimyasallar, yangın, patlama, parlama veya zehirli sıvıların, buharların ve gazların ortama yayılması gibi sağlık ve güvenlik riskleri taşırlar.

Kimyasalların zehirli etkisi, kendisinin veya metabolitinin (dönüşüme uğramış şeklinin) “toksisitesi” etki yerine (hedef organa) ulaşması ve belirli süre burada bulunmasına bağlıdır. Kimyasalın toksisitesi yani toksik etkisi; miktarına, süresine, absorpsiyonuna, dağılımına, biyotransformasyonuna ve atılım hızına bağlıdır. Merkezi sinir sistemi, kan dolaşım sistemi, böbrek, karaciğer, akciğer, kemik iliği, kas ve deri vücutta toksik etkinin görüldüğü hedef organlardır.

2.2.1. Kimyasal Maddelerin Sınıflandırılması

Kimyasal maddeler, sağlığa, güvenliğe, çevreye akut veya kronik zarar verme potansiyeli taşıyan maddeler olarak tanımlanabilir.

Tablo 1. Kimyasal maddelerin sınıflandırılması [16].

Fiziksel zararlar	Sağlığa yönelik zararlar	Çevreye yönelik zararlar
<ul style="list-style-type: none">• Patlayıcı• Oksitleyici• Alevlenir• Pirofilik sıvı ve katılar• Kendiliğinde tepkimeye giren madde veya karışım• Suyla temas halinde alevlenir gaz çıkaran madde veya karışım• Metaller için aşındırıcı madde veya karışım	<ul style="list-style-type: none">• Toksik• Aşındırıcı• Tahriş edici• Duyarlılık yaratan veya alerjik tepkileri provoke eden• Kanserojenite• Mutajenite• Üreme için toksik• Teratojen	<ul style="list-style-type: none">• Canlı organizmalar için zehirli ve zararlı olan• Çevrede yok olmayıp kimyasal artıklar olarak kalıcı olan• Biyolojik anlarda birikim yaratan,• Özellikleri nedeniyle sağlığa ve canlı organizmalara zarar veren tüm kimyasallar

2.2.2. Kimyasal Maddelerin Temini ve Kullanımı

Zararlı Maddeler ve Karışımlara İlişkin Yönetmelikte Güvenlik Bilgi Formu; insan sağlığı ve çevrenin, zararlı maddelerin ve karışımların negatif etkilerinden korunmak için, zararlı maddelerin ve karışımların özelliklerini ve buldukları ortamdaki zararlı etkilerine karşı alınacak güvenlik önlemlerini içeren belge olarak tanımlanmaktadır.

Güvenlik bilgi formunda; maddenin/karışımın ve şirketin/dağıtıcının kimliği, zararlılık tanımlanması, bileşimi/içindekiler hakkında bilgi, ilk yardım önlemleri, yangınla mücadele önlemleri, kaza sonucu

yayılmaya karşı önlemler, elleçleme ve depolama, maruz kalma kontrolleri/kişisel korunma, fiziksel ve kimyasal özellikler, kararlılık ve tepkime, toksikolojik ve ekolojik bilgiler, bertaraf etme, taşıma ve mevzuat gibi detaylı bilgiler yer almaktadır

- Laboratuvarında bulunan kimyasal maddelerin Güvenlik Bilgi Formunun (GBF) olup olmadığı, kontrol edilmelidir.
- GBF'si bulunmayan kimyasallar, satın alınmamalıdır.
- GBF'ler matbu olarak dosyalanmış ya da laboratuvarında görünür yerde, herkesin erişimine açık şekilde bulundurulmalıdır.
- Temin edilen kimyasalın GBF'lerinde verilen tehlike sınıfları, tehlike sembolleri ve tehlikelere karşı alınacak önlemleri incelenerek ona uygun şekilde depolanması ve kullanılması gerekmektedir.
- Kimyasal maddeler, kurallara uygun bir şekilde kullanılmalı, depolanmalı ve bertaraf edilmelidir.

2.2.3. Kimyasal Maddelerin Etiketlenmesi

Kimyasalların uygun şartlarda kullanılması ve depolanması için etiketleme çok önemlidir. Laboratuvarında çalışanlar için potansiyel tehlike yaratan kimyasallar, etiketlenmiş kaplarda, şişelerde veya kutularda saklanmalıdır. Etiketleme işlemleri, standartlara uygun şekilde yapılmalıdır. Ortamda etiketlenmemiş bir kimyasal madde bulundurulmamalıdır. Yırtılmış, yıpranmış veya okunması güç olan bir kimyasal madde kabı yeniden etiketlenmelidir. Global Uyum Sisteminin (GHS) 2009 yılında yürürlüğe girmesi ile kimyasal maddelerin standartlaştırılması sağlanmış ve CLP Maddelerin ve Karışımların Sınıflandırılması, Etiketlenmesi ve Ambalajlanması Tüzüğü (Classification, Labelling And Packaging Of Substance And Mixture) yayınlanmıştır.

AB ülkelerinde 2010 yılı itibarıyla tüm kimyasal maddelerin sınıflandırılması ve etiketlenmesi CLP Maddelerin ve Karışımların Sınıflandırılması, Etiketlenmesi ve Ambalajlanması Tüzüğüne uygun hale getirilmiştir. Türkiye'de 11/12/2013 tarihinde 28848 sayılı Resmi Gazete'de AB'nin CLP Tüzüğü'nü uyumlaştıran 'Maddelerin ve Karışımların Sınıflandırılması, Etiketlenmesi Ve Ambalajlanması Hakkında Yönetmelik' (SEA) yayımlanmıştır.

SEA Yönetmeliği kapsamındaki maddelerin; 01.06.2015 tarihi itibarıyla, karışımların 01.06.2016 tarihi itibarıyla yeni yönetmeliğe uygun sınıflandırılma, etiketlenme ve ambalajlanma yükümlülüğü başlamıştır. Ancak 01 Haziran 2016 tarihinden önce piyasaya arz edilen karışımların, 01 Haziran 2018 tarihine kadar bu Yönetmelik hükümlerine göre yeniden etiketlenmesi ve ambalajlanması gerekmemektedir. Bu tarih sonrası eski etiket taşıyan karışımların satılması yasaktır. Yönetmeliğe göre

- Tedarikçinin adı, adresi ve telefon numarası

- Ambalaj üzerindeki miktar başka bir yerde belirtilmediği sürece, halka sunulan ambalaj içindeki madde veya karışımın nominal miktarı
- Maddenin veya karışımın kimliği
- Uygun zararlılık işaretleri
- Uygun uyarı kelimeleri
- Uygun önlem ifadeleri kullanılmalıdır [17-18].

2.2.4. Kimyasal Maddelerin Depolanması

Kimyasal maddeler depolanırken, kimyasalların bütün özellikleri göz önünde tutulmalıdır. Kimyasal maddelerin satın alma kayıtları ve depolama kayıtları göz önünde bulundurularak, adı, formülü, markası, miktarı, tehlike sınıfı ve tarih, gibi bilgilerin yer aldığı envanter hazırlanır. Envanter listesindeki kimyasallar doğru bir şekilde etiketlenmelidir.

Kimyasallar, tehlike sınıflarına ve geçimlilik özellikleri göz önüne alınarak depolanmalı ve taşınmalıdır. Bu özellikler göz ardı edildiğinde çalışanlar yangın, parlama, patlama gibi tehlikelerle birlikte toksik etkilere de maruz kalabilirler.

Kimyasalların depolanmasında;

- Kimyasalların tehlike sınıfı
- Diğer kimyasal maddelerle olan etkileşimleri (kimyasal geçimlilik)
- Fiziksel özellikleri
 - Parlama noktası
 - Tutuşma derecesi
- Saklama koşulları
 - Havalandırma
- Miktar
- Ambalaj (plastik, metal, cam) göre sınıflandırıldıktan sonra dizilmelidir [19-20].

Uyumlu ve uyumsuz kimyasal maddeler; tehlike sınıfı değerlendirilerek tespit edilmelidir. Tablo 2'deki kimyasal depolama matrisinde verilen kimyasalların etkileşimleri göz önüne alınarak depolama yapılır.

A- Aynı sınıfta yer alan tehlikeli maddeler, uyumlu kimyasallar.

B- Malzeme güvenlik bilgi forumunda belirtilmiş olan istisnalar dışında genellikle tepkimeye girmeyen maddelerdir. Maddelerin uyumu değerlendirilirken riskler göz önünde bulundurulmalıdır.

C- Bu sınıftaki maddelerin tepkimeye girmeyecekleri düşünülür ancak tehlikelileri göz önünde bulundurulmalıdır. Bir yangın durumunda toksik gazların salınımı riski artmaktadır.

D- Bu sınıftaki tehlikeli maddelerin reaksiyona girme ihtimali yüksektir. Reaksiyona girmeleri durumunda yangın, patlama, toksik veya aşındırıcı gazların salınımı söz konusudur. Bu sınıftaki maddelerin yan yana veya yakın depolanabilmesine, bütün risk faktörleri kontrol edilebildiği durumlarda izin verilebilir.

E- Alevlenir ve toksik olmayan gazların, oksitleyici özelliği varsa D geçerlidir, diğer durumda B geçerlidir.

F- Toksik maddeler, yanma tehlikesi de taşıyan maddelerse D geçerlidir, diğer durumda B geçerlidir.

G- Konsantre güçlü alkali ve diğeri güçlü asitin depolanırken D, diğeri durumda A geçerlidir [20,21].

Tablo 2. Kimyasal madde depolama matrisi (Dangerous and "safe" combinations)

	Alevlenir Gazlar	Alevlenir ve Toksik Olmayan Gazlar	Toksik Gazlar	Alevlenir Sıvılar	Alevlenir Katılar	Kendiliğinden yanabilen	Su ile temas ettiğinde tehlike oluşturan	Oksitleyici	Organik Peroksit	Toksik	Aşındırıcı
Alevlenir Gazlar	A	E	C	B	B	D	B	D	D	C	B
Alevlenir gazlar ve Toksik Olmayan Gazlar	E	A	B	E	E	E	E	B	E	B	B
Toksik Gazlar	C	B	A	C	C	C	C	C	C	B	B
Alevlenir Sıvılar	B	E	C	A	B	D	B	D	D	C	B
Alevlenir Katılar	B	E	C	B	A	D	B	D	D	C	B
Kendiliğinden yanabilen	D	E	C	D	D	A	B	D	D	C	B
Su ile temas ettiğinde tehlike oluşturan	B	E	C	B	B	B	A	D	D	C	D
Oksitleyici	D	B	C	D	D	D	D	A	D	F	D
Organik Peroksit	D	E	C	D	D	D	D	D	A	F	D
Toksik	C	B	B	C	C	C	C	F	F	A	B
Aşındırıcı	B	B	B	B	B	B	D	D	D	B	C

Tehlikeli kimyasalların depolanmasında, öncelikle kimyasal maddelerin güvenlik bilgi formlarından yararlanılarak tehlike sınıfı belirlenmelidir. Tehlike sınıfı belirlenen kimyasallar, depolama matrisine göre güvenli bir şekilde depolanmalıdır [20-22].

Kimyasalların depolama alanlarında raflar duvara sabitli, boyu maksimum 2 m ve yükseltgen maddeler dışındaki kimyasalların depolandığı raflar tahta olmalıdır. Herhangi bir sarsıntı sırasında kimyasalların düşmemesi için rafların önüne bariyer koyulmalıdır. Parlayıcı ve yanıcı kimyasallar gibi depolanması esnasında özel bir koşullar gerektiren kimyasallar, ayrı kabinlerde bulundurulmalıdır. Depolarda, yangın ve güvenlik uyarı sistemlerinden en az biri bulundurulmalıdır.

2.2.5. Depolanmaları Özel Koşullar Gerektiren Kimyasallar

Alevlenebilir uçucu sıvılar: Yangına karşı korumalı ve elektriksel özelliklere uygun olarak havalandırılan dolaplarda veya ayrı odalarda depolanmalıdır.

Oksitleyici katı ve sıvılar: Diğer kimyasallardan ayrı bir yerde depolanmalıdır.

Soğutma gerektiren kimyasallar: +4°C'de depolanmalıdır.

Oksitleyici ve mineral asitler: pH'ı 2 civarında olan organik asitler (perklorik asit hariç), cam veya porselenden yapılmış ikinci bir kaptan depolanmalıdır.

Kanserojen maddeler, zehirler/toksik sıvı ve katı kimyasallar: Kilitli dolaplarda depolanmalıdır.

Sıvı asitler: Özel bir dolapta depolanması tercih edilir.

Alevlenebilir ve su-hava ile reaksiyona giren katılar (kükürt, fosfor, fosfor penta oksit ve bazı metal tozları): Mineral yağ veya ikinci bir ambalaj içinde paketlenmelidir.

Flor: Diğer kimyasallardan ayrı bir yerde depolanmalıdır [23-24].

2.2.6. Kimyasalların Taşınması

Kimyasallar, kimyasalı kullanan ve bu konuda eğitim almış kişiler tarafından taşınır, eğitim almamış kişilere taşıtılmaz.

Organik, inorganik, oksitleyici, indirgeyici, asit, baz ve parlayıcıların her biri ayrı taşınmalıdır.

2.3. Kimyasal Etkenleri Kontrol Yöntemleri

Kimyasalların sağlığa zararlarını etkileyen etkenler, fiziksel ve kimyasal özellikleri, maruz kalma şekli ve süresi ve maruz kalan kişinin fizyolojik özellikleridir.

Kimyasal etkenlerden çalışanları korumak veya zararı en alt düzeye indirmek için; önce etkenin kaynağında, sonra ortamda önlemler alınmalı ve en son çare olarak da kişisel koruyucu donanım kullanımı yapılmalıdır [25]. **Hiyerarşik risk kontrol önlemleri;** Koruyucu Önlemler Piramidinde (Şekil 1) verilmiştir.



Şekil 1. Koruyucu Önlemler Piramidi [26].

2.3.1. Mühendislik (teknik) kontroller

- Laboratuvarın kuruluşu sırasında kimyasal etkenler göz önünde bulundurulmuş olarak projelendirme
- İşlemin değiştirilmesi ile toz veya dumanın tehlikeli etkisi azaltılabilir. Örneğin, yağlı bir kabı elle yıkama yerine havalandırma kontrollerinin yapıldığı buharla temizleme işlemi uygulanması.
- Diğer yöntemlerin yetersiz kaldığı ve uygulamadığı durumlarda ve çalışan sayısının az olduğu işlerde, izolasyon yöntemi uygundur.
- Çalışma ortamında oluşan tozun havada kalması ve yayılması, nemli ıslak çalışma ile giderilebilir.

Kurşun ve bileşikleri ile çalışılan ortamlarda tezgah ve döşemelerin ıslatılması bu tür kontrol önlemlerine örnek olarak verilebilir.

- Hava kirleticileri giderebilmek için havalandırma çok önemlidir. Çalışma ortamında, genel ve yerel havalandırma yapılmalıdır. Genel havalandırmada taze /temiz hava, ortamda tehlike düzeyindeki hava kirleticilerin konsantrasyonlarını aza indirerek kirli havayı uzaklaştırır. Yerel havalandırmada kirleticiler, çalışma ortam havasına dağılmadan kaynağında tutulur ve kontrol altına alınır.

2.3.2. Yönetmelik kontroller

Tehlikeli kimyasal etken(ler)in bulunduğu ortamlarda çalışan kişilerin çalışma sürelerinin azaltılması ve / veya diğer çalışma kuralları uygulanarak işçilerin maruziyetinin kontrol edilmesi

Kişiyeye yönelik korunma uygulamaları:

- İşe uygun personel seçimi, eğitim ve denetim,
- İşe giriş sağlık muayenesi,
- Periyodik sağlık muayeneleri,
- Ek ve tamamlayıcı sağlık muayeneleri,
- Rehabilitasyon çalışmaları,
- Kişisel koruyucu donanımların kullanımı kişiyeye yönelik korunma uygulamalarıdır.

2.3.3. Kişisel koruyucu donanımlar

Mühendislik kontrollerinin maruziyet sınırını kabul edilebilir düzeye düşürmekte yeterli olmadığı durumlarda en son çare olarak kişisel koruyucu donanımların kullanılması yoluna gidilir.

Kişisel koruyucu donanımların tehlikeleri azaltmadığı veya ortadan kaldırmadığı daima göz önünde bulundurulmalıdır. Ayrıca kişisel koruyucu kullanacak çalışanlar, uygun bir şekilde eğitilip bilgilendirilmediğinde bu donanımlar etkisiz olabilir.

Kişisel koruyucu donanımlar;

1. Solunum sisteminin korunması

2. Vücutun korunması

- Baş koruyucuları
- Kulak koruyucuları
- Göz ve yüz koruyucuları
- El ve kol koruyucuları
- Gövde ve karın koruyucuları
- Ayak ve bacak koruyucuları
- Cilt koruyucuları olarak gruplandırılır [27].

2.4. Acil Eylem Planı

Laboratuvar içerisinde ve çevresinde meydana gelebilecek;

- tehlikeli maddenin dökülmesi, yaralanma ve hayati tehlike
- elektrik veya gaz kaçağı
- elektrik çarpması
- yangın
- deprem karşısında neler yapılması gerektiği konusunda acil eylem planları yapılmalıdır.
- Planlarda, yaşanabilecek bir acil durumda neler yapılması gerektiği açıkça ifade edilmelidir.

- İlgili ekipnin, koruma, kurtarma ve tahliye ekiplerinden oluşan yangın ekibinin kimlerden oluştuğu ve iletişim bilgilerine de yer verilmelidir.
- Acil eylem planları çalışma ortamında herkesin görebileceği bir yere asılmalıdır [28].

2.5. Atık Yönetimi

Laboratuvar çalışmalarında tehlikeli çözeltiler, tek kullanımlık laboratuvar kapları, son kullanma tarihi geçmiş kimyasallar, bozulmuş kimyasallar gibi atıklar açığa çıkmaktadır. Atıklar, kurallara uygun ve güvenli bir şekilde bertaraf edilmelidir. Kimyasal atıklar uygun koşullarda bertaraf edilmedikleri veya depolanıp atılmadıklarında insan sağlığına ve çevreye zararlı etkileri olmaktadır. Bu nedenle laboratuvar atık yönetimi uygulanmalı ve aşağıdaki adımlar takip edilmelidir.

- Atıklar ve tehlikeler tanımlanmalı
- Bir plan çerçevesinde toplanmalı ve depolanmalı ve toplayan kuruluşlar ile iletişime geçilmeli
- Atık miktarı ve tehlikeli etkisi en aza indirilmeli
- Doğru bertaraf yöntemlerini belirlemek ve uygulamak

Atıklar evsel atık, biyolojik/kimyasal atık, tehlikeli atık, cam, plastik, metal olmak üzere sınıflandırılmalıdır. Mikrobiyolojik atıklar, otoklavda düzenli olarak sterilize edilmeli ve kutularda depolanmalıdır. Delici ve kesici atıklar, özel kutularda uzaklaştırılmalıdır. Çatlak ve kırık cam malzemeler kullanılmamalıdır.

Atık toplama kapları, atıkların türüne ve fazına göre seçilmeli ve kapakları kapalı olarak saklanmalıdır. Yanıcı sıvı atıklar, plastik veya metal şişelerde saklanmamalıdır. Tehlikeli atıklar için, geçirimsiz cam şişeler tercih edilebilir. Halojenler için, paslanma ve sızıntı etkisi yaratabilecek galvanizli çelikler kullanılmamalıdır [29].

Organik çözücüler için dayanıklı kaplar kullanılmalı ve geri kazanımı sağlanmalıdır.

Atıklar, kendisiyle reaksiyona girmeyecek etiketlenmiş uygun kaplarda depolanmalıdır. Atıklar, laboratuvar içinde belirlenmiş bir yerde, kimyasal depolama matrisi göz önünde bulundurularak depolanmalıdır. Geçici depolama yapılan tehlikeli kimyasal "Tehlikeli Atıkların Kontrolü Yönetmeliği" ne göre bertaraf edilmelidir.

3. Sonuç

Küreselleşme sürecinde laboratuvar kazalarının önlenmesi ve azaltılması, bugüne kadar birçok disiplin tarafından incelenen bir konudur. Bir laboratuvardaki insan kaynağı, laboratuvar performansı üzerinde tartışılmayacak bir etkiye sahiptir. Bu insan kaynağının daha güvenli çalışma koşullarında ve sürekli olarak daha güvenli biçimde çalışmaları için motivasyonlarını sağlayacak etkin bir araç da etkin güvenlik kültürü oluşturmaktır.

Güvenlik kültürünü, laboratuvarlara bir değer olarak kazandırmak, hem yönetimin ve hem de çalışanların

inancına dayanmaktadır. Tüm laboratuvarlarda yönetim, güvenlik kültürünün bir parçası olarak görülmeli ve bağlılık göstermelidir.

Laboratuvar güvenliği konusunda yönetim üzerine düşen görevleri yerine getirmede ne kadar istekli ve gayretli olsa da bu çabalar çalışanlar tarafından benimsenmez ve desteklenmezse istenen sonuçlara ulaşılamaz. Bu nedenle çalışanlar da kurallara uymalı, makine ve ekipman hakkında yeterli bilgiye sahip olmalı, yapılan eğitim çalışmalarının önce kendi yararına olduğunu düşünerek eğitim çalışmalarından olabildiğince yararlanmaya çalışmalıdırlar. Kısa süreli bilinçli davranmalıdır.

Ülke düzeyinde ve laboratuvarlar düzeyinde etkin bir güvenlik kültürü oluşturulması için çalışmalar yapılmalıdır. Gelişen teknoloji ile sürdürülebilir güvenlik kültürünün yaygınlaştırılması, kazaların ve hastalıkların azaltılabilmesi, verimlilik, karlılık ve rekabetin artması yönünde önemli bir rol oynayacaktır.

4. Kaynaklar

1. Cox S, Flin R. Safety culture: Philosopher's Stone or man of straw?. *Work and Stress*. 2001; 12 (3): 189–201.
2. Özkan T, Lajunen T. Güvenlik kültürü ve iklimi. *Pivotka*. 2003; 2(10): 3-4.
3. HSE .<http://www.hse.gov.uk/research/rrpdf/rr367.pdf> .1993.
4. Gibson JH, Schröder I, Wayne NL. A research university's rapid response to a fatal chemistry accident: safety changes and outcomes. *J Chem Health Saf*. 2014;21:18–26.
5. OSHA, Laboratory safety: Chemical hygiene plan (chp) fact sheet, 2011.
6. Langerman N, Chemical safety – chemical security. *Journal of Chemical Health and Safety*. 2016; 23(1):47–48.
7. 28 Temmuz 2013 tarih ve 28721 sayılı Resmi Gazete
8. ACS, American chemical society. Laboratory waste management: a guide book, (2nd ed.) ACS Task Force on Laboratory and Chemical Waste Management, Washington, DC, 2012.
9. TS EN 12464-1 Işık ve Aydınlatma - Çalışma Yerlerinin Aydınlatılması Standardı
10. Hill RH. The emergence of laboratory safety. *J Chem Health Saf*. 2007;14(3):14–19.
11. EHSC, Environment, health and safety committee note on: the safe disposal of waste from chemical laboratories, Royal Chemical Society, London, UK., 2012.
12. Mbongwe B, Mmerek BT, Magashula A. Healthcare waste management: current practices in selected healthcare facilities. *J Waste Management*. 2008;28:226–233.
13. Lou JC, Chang CK. Completely treating heavy metal laboratory waste liquid by an improved ferrite process. *Sep Purif Technol*. 2007;57:513–518.
14. Fraga CG. Relevance essentiality and toxicity of trace elements in human health. *Mol Asp Med*. 2005;26:235–244.
15. Deniz V. Laboratuvar kazaları. *Önem dergisi*. 2016.
16. Asude A, Bayise Kavaklı V. Sakarya Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü Dergisi.
17. Maddelerin Ve Karışımların Sınıflandırılması, Etiketlenmesi, Ve Ambalajlanması Hakkında Yönetmelik. 2013.
18. Eguna MT, Suico MLS, Lim PJY. Learning to be safe: chemical laboratory management in a developing country. *J Chem Health Safety*. 2011;18(6):5–7.
19. Bolis V, Capón-García E, Weder O, Hungerbühler K. New classification of chemical hazardous liquid waste for the estimation of its energy recovery potential based on existing measurements. *Journal of Cleaner Production*. 2018;183:1228-1240.
20. Kürkçü A, Biçer Ş, Sarıöz Ağca İ, Tayfur D. Kimyasalların Güvenli Depolanması Rehberi, İş Sağlığı ve Güvenliği Genel Müdürlüğü İş Sağlığı ve Güvenliği Araştırma ve Geliştirme Enstitüsü Başkanlığı. 2013.
21. Xuanya Liu X, Li J, Li X. Study of dynamic risk management system for flammable and explosive dangerous chemicals storage area. *Journal of Loss Prevention in the Process Industries*. 2017;49:983-988
22. Zhang C. Analysis of fire safety system for storage enterprises of dangerous chemicals. *Procedia Engineering*. 2018;211:986-995
23. 23. http://www.worksafe.vic.gov.au/_data/assets/pdf_file/0005/118436/Code-of-Practice-for-the-Storage-and-Handling-of-Dangerous-Goods.pdf
24. Thorp HH, DeJoy DM, Bercaw JE, Bergman RG, Deeb JM, Gibbs LM, Goodson T. Safe science: promoting a culture of safety in academic chemical research. The National Academic Press. 2014;5:45–46.
25. Uy MM. The status of chemical safety and security in Universities in Mindano, Philippines, *J Chem Health Saf*. 2011;18(6):8–14.
26. Meyer T. How about safety and risk management in research and education?. *Proced Eng*, 2012;42:854–864.
27. Gibson JH, Wayne NL. Proceedings of the 2012 University of California Center for laboratory safety workshop. *J Chem Health Safety*. 2013;20 (1):4–17.
28. Ashbrook PC. Chemical waste management. *Journal of Chemical Health and Safety*. 2015;22:40.
29. Ho CC, Chen MS. Risk assessment and quality improvement of liquid waste management in Taiwan University chemical laboratories. *Waste Management*. 2018;71:578-588.

<http://edergi.cbu.edu.tr/ojs/index.php/cbusbed> isimli yazarın CBU-SBED başlıklı eseri bu Creative Commons Alıntı-Gayriticari 4.0 Uluslararası Lisansı ile lisanslanmıştır.



Rekreasyonel Fiziksel Aktiviteler ile Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişki

Nurten Dinç¹, Pınar Güzel^{1*}, Selhan Özbey¹

¹ Manisa Celal Bayar Üniversitesi Spor Bilimleri Fakültesi, Manisa Türkiye , nurten.dinc@hotmail.com
, pnruguzel@yahoo.com, selhanozbey@gmail.com

*Sorumlu Yazar / Corresponding Author: Pınar Güzel

Gönderim Tarihi / Received:19.10.2018

Kabul Tarihi / Accepted:27.12.2018

Öz

Amaç: Günümüzde özellikle genç erişkinlerde fiziksel, psikolojik ve sosyal değişimler yoğun olarak yaşanmaktadır. Bu nedenle belirtilen döneme ilişkin yaşam kalitesinin artırılması hususunda araştırmalara da duyulan ilgi ve gösterilen önemde artmaktadır. Literatür incelendiğinde yaşam kalitesi kısaca bireylerin fizyolojik bütünlüğüne ek olarak, psikolojik, sosyal ve ekonomik rahatlık olduğu şeklinde tanımlanmaktadır. Bu fizyolojik ve sosyolojik parametreler ile ilgili rahatlığın sağlanmasında özellikle gelişim çağındaki gençlerin sürdürülebilir rekreatif aktivitelere katılımı ve sağlıklı yaşlanma süreci ile fiziksel aktivite katılımı bir yaşam biçimine dönüştürülmesi teşvik edilmelidir. Bu araştırmanın amacı, rekreasyonel fiziksel aktivitelere katılım ile yaşam kalitesinin artırılması arasındaki ilişkiyi “etkinlik teorisi” (activity theory) kapsamında incelemektir.

Gereç ve Yöntem: Araştırmanın yöntemi tarama modelinde betimsel araştırma olarak belirlenmiştir.

Bulgular ve Sonuç: Rekreasyonel fiziksel aktivitelere katılarak serbest zamanlarını aktif geçiren bireylerin özellikle bilişsel ve sosyal gelişimi destekleyici etkinlikler ile uğraşması sonucunda, bireylerde sağlıklı bir yaşam, fiziksel ve zihinsel sağlığın korunması, geliştirilmesi, çeşitli kronik hastalıkların tedavilerinin desteklenmesi ve sosyalleşme gibi sonuçları beraberinde getirerek yaşam kalitesinde de artış sağlanması beklenmektedir. Araştırma ile sürdürülebilir rekreasyonel etkinliklere ilişkin genel değerlendirmeler ortaya konulmaya çalışılmıştır.

Anahtar sözcükler: Rekreatif aktivite, Fiziksel aktivite, Yaşam kalitesi.

Abstract

Objective: Today, especially in young adults, physical, psychological and social changes are experienced intensively. For this reason, increasing the quality of life in the mentioned period increases the interest and importance of researches. When the literature is examined, quality of life is defined as psychological, social and economic comfort in addition to the physiological integrity of individuals. The participation of young people of developmental age in sustainable recreative activities and the transformation of healthy activity and physical activity participation into a lifestyle should be encouraged to provide comfort for these physiological and sociological parameters. The aim of this study is to investigate the relationship between participation in recreational physical activities and improving the quality of life in the context of activity theory.

Material and Method: The method of research is descriptive survey model.

Findings and Results: As a result of active participation in the recreational activities, it is expected to increase the quality of life by bringing a healthy life, protecting and improving the physical and mental health, supporting the treatment of various chronic diseases and socializing. It is expected that the survey will present general evaluations on sustainable recreational activities.

Key words: Recreative Activities, Physical Activity, Life Quality.

1. Giriş

Günümüz gençliğinde insanın sürekli hareket etme ihtiyacı teknoloji çağında yaşıyor olmamız nedeniyle yerine getirilememekte ve bu hareketsizliğe yönelme durumu fiziksel, psikolojik ve sosyal değişimleri yoğun olarak beraberinde getirmektedir. Bu nedenle bu döneme ilişkin yaşam kalitesinin artırılması araştırmalarına da duyulan ilgi ve gösterilen önemde artmaktadır.

Rekreasyonel fiziksel aktivitelere aktif katılarak serbest zamanlarını aktif geçiren bireylerin özellikle bilişsel ve sosyal gelişimi destekleyici etkinlikler ile uğraşması

sonucunda, bireylerde sağlıklı bir yaşam, fiziksel ve zihinsel sağlığın korunması, geliştirilmesi, çeşitli kronik hastalıkların tedavilerinin desteklenmesi, obezitenin azalması, sedanter yaşam stilinde düşüş ve sosyalleşme gibi sonuçları beraberinde getirerek yaşam kalitesinde de artış sağlanması beklenmektedir. Yaşam kalitesi kavramsal olarak, bir bireyin kendi amaçları, beklentileri, standartları ve endişeleri açısından sosyokültürel bağlamda yaşamındaki algısı olarak tanımlanır. Kişisel refah ile ilgilidir ve sağlık, serbest zaman, kişisel memnuniyet, alışkanlıklar ve yaşam tarzı

gibi çeşitli yönleri içerir. Dolayısıyla yaşam kalitesi, bireylerin yaşadıkları kültür ve değer sistemleri bağlamında amaçları, beklentileri, standartları ve kaygıları ile ilgili olarak yaşamdaki konularının algısı olarak tanımlanmıştır [1].

Sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi, sağlık veya hastalığın fiziksel ve psikososyal işlevler üzerindeki etkisini ölçen çok boyutlu bir yapıdır [2]. Egzersizle yaşam kalitesinin fiziksel ve psikolojik yönlerini geliştirmektedir aynı zamanda kronik hastalık ve sakatlıkların daha iyi yönetilmesinde bağımsızlığın artırılmasında, metabolik kontrolün geliştirilmesinde, ağırlık kontrolünde, iyi ruh hali gelişimi gibi sağlığa birçok faydası bulunmaktadır [3, 4, 5, 6].

Sağlıkla ilişkili yaşam kalitesinin fiziksel boyutu incelendiğinde; düzenli olarak fiziksel aktiviteye katılmak ve iyi fiziksel bünyede olmanız, kardiyovasküler hastalıklar ve tip II diyabet riskini azaltır, vücut ağırlığının kontrol edilmesine yardımcı olur, kaslar ve kemikler üzerinde olumlu etkilere sahiptir ve psikolojik refahın artmasına katkıda bulunur [7]. Düzenli fiziksel aktivite yalnızca gelişen hastalığın riskini azaltmakla kalmaz aynı zamanda ilgili komplikasyonları önleyebilir veya azaltabilir [8]. Ayrıca, düzenli fiziksel aktiviteye katılım stresle başa çıkma, depresyon ve kaygı durumlarında iyileşme sağlamaktadır [9].

1.1. Araştırmanın Amacı

Bu araştırmanın amacı, rekreasyonel fiziksel aktivitelere katılım ile yaşam kalitesinin artırılması arasındaki ilişkiyi “etkinlik teorisi” (activity theory) kapsamında incelemektir.

2. Yöntem

Yaşam kalitesi kısaca bireylerin fizyolojik bütünlüğüne ek olarak, psikolojik, sosyal ve ekonomik rahatlıktır. Bu fizyolojik ve sosyolojik parametreler ile ilgili rahatlığın sağlanmasında özellikle gelişim çağındaki gençlerin sürdürülebilir rekreatif aktivitelere katılımı teşvik edilmelidir. Araştırmada, rekreasyonel fiziksel aktivitelere katılım ile yaşam kalitesinin artırılması arasındaki ilişki “etkinlik teorisi” (activity theory) kapsamında değerlendirilmiştir. Araştırmanın yöntemi bu doğrultuda tarama modelinde betimsel betimsel araştırma olarak belirlenmiştir. Betimsel tarama modeli geçmişte ya da halen varolan bir durumu var olduğu şekliyle betimlemeyi amaçlayan araştırmalara uygun bir modeldir [10]. Bu yöntemle, özellikle Dünya Sağlık Örgütü-WHO araştırmalarının raporları incelenmiş ve değerlendirilmiştir. Araştırmanın amacına uygun bir biçimde, yaşam kalitesinin tanımlanmasının ardından, rekreasyonel fiziksel aktivitelere katılımın fizyolojik ve sosyolojik açıdan önemi vurgulanmış ve etkinlik teorisi kapsamında incelenmiştir.

2.1 Yaşam Kalitesi

WHO Yaşam Kalitesini, sadece hasta olmama durumu değil, fiziksel, zihinsel ve sosyal anlamda iyi olma hali olarak tanımlamıştır. Ayrıca WHO'ya göre yaşam kalitesi; bireylerin kültür ve değerler sistemi içerisinde, amaçları, beklentileri, standartları ve ilgileri

doğrultusunda yaşamdaki pozisyonlarını algılamaları olarak tanımlanmaktadır [1].

Yaşam kalitesi kültürel, sosyal ve fiziksel faktörlerden etkilenmektedir. Egzersizle birlikte fiziksel ve psikolojik yönden yaşam kalitesinde gelişme gözlenmektedir. Düzenli fiziksel aktivite yaşlılarda, gençlerde ve farklı sağlık koşullarına sahip kişilerde daha iyi yaşam kalitesiyle ilişkilidir [11].

2.2 Rekreasyonel Aktivitelere Katılımın Fizyolojik ve Psiko-Sosyolojik Etkileri

Çağımızda artan ekonomik, kültürel ve sosyal ihtiyaçlar ve de teknolojik gelişimlere ayak uydurma çabası beraberinde yoğun, yorucu ve monoton bir yaşam tarzı ortaya çıkarmıştır. Bu durumdan beden ve zihinsel olarak uzaklaşmak isteyen insanlar serbest zaman etkinliklerinin yani rekreasyonel etkinliklerin ortaya çıkmasına sebep olmuşlardır. Kendilerini yenilemek, dinlenmek ve eğlenmek adına yaptıkları etkinlikler yaşam tarzlarında bu yönde değişim eğilimine yol açmıştır. Young ve arkadaşları (2004) da rekreasyonu, toplum içindeki kişilerin ya da grupların kendini daha iyi hissetmeye, sağlıklı olmaya ve beceri gelişimine yardımcı olan herhangi bir serbest zaman etkinliğine gönüllü katılım olarak tanımlamışlar [12].

Ülkeden ülkeye değişmesine rağmen Avrupa Birliği'ne üye ülkelerdeki 15 yaş ve üstü bireylerin üçte ikisi önerilen düzeylerde fiziksel olarak aktif değillerdir. Avrupa'da, okul çağındaki çocukların sadece üçte bir oranı fiziksel aktivite programı ile tanışmaktadır. Bu rahatsız edici bulgular, son yıllarda tüm yaş gruplarında fiziksel aktiviteye katılımı süregelen bir düşüş olduğunu yansıtmaktadır. Bu durum büyük ölçüde; iş yaşantısı ve günlük görevlerin makineleşmeye dönüşmesi, emek tasarrufu sağlayan cihazların artması (yürüme ya da bisiklet kullanma yerine taşıt kullanımı, vb.) ve serbest zamanlarını pasif olarak geçirme alışkanlıklarının artması (TV seyretme, bilgisayar kullanma, vb.) nedeniyle ortaya çıkmaktadır [13].

Sağlığı geliştirici fiziksel aktivitelere düşük katılım sergileme önemli ölçüde nüfusun sağlığını da etkilemektedir. Fiziksel hareketsizlik, Avrupa Bölgesinde yılda tahmini 600.000 ölüme neden olmakta ve erken ölüm ve sakatlıkta yıllık 5.3 milyon kayıba yol açmaktadır. Fiziksel hareketsizlik kardiyovasküler hastalıklar, diyabet rahatsızlıkları ve belirli kanser türleri de dâhil olmak üzere birçok kronik hastalarda artışa neden olmaktadır. İngiltere'de yapılan araştırma raporlarına göre, obeziteye harcanan maliyetler hariç olmak üzere, yıllık fiziksel hareketsizliklerin yıllık maliyeti 17.5 milyar €'dur. İsviçre'de de yapılan benzer bir araştırmaya göre, kişi başı yıllık fiziksel hareketsizliğin maliyeti 220€ ve 440€ arasında olmaktadır. Son yıllarda Avrupa'da beslenme alışkanlıklarının değişmesi ile beraber fiziksel aktivitelere katılımı görülen düşüş obezite düzeylerinde büyük artışa neden olmaktadır. Bazı ülkelerde yetişkinlerin yarısından fazlası aşırı kilolu bireylerden oluşurken, Avrupa Birliği'nde tahmini 14 milyondan fazla çocuk aşırı kiloludur ve bu oranın 3

milyonu obezdir. Avrupa Birliği Beslenme, Fiziksel Aktivite ve Sağlık Platformu bu sorunun çözümü için fiziksel aktiviteyi beş anahtar alandan biri olarak desteklemektedir [13].

Fiziksel hareketsizlik sağlık için zararlıdır ve birçok hastalığın gelişmesine sebebiyet verir. Kalp hastalıklarının %36'sı, osteoporozun %27'si, felç, hipertansiyon diyabet, kolon kanseri'nin %20'si ve göğüs kanseri'nin %11'inin fiziksel hareketsizlikten kaynaklandığı belirtilmektedir (14). Fiziksel aktivitenin ve düzenli egzersizin, fiziksel ve psikolojik boyutların geniş bir yelpazesinde yaşam kalitesini iyileştirmesine neden olabileceğini gösteren önemli bir literatür mevcuttur [4- 6, 11, 14-20].

Günümüzde obezite prevalansı dünya çapında artmaktadır. Fazla vücut yağıyla ilişkili olarak artan erken ölüm riskinin yanı sıra obezite, tip II diyabet, koroner kalp hastalığı, uyku apnesi, diz osteoartriti ve bazı kanser türleri gibi çeşitli hastalıkların gelişme riskini artırır [21]. Özellikle de insülin direncinin ve tip II diyabetin gelişmesi için daha yüksek bir riske yol açar. Obezite, tip I diyabetli hastalarda glisemik kontrolün kabul edilen bir belirleyicisidir ve kardiyovasküler olaylara bağlı erken ölümlerin çoğunluğunu oluşturur. Şimdiye kadar her uluslararası tedavi kılavuzunun benimsediği gibi, mevcut obezitenin gelişmesini önlemek veya azaltmak için diyabetli hastalarda fiziksel egzersiz önerilmektedir [22]. Düzenli fiziksel aktiviteye katılımın, kan şekeri kontrolünü geliştirdiği ve tip II diyabeti önlediği, lipitleri olumlu yönde etkilediği, kan basıncını düşürdüğü ve yaşam kalitesini arttırdığı bilinmektedir. Baillot ve ark., (2012) sekiz haftalık aerobik egzersiz programı ile obez diyabetik erkeklerde fiziksel kapasite ve yaşam kalitesinin geliştiğini belirtmişlerdir [15]. Colberg ve ark., (2010) fiziksel aktivite ve ılımlı kilo kaybının yüksek riskli popülasyonlarda tip II diyabet riskini % 58'e kadar azalttığını belirtmektedir [23]. Wei ve ark., (2000) fiziksel olarak inaktif tip II diyabetli erkeklerde, tip II diyabetli fiziksel olarak aktif erkeklerle kıyasla 1.7 kat artmış ölüm oranı saptamışlardır [24]. Bello ve ark. (2011) tip II diyabetli hastalarda 8 haftalık aerobik egzersiz programını takiben yaşam kalitesinde ve düşük dansiteli lipoprotein, yüksek dansiteli lipoprotein ve kan şekerinde olumlu gelişmeler saptamışlardır [17]. Cano-Montoya ve ark. (2018) altı haftalık bir egzersiz eğitim programına iyi bir şekilde bağlı olan katılımcılarda vücut kompozisyonu, tansiyon ve plazma trigliseritlerinde genel iyileşme olduğunu gözlemlemişlerdir [25]. Rippe ve ark. (1998) aşırı kilolu kadınlarda yaptığı çalışmada kalori harcaması ve kendi seçtikleri egzersiz çeşidi ile kilo kaybı programına katılan bireylerin kontrol grubuna kıyasla yaşam kalitesi indekslerinde, vücut ağırlığı ve vücut yağ oranlarında anlamlı iyileşmeler saptamışlardır [26].

Yaşlı bireylerde yapılan çalışmalar incelendiğinde, yaşlı bireyler hayatlarının geri kalanını sağlıklı kalmak

için harcamaktadırlar ve en önemli şartlardan biri, bağımsız yaşamlarını sürdürmek için düzenli, aktif ve fiziksel aktivitelerdir. Fiziksel aktivite yaşlı bireylerde kronik hastalık risk faktörlerini azaltmak ve vücut işlevlerini sürdürmek için önemli bir rol oynamaktadır [27].

Mihalko ve McAuley (1996) in yaptığı çalışmaya 83 yaş ortalaması olan 29 kontrol grubu ve 29 deney grubu olmak üzere 58 kadın ve erkek katılmıştır. Deney grubu 8 hafta süresinde haftada 3 kez olmak üzere kuvvet antrenman programına katılmışlardır ve başlangıçta gruplar arasında ve cinsiyet arasında pozitif veya negatif anlamlı fark bulunmazken çalışma sonrasında zamanla kuvvet grubunda kontrol grubundan daha yüksek kalitede yaşam aktivite skorları saptanmışlardır [28]. McMurdo ve Burnett'in (1992) yaptığı çalışmada ortalamaları 65 yaş olan 87 katılımcı sağlık eğitimi ve fiziksel aktivite grubu olarak 2'ye ayırmıştır. Fiziksel aktivite grubu haftada 3 kez 45 dk aerobik ve hafif kuvvet aktivitesine katılmıştır. Çalışma sonunda fiziksel aktivite grubunun, sağlık eğitimi grubundan spine fleksiyon, algılanan sağlık durumu, yaşam doyumu ve maksimal fiziksel efor düzeylerinin anlamlı derecede dahi iyi olduğu gözlenmiştir [29]. Bravo ve ark. (1996) bir yıl boyunca osteoporozlu kadınları incelemiş ve 10 dk ısınma 25dk aerobik egzersiz (% 40-50, % 60-75), 20 dk hafif kuvvet egzersizleri ve soğuma egzersizlerinden oluşan 1 saatlik egzersiz programı uygulamışlardır. Grup tabanlı egzersiz programındaki daha fazla kadın, ev programında yer alanlara kıyasla, kendine güvende ve sağlıkta iyileşme göstermişlerdir. Sonuçlar, osteopenik kadınlar için, grup temelli bir egzersiz programının, ev tabanlı bir egzersiz programından çok daha etkili olduğunu göstermektedir [30]. Middleton ve ark. (2018) zihinsel etkinlik ve egzersiz kombinasyonun, 12 hafta boyunca bilişsel şikâyetler içeren aktif olmayan yaşlı erişkinler arasında fiziksel işlevsellik ve fiziksel aktivitenin sağlıklı yaşam kalitesini geliştirdiğini saptamışlardır [31]. Janaudis-Ferreira'nin (2017) akciğer hastaları üzerinde yaptığı çalışmada sekiz haftalık egzersiz programına katılan bireylerin yaşam kalitesi, kontrol grubuna göre anlamlı olarak daha fazla geliştiğini belirtmiştir [32]. Ganderton ve ark. (2011) pulmoner arteriyel hipertansiyonlu kişilerde 12 haftalık egzersiz programı ile yaşam kalitesinin geliştiğini gözlemlemişlerdir [33]. Yaşam kalitesi ve kanserle ilgili çalışmalar incelendiğinde, göğüs kanseri hastalarının çoğunda yorgunluk ve yaşam kalitesinin bozulması gibi yan etkiler görülür. Randomize kontrollü çalışmaların meta-analizleri, egzersizin meme kanseri hastalarında yorgunluk ve yaşam kalitesi üzerinde faydalı etkileri olduğunu göstermiştir [34, 35]. Bélanger ve arkadaşları (2011) kanserle mücadele eden genç bireylerde fiziksel aktivite ve yaşam kalitesi arasında güçlü bir ilişki saptamışlardır (16). Lee ve ark. (2003) fiziksel olarak aktif olan erkeklerin ve kadınların, inaktif kişilerle karşılaştırıldığında, kolon kanseri gelişme riskinde % 30-40'lık bir düşüşe sahip olduklarını saptamışlardır.

Meme kanserine ilişkin olarak ise fiziksel olarak aktif kadınların, inaktif kadınlara kıyasla, riskte% 20-30'luk bir düşüşe sahip olduklarını belirtmektedirler [36]. Çocuklar ve ergenlerde yapılan çalışmalar incelendiğinde genel olarak sağlıklı kilo veya davranışların daha düşük bir yaşam kalitesiyle ilişkilendirildiği görülmektedir [19].

Kas iskelet sistemi ve yaşam kalitesi arasındaki ilişki incelendiğinde; kas iskelet sistemi ağrısı ve disability, aynı zamanda sağlıkla ilişkili yaşam kalitesinin genel nüfusa oranla azalmasına neden olur. Fizyoterapistler, kas-iskelet bozukluğunun tedavisinin yanı sıra hastaların sağlıklı yaşam kalitelerini iyileştirmeyi amaçlamaktadır [18]. Kas iskelet sistemi bozuklukları ağrı sebeplerinin en önemlilerinden biridir. Özellikle en yaygın olanı sırt ağrısıdır. Kas iskelet sistemindeki ağrı ve sakatlıklar [20] ve artrit ile ilişkili fiziksel hareketsizlik, fonksiyon kaybı ve bağımsızlık, kardiyovasküler hastalık için artmış risk, yaşam kalitesinin düşmesi ve gereksiz sakatlık gibi ciddi sağlık sonuçlarına neden olabilmektedir [37]. Caplan ve ark., (2017) tüm eklem bölgelerindeki yaşam kalitesindeki gelişmeler ile fizyoterapi arasında ilişki saptamışlardır [18].

Etkinlik Teorisi (Activity Theory)

Hızla gelişen uygarlaşma süresi boyunca, yoğun iş temposu ve stresinden uzaklaşmak amacıyla insanlar serbest zamanlarını kendileriyle baş başa kalarak geçirmektedirler. Bu uygulamalar, serbest zamanın değerlendirilmesinde hem aktif hem de pasif şekillerde gerçekleşmektedir. Zamanı pasif değerlendiren bireyler, daha sıklıkla televizyon ve internet dünyasının etkisinde kalarak toplumla birlikte yapılabilen serbest zaman etkinliklerine katılım göstermemektedirler. Özellikle teknoloji çağından etkilenen küçük yaşlardaki çocuklar serbest zamanlarını hareketsiz bir yaşam tarzı ile geçirmektedirler. Yeni ve kişiye özgü serbest zaman değerlendirme yani "yaşam biçimi aktiviteleri" olarak da adlandırılabilen süreci aktif değerlendiren bireyler ise, doğal yaşam rekreasyonu, fitness ve sağlık amaçlı aktivitelere katılım göstermektedirler [38].

Serbest zamanını aktif olarak geçirme temelli olan Etkinlik Teorisi, bireylerin farklı türlerdeki aktivitelere ve bu aktivitelerin bileşenlerine sürekli katılımın önemini vurgulamaktadır. Aktif olma hali bireyin uzun yaşam sürecine ciddi katkı yapmakta ve yaşantısının ilerleyen döneminde bu durumdan faydalanmasına yardımcı olmaktadır. Etkinlik teorisine göre, günlük serbest zaman etkinliklerine katılım, bireyi fiziksel, zihinsel ve sosyal yönden desteklemekte ve hastalıkların, sakatlık ve engellerin önlenmesine de katkı sağlamaktadır. Yapılan farklı aktiviteler farklı bireysel ihtiyaçların giderilmesine yardımcı olmaktadır. Örneğin, satranç oynamak bireyin bilişsel gelişimine katkı sağlamaktadır ve ayrıca toplumsal ilişkiler kurmada da rol oynamaktadır. Bu tip aktiviteler rekreatif etkinlik olarak tanımlanmaktadır. Etkinlik Teorisi, WHO tarafından aktif yaşlanma yaklaşımı

olarak da desteklenmektedir [3]. Yapılan bu araştırmaların sonucunda; düzenli yapılan fiziksel aktivite veya egzersiz, sağlığı düzenlediği söylenebilmektedir. Ayrıca, egzersiz yapmanın fiziksel olduğu kadar psikolojik iyilik haline de olumlu etkilediği, sporun ve egzersizin psiko ve sosyal fonksiyonları olduğu da görülmektedir. Bu tür aktiviteler, gücün yanında kendine güveni ve kendine saygıyı da artırmaktadır. Fiziksel forumdalık ile pozitif duygusallık arasında belirgin korelasyon bulunmaktadır. Egzersiz antrenmanları ile stres azalırken, bilinç fonksiyonlarını açılmaktadır. Bunun yanı sıra, anksiyete düşmekte, yumuşak depresyonda ve birçok kronik hastalıklarda olumlu etkiler alınmaktadır. Ayrıca egzersiz sosyal kimlik duygusunu korumaya yardımcı olabilmektedir [39].

Spor ve Sürdürülebilirlik

Sürdürülebilir kalkınmanın ana temaları arasında ekonomik, toplumsal ve çevre boyutu yer almaktadır. Bu boyutlardan toplumsal yani sosyalleşme boyutunda sporun önemi büyüktür. Çünkü spor; sosyal eşitliğin sağlanmaya çalışıldığı çok güçlü bir araçtır [40]. Bireylerin buldukları sosyal, ekonomik ve çevresel faktörlerden dolayı hedefleri günden güne değişmektedir. Buda bireylerin özgür idaresiyle karar verip katılabileceği rekreasyon faaliyetlerine katılım konusunda katkı sağlamaktadır [41]. Yaşam kalitesi, sağlık, faal toplumlar, okullar, fırsat eşitliği ve sosyal bütünlük gibi politikaların gelişiminde spor olgusu önemli bir rol üstlenmektedir [40]. Spor kavramı içerisinde insanların kendilerini ifade edecekleri bir alanın bulunması en azından bu tür etkinliklere destek vererek bir sosyalleşme süreci içerisinde yer almaları psiko-sosyal bakımdan gelişmelerine yardımcı olmaktadır [42].

3. Sonuç

Yaşam kalitesi bugün birçok akademik araştırma alanının ana teması kapsamındadır. Farklı disiplinlerin çalışma alanları ile ilişkilendirilen yaşam kalitesi bugün olduğu kadar yarın da ilgi çekmeye ve uzun soluklu bir araştırma alanı olmaya devam edecektir. Ortak bir standart veya göstergeler sistemi bulunmadığını savunan Aydın ve Paçacıoğlu (2016) geniş çaplı literatür taramasının ardından yaşam kalitesi göstergelerini sınıflandırmıştır. Buna göre: yaş, cinsiyet, medeni durum sosyal destek, yaşanan konut ve özellikleri, sağlık, eğitim, gelir düzeyi, iş yaşamı ve serbest zaman aktiviteleri yaşam kalitesi üzerinde etkili olan göstergelerdir [43].

Bu çalışmanın temel aldığı gösterge serbest zaman aktiviteleri olmuştur ve rekreasyonel fiziksel aktivite olarak adlandırılmıştır. Bu aktivitelere özellikle de fiziksel aktiviteye aktif ve düzenli katılımın bireyin yaşam kalitesini arttırmada etkileri ortaya konulmuştur. Diğer bir çalışmada ise fiziksel aktivitenin yaşam kalitesiyle beraber bireylerin yaşam tatmini üzerinde de etkisi olduğu ifade edilmiştir [44]. Ayrıca fiziksel aktivite yapan yetişkinlerin yaşam kalitelerinin yüksek olduğunu ortaya koyan araştırmalarda mevcuttur [45].

Bu aktiviteler ile yaşam kalitesinin diğer göstergeleri de etkilenmektedir. Bunların başında fiziksel sağlık ve psiko-sosyal etkiler gelmektedir. Her yaş gurubu kadın ve erkek bireyin fiziksel sağlığın korunması ve güçlendirilmesi için imkân sunulan rekreasyonel fiziksel aktivitelerin etki alanı oldukça kapsayıcıdır. Bu aktiviteler ulusal ve uluslararası birçok sağlık örgütü tarafından toplumsal farkındalık oluşumu için desteklenmektedir. Fiziksel aktivitenin sağlık boyutunu tamamlayan düzenli ve dengeli beslenme (düzenli yeme) alışkanlığına da vurgu yapılması gerekmektedir. Nitekim, çağın hastalıklarından biri olarak tanımlanan obezite ile savaş, ülkelerin sağlık politikalarının içinde en üst sıralarda yer almaktadır. Bu ve benzer tür sağlık sorunlarının psiko-sosyal yaşam üzerinde de etkileri yüksektir. Fiziksel gücün yanında kendine güven, kendine saygı, sosyal çevre, stres ile başa çıkma yolları, sosyal kimlik gibi farklı şekillerde bireyi etkileyebilmektedir.

Serbest zaman etkinlik teorisi kapsamında değerlendirildiğinde aktif yaşam biçiminin fiziksel ve fiziksel ve sağlık temelli yaşam kalitesini arttırmakta olduğu görülmektedir. Bu nedenlerle, rekreasyonel etkinliklerin fiziksel ve aktif olarak desteklenmesi önemlidir. Sağlık ve spor ile ilgili kurumlarının ortak çalışmaları ve yönlendirmeleri ile her yaş gurubundaki bireylerin bilinçlendirilerek rekreasyonel fiziksel aktivitelere aktif katılımlarını sağlayacak imkânlar sunulmalıdır. Burada önemli olan bir nokta da, yapılan ve/veya yapılacak olan aktivitelerin devamlılığıdır. Yaşam kalitesinin artırılması ile ilgili yapılanların kalıcılığı ve sürdürülebilirliği konularında da çalışmalar yapılması önerilmektedir.

Rekreasyonel fiziksel aktivitelere aktif katılarak serbest zamanlarını aktif geçiren bireylerin özellikle bilişsel ve sosyal gelişimi destekleyici etkinlikler ile uğraşması sonucunda, bireylerde sağlıklı bir yaşam, fiziksel ve zihinsel sağlığın korunması, geliştirilmesi, çeşitli kronik hastalıkların tedavilerinin desteklenmesi ve sosyalleşme gibi sonuçları beraberinde getirerek yaşam kalitesinde de artış sağlanmaktadır.

4. Kaynaklar

1. World Health Organization (WHO), (1997). WHOQOL, Measuring Quality of Life, Programme on Mental Health, WHO Publications, http://www.who.int/mental_health/media/68.pdf, Web Erişim: 30.01.2012.
2. Naughton, M.J, Shumaker, S.A, The case for domains of function in quality of life assessment, Quality of life research, 2003, 12 (1), 73-80.
3. Cheung, M.C, Ting, W, Chan, L.Y, Ho, K.S, Chan, W.M, Leisure participation and health-related quality of life of community-dwelling elders in Hong Kong, Asian Journal of Gerontol Geriatr, 2009, 4, 15-16.
4. Garber, C.E, Blissmer, B, Deschenes, M.R, Franklin, B.A, Lamonte, M.J, Lee, I.M, Nieman, D.C, and Swain, D.P, Quantity and quality of exercise for developing and maintaining cardiorespiratory, musculoskeletal, and neuromotor fitness in apparently healthy adults: guidance for prescribing exercise, Medicine & Science In Sports & Exercise 2011, 43(7), 1334-1159. DOI: 10.1249/MSS.0b013e318213fefb
5. Laforge, R.G, Rossi, J.S, Prochaska, J.O, Velicer, W.F, Levesque, D.A, McHorney, C.A. Stage of regular exercise

- and health-related quality of life, Preventive Medicine, 1999, 28(4), 349-360.
6. McAuley, E, Wójcicki, T.R, White, S.M, Mailey, E.L, Szabo, A.N, Gothe, N, Physical activity, function, and quality of life: design and methods of the FlexToBa™ trial, Contemporary Clinical Trials, 2012, 33(1), 228-236.
 7. Morrow, J.R, Jackson, A.W, Bazzarre, T.L, Milne, D, Blair, S.N, A one-year follow-up to physical activity and health a report of the surgeon general. American Journal of Preventive Medicine, 1999, 17(1), 24-30.
 8. Macera, C.A, Hootman, J.M, Sniezek, J.E, Major public health benefits of physical activity, Arthritis and Rheumatism, 2003, 15;49(1), 122-128.
 9. Stephens ,T., Physical activity and mental health in the United States and Canada: evidence from four population surveys. Preventive Medicine, 1988, 17(1), 35-47.
 10. Karasar, N, Bilimsel Araştırma Yöntemi, 6. Basım, Ankara, 1994.
 11. Moura, G.C, Pucci, F, Rech, C.R, Fermino, R.C, Reis, R.S, Association between physical activity and quality of life in adults. Revista de Saúde Pública, 2012, 46(1), 166-179.
 12. Young, M, Potgieter, N, Madiba, K, Sport and Recreation Needs at the Westelikes Recreation Centre, International Conference on Leisure, Tourism and Sport Education, Integration, Innovation, Cologne, 2004, 18-21 March, Germany, pp: 58.
 13. Edwards, P, Tsouros, A, Promoting physical activity and active living in urban environments, The role of local governments, The solid facts, The WHO Regional Office Publications, 2006, ISBN: 92-890-2181-0.
 14. McGrath, J.A, O'Malley, M, Hendrix, T.J, Group exercise mode and health-related quality of life among healthy adults, Journal of Advanced Nursing, 2011, 67(3), 491-500.
 15. Baillot, A, Vibarel-Rebot, N, Amiot, V, Emy, P., Collomp, K, Effects of an 8-week aerobic exercise training on saliva steroid hormones, physical capacity, and quality of life in diabetic obese men, Hormone and Metabolic Research, 2012, 44(2), 146-151.
 16. Bélanger, L.J, Plotnikoff, R.C, Clark, A, Courneya, K.S, Physical activity and health-related quality of life in young adult cancer survivors: a Canadian provincial survey, Journal of Cancer Survivorship, 2011, 5(1), 44-53.
 17. Bello, A.I, Owusu-Boakye, E, Adegoke, B.O.A, Adjei, D.N, Effects of aerobic exercise on selected physiological parameters and quality of life in patients with type 2 diabetes mellitus, International Journal of General Medicine, 2011, 4, 723-727.
 18. Caplan, N, Robson, H, Robson, A, Barry, G, Wilkes, G, Associations between community-based physiotherapy for musculoskeletal injury and health related quality of life (EQ-5D): a multi-centre retrospective analysis, Health Qual Life Outcomes, 2017, 15(1), 212. doi: 10.1186/s12955-017-0789-3.
 19. Chen, G, Ratcliffe, J, Olds, T, Magarey, A, Jones, M, Leslie, E, BMI, health behaviors, and quality of life in children and adolescents: A school-based study, Pediatrics, 2014, 133(4), 1-7.
 20. Hoeymans, N, Health related quality of life in multiple musculoskeletal diseases: SF-36 and EQ-5D in the DMC3 study, Annals of the Rheumatic Diseases, 2004, 63(6), 723-729.
 21. Fontaine, K.R, Barofsky, I, Obesity and health-related quality of life, Obesity Reviews, 2001, 2(3), 173-182.
 22. Melmer, A, Kempf, P, Laimer, M, The role of physical exercise in obesity and diabetes. Praxis (Bern 1994). 2018 107(17-18), 971-976. doi: 10.1024/1661-8157/a003065.
 23. Colberg, S.R, Sigal, R.J, Fernhall, B., Regensteiner, J.G, Blissmer, B.J, Rubin, R.R, Chasan-Taber, L, Albright, A.L, Braun, B, American College of Sports Medicine; American Diabetes Association, Exercise and type 2 diabetes: the American College of Sports Medicine and the American Diabetes Association: joint position statement, Diabetes Care, 2010, 33(12), 147-167, doi: 10.2337/dc10-9990.
 24. Wei, M, Gibbons, L.W, Kampert, J.B, Nichaman, M.Z, Blair, S.N. Low cardiorespiratory fitness and physical

- inactivity as predictors of mortality in men with type 2 diabetes. *Annals of Internal Medicine*, 2000, 18;132(8), 605-611.
25. Cano-Montoya, J, Ramirez-Campillo, R, Sade Calles, F, Izquierdo, M, Fritz Silva, N, Arteaga San Martín, R, Álvarez, C, Effects of a six weeks exercise training program for type 2 diabetes mellitus and hypertensive patients, *Revista Medica de Chile*, 2018, 146(6), 693-701. doi: 10.4067/s0034-98872018000600693
 26. Rippe, J.M, Price, J.M, Hess, SA, Kline, G, DeMers, K.A, Damitz, S, et al., Improved psychological well-being, quality of life, and health practices in moderately overweight women participating in a 12-week structured weight loss program. *Obesity Research*, 1998, 6(3), 208-218.
 27. Park, S.H, Han, K.S, Kang, C.B, Effects of exercise programs on depressive symptoms, quality of life, and self-esteem in older people: A systematic review of randomized controlled trials, *Applied Nursing Research*, 2014, 27(4), 219–226.
 28. Mihalko, S.L, and McAuley, E, Strength training effects on subjective well-being and physical function in the elderly, *Journal of Aging and Physical Activity*, 1996, 4(1), 56-68.
 29. McMurdo, ME, Burnett, L, Randomized controlled trial of exercise in the elderly, *Gerontology*, 1992, 38(5), 292–298.
 30. Bravo, G, Gauthier, P, Roy, P-M, et al, Comparison of a group- versus home-based exercise program in osteopenic women. *Journal of Aging and Physical Activity*. 1996, 4(2), 151–164.
 31. Middleton, L.E, Ventura, M.I, Santos-Modesitt, W, Poelked, G, Yaffee, K, Barnese D.E, Mental Activity and exercise (MAX) trial: Effects on physical function and quality of life among older adults with cognitive complaints, *Contemporary Clinical Trials*. 2018, 64, 161-166. doi: 10.1016/j.cct.2017.10.009. Epub 2017 Oct 21.
 32. Janaudis-Ferreira, T, Exercise training improves exercise capacity and quality of life in people with interstitial lung disease. *Journal of Physiotherapy*, 2017, 63(4), 257.
 33. Ganderton, L, Jenkins, S, Gain, K, Fowler, R, Winship, P, Lunt, D, Gabbay, E, Short term effects of exercise training on exercise capacity and quality of life in patients with pulmonary arterial hypertension: protocol for a randomised controlled trial, *Pulmonary Medicine*, 2011, 11(25), 1-7.
 34. Buffart, LM, Kalter, J, Sweegers, MG, Courneya, KS, Newton, RU, Aaronson, NK, Effects and moderators of exercise on quality of life and physical function in patients with cancer: An individual patient data meta-analysis of 34 RCTs. *Cancer Treatment Reviews*, 2017, 52, 91-104.
 35. Phillips, S.M, Awick, E.A, Conroy, D.E, Pellegrini, C.A, Mailey, E.L, McAuley, E, Objectively measured physical activity and sedentary behavior and quality of life indicators in survivors of breast cancer. *Cancer*, 2015, 15;121(22), 4044-4052.
 36. Lee, I.M, Physical activity and cancer prevention--data from epidemiologic studies. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 2003, 35(11), 1823-1827.
 37. Minor M.A, Lane N.E. Recreational exercise in arthritis. *Rheumatic Diseases Clinics of North America*. 1996, 22(3), 563-577.
 38. Maciaszek, J. (2009). Interest in the Individual and Team Forms of Sport and Recreation Among Young Women and Men, 8th International Session for Educators and Officials of Higher Institutes of Physical Education, 10–17 July 2008, Published by The International Olympic Academy and International Olympic Committee, pp: 189.
 39. Kırmızıgil, B, Rekreatif Aktivitelerin Kas Hastalarının Solunum Kapasitelerine ve Yaşam Kalitelerine Etkileri, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Y. Lisans Tezi, İstanbul, 2007, s 24.
 40. Department for Culture, Media and Sport (DCMS), (2008). Sustainable Development Strategy: Sectors, Sport, www.culture.gov.uk/images/publications/sdsSport.pdf, Web Erişim: 07.03.2009.
 41. Tavazar, H, Güzel, P, Esentaş, M, Özel sektörde çalışan yönetici ve müdürlerin “sürdürülebilirlik” kavramına ilişkin metaforik algıları, *Batman Üniversitesi Yaşam Bilimleri Dergisi*, 2018, 8(1/1), 58-68
 42. Küçük, V, Koç, H, Psiko-Sosyal Gelişim Süreci İçerisinde İnsan ve Spor İlişkisi, *Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 2004, 10, 131–141.
 43. Aydın Boylu, A, ve Paçacıoğlu, B, Yaşam Kalitesi ve Göstergeleri, *Akademik Araştırmalar ve Çalışmalar Dergisi*, 2016, 8(15), 137-150.
 44. Özkatar Kaya, E., Sarıtaş N., Yıldız, K., & Kaya, M. (2018). Sedanter Olan Ve Olmayan Bireylerin Fiziksel Aktivite Ve Yaşam Tatmin Düzeyleri Üzerine Araştırma. *Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 5(3), 89-94.
 45. Güllü, S., & Çiftçi, E. G. (2016). Spor merkezlerine üye olan bireylerin yaşam kalitesinin incelenmesi. *International Journal of Social Sciences and Education Research*, 2(3), 1012-1023.

<http://edergi.cbu.edu.tr/ojs/index.php/cbusbed> isimli yazarın CBU-SBED başlıklı eseri bu Creative Commons Alıntı-Gayriticari4.0 Uluslararası Lisansı ile lisanslanmıştır.





OLGU SUNUMU

CASE REPORT

CBU-SBED, 2018, 5(4):228-230

Kalça Ağrısıyla İskiofemoral İmpingement Tanısı Alan Vaka Sunumu

Zeliha Ünlü^{1*}, Özgür Akgül², Şerife Yaldır¹

¹Manisa Celal Bayar Üniversitesi, Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Manisa, Türkiye
zelihaunlu@yahoo.com

²Manisa Celal Bayar Üniversitesi, Tıp Fakültesi Romatoloji Bilim Dalı, Manisa, Türkiye drserifeyaldır@gmail.com

*Sorumlu Yazar / Corresponding Author: Zeliha ÜNLÜ

Gönderim Tarihi / Received: 03.06.2018

Kabul Tarihi / Accepted: 05.10.2018

Öz

İskiofemoral impingement sendromu genellikle iskium ve femur arasında sıkışmaya bağlı kalça ağrısı nedenlerinden biridir. Bugüne kadar olan vakalarda kalça ağrısı ile kuadratus femoris manyetik rezonans görüntüsünde iskiiofemoral aralığın daralması arasında bir ilişki olduğu bildirilmiştir. Travma veya cerrahi olsun olmasın orta yaşlı kadınlarda impingement sendromu görülebilir. Biz bu vakamızda kalça ağrısı nedeniyle periferik spondilartropati tanısı alan fakat tedaviye rağmen şikayetleri gerilemeyen, sonrasında iskiiofemoral impingement sendromu tanısı alan bir olguyu sunduk.

Anahtar Kelimeler: İskiofemoral İmpingement, Quadratus Femoris, İmpingement.

Abstract

Ischiofemoral impingement syndrome is usually one of the causes of hip pain due to constriction between ischemia and femur. It has been reported that there is a relations hip between hip pain and quadratus femoris magnetic resonance image narrowing of ischofemoral space in up to now cases. Impingement syndrome may be seen in middle-aged women, whether trauma or surgery. In this case, we presented a case of peripheral ischemic impingement syndrome that was diagnosed as peripheral spondylarthropathies due to hip pain but had no complaints despite treatment.

Keywords: Ischio femoral İmpingement, Quadratus Femoris, İmpingement

1. Giriş

Kalça ağrısının çeşitli nedenleri vardır. İskiofemoral impingement sendromu genellikle iskium ve femur arasında sıkışmaya bağlı kalça ağrısı nedenlerinden biridir. Durum genellikle travma veya kalça cerrahisiyle ilişkilidir [1,2]. Kalça manyetik rezonans görüntülemesinde iskiial tuberosite ile trokanter mesafenin daraldığı kuadratus femoris kasının anormal sinyali tespit edilebilir [3].

Biz bu vakamızda kalça ağrısı nedeniyle periferik spondilartropati tanısı alan fakat tedaviye rağmen şikayetleri gerilemeyen, sonrasında iskiiofemoral impingement tanısı alan bir olguyu sunduk

2. Olgu

40 yaşında bayan hasta kliniğimize 20 yıldır olan kalça ağrısı şikayeti ile başvurdu. Ağrısı sol kalçada daha belirgindi ve topuklarına kadar yayılıyordu. Yürürken özellikle sol kalçada snapping ve takılma hissi tarifliyordu. Ağrısı ayakta durmakla azalıyor, oturmakla artıyordu. Ağrılarında vizüel analog skalaya (VAS) göre 10 üzerinden 8 puan veriyordu. Kalça ağrılarında 6 yıldır yaklaşık yarım saat süren sabah tutukluğu da eşlik ediyordu. Hastanın ağrıları ve sabah tutukluğu 3 yıl önce doğum yapmasıyla daha da artmıştı. Diz, ayak

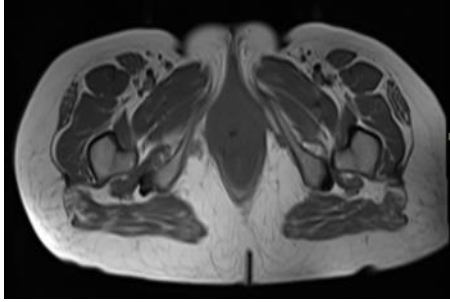
bilekleri, topuklar, omuzlar ve omurgalarında da yaygın ağrılar oluşmaya başlamıştı. Ayrıca halsizlik ve yorgunluk şikayeti mevcuttu. Ağrıları için etodolak, naproksen, indometazin, meloksikam kullanan hasta 1 yıl önce ağrılarının artmasıyla romatoloji polikliniğine başvurmuştu. Romatoloji polikliniğinde periferik spondiloartropati tanısı konularak 50 mg/gün indometazin ve 2 gr/gün sülfosalazin tedavisi başlanmıştı ve 6 ay sonunda indometazin 100 mg'a kadar çıkmıştı. Bu tedaviden fayda görmemesi üzerine TNF-alfa blokeri olan certolizumab (400 mg/ 2 haftada bir) tedavisine geçilmiştir. 3 doz certolizumab tedavisi sonrası semptomların gerilememesi üzerine başka bir TNF-alfa blokeri olan Etanercept'e (50 mg/hafta) switch yapılmıştı. Etanercept tedavisinin 3.dozunda enjeksiyon yeri reaksiyonu gelişmesi üzerine başka bir TNF-alfa blokeri olan Golimumab tedavisine switch yapılmıştı. Hastanın Golimumab tedavisinin 3.dozundan sonra ağrılarında az miktarda rahatlama olmuştu.

Hastanın özgeçmişinde 6-7 yaşlarında kaykaydan düşme şeklinde travma öyküsü mevcuttu. Travma sonrası ağrılarının olduğunu ve sonrasında rahatladığını

belirtiyordu. Özgeçmişinde ve soygeçmişinde başka bir özellik yoktu.

Fizik muayenesinde sol kalça iç ve dış rotasyonları range sonu kısıtlı ve ağrılıydı. Sağ kalça romları açık ağrısızdı. Patrick, Faber, Mennel ve sakroiliak kompresyon testleri bilateral negatifti. Düz bacak kaldırma testi solda 45 derecede pozitif sağda ise negatifti. Femoral germe testleri bilateral negatifti. Solda laseque testi pozitif. Siyatik vallerde solda tüm trase boyunca hassasiyet mevcuttu. Palpasyonda sol tarafta daha belirgin olmak üzere iskiüm ve trochanter majus orta noktasında hassasiyet mevcuttu. Lomberde eklem hareket açıklığı tamdı ve kas spazmı yoktu. Schober: 3 cm idi.

Resim 1:Kontrastlı Sakroiliak MR'da sakroileit bulgusu yok.



Resim 2:Pelvis anteroposterior görüntülemesinde koksikste sola eğrilik mevcut.



Ankilozan spondilite özel diğer yapılan ölçümlerde de herhangi bir kısıtlılık yoktu. Yapılan ayrıntılı fizik muayenesinde başka hiçbir ekleminde hareket kısıtlılığı yoktu. 18 fibromiyalji noktasının 12 tanesi hassastı. Hastanın torakal ve ayak bileği grafileri normaldi. Ön arka pelvis grafisinde koksikste sola doğru eğrilik mevcuttu (Resim2). Ultrasonografi ile her iki topuğunda da entezopati saptanmadı. Lumbosakral manyetik rezonans görüntülemesinde herhangi bir patoloji mevcut değildi. Kontrastlı sakroiliak manyetik rezonans görüntülemesinde sakroileiti yoktu (Resim1). Sağ kalça manyetik rezonans görüntülemesi normaldi. Sol kalça manyetik rezonans görüntülemesinde iskiöfemoral impingement pozitif (Resim3). Laboratuvarında CRP:3,48 mg/L, sedimentasyon:21 D vitamini: 20 ng/dl idi. Serum otoantikörleri, romatoid faktör, anti-citrulinpeptid antikörleri ve HLA-B27 negatifti. Hastanın deri, göz, intestinal muayenesinde herhangi bir patoloji saptanmadı. Hastaya ischiofemoral impingement tanısı konularak 15 mg/gün meloksikam

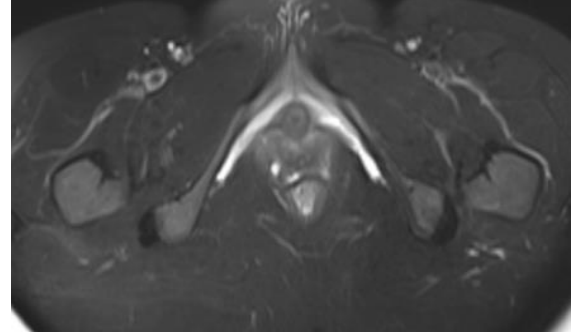
başlandı. Hastanın yaygın vücut ağrıları fibromiyalji olarak değerlendirildi ve duloksetin 60 mg/gün başlandı. 15 gün sonra hastanın ağrılarında belirgin azalma oldu.

3. Tartışma

Kalça ağrısının çeşitli nedenleri vardır. İskiöfemoralimpingementsendromu genellikle iskiüm ve femur arasında sıkışmaya bağlı kalça ağrısı nedenlerinden biridir. İskiöfemoral impingement etyolojisi belirsizdir ancak edinilmiş ve konjenital nedenler vardır [1]. Genellikle travma veya kalça cerrahisiyle ilişkilidir [1,2].

Kalça ağrısında lumbosakral radikülopati, priformis

Resim3:Kalça MR'da sol iskiöfemoral impingement pozitif.



sendromu, spinal stenoz ve iskiöfemoral impingement, spondilartropati gibi nedenleri düşünmeliyiz.

Bizim olgumuz kalça ağrısı nedeniyle periferik spondilartropati tanısı alıp fakat tedaviye rağmen şikayetleri gerilemeyip, sonrasında iskiöfemoral impingement tanısı almıştır. Hastaya nsaii tedavisi başlandı. 15 gün sonra hastanın ağrılarında belirgin azalma oldu.

Radyografilerde ve manyetik rezonans görüntülerinde şiddetli iskiöfemoral daralma, quadratus femoris kasında ödem ve iskiümde kistik değişiklikler görülür [6]. İskiöfemoral boşlukta daralma quadratus femoris kasının ve diğer kalça kaslarının özellikle de hamstring kasının ödemine veya yırtılmasına neden olur. Daralan iskiöfemoral boşluğun en duyarlı ve spesifik ölçümü 17 mm altında ve quadratus 8 mm altındadır [3].

Kalça manyetik rezonans görüntülemesi iskiyal tuberosite ile trokanter mesafenin daraldığı quadratus femoris kasının anormal sinyali tespit edilebilir [3]. Daralma bulgusu olmayan hastalarda bile quadratus femoris manyetik rezonans görüntülemesi anormallikleri saptanmıştır [4,5].

İskiöfemoral impingement sendromu kalça kaslarının ve çevreleyen yapıların yapısal veya patolojik değişikliğinden önce erken teşhis edilirse cerrahi olmadan medikal olarak tedavi edilebilir.

4. Kaynaklar

1. Johnson KA. Impingement of the lesser trochanter on the ischiofemoral space after total hip arthroplasty: report of three cases. J Bone Joint Surg Am 1977;59:268-9.
2. Ali AM, Whitwell D, Ostlere SJ. Case report: imaging and surgical treatment of a

- snappinghipduetoischiofemoralimpingement. SkeletalRadiol 2011;40:653-6.
3. Torriani M, Souto SC, Thomas BJ, Ouellette H, Bredella MA. Ischiofemoralimpingementsyndrome: an entitywithhippainandabnormalities of thequadratusfemorismuscle. AJR Am J Roentgenol 2009;193:186-90.
 4. O'Brien SD, Bui-Mansfield LT. MRI of quadratusfemorismuscle: anothercause of hippain. Am J Roentgenol. 2007;189:1185-9.
 5. Bui-Mansfield LT, O'Brien SD. Replytoletter (5). Am J Roentgenol. 2008;190:W380-1.
 6. Patti JW, Ouellette H, Bredella MA, Torriani M. Impingement of lessertrochanter on ischium as a potentialcauseforhippain. SkeletalRadiol 2008; 37:939-941

<http://edergi.cbu.edu.tr/ojs/index.php/cbusbed> isimli yazarın CBU-SBED başlıklı eseri bu Creative Commons Alıntı-Gayriticari4.0 Uluslararası Lisansı ile lisanslanmıştır.

