

E-ISSN 2148-5348  
ISSN 1300-0853

# sted

'Bilimsel  
ve Dostça'

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

KASIM | NOVEMBER  
ARALIK | DECEMBER  
2018 | 2018  
CİLT 27 | VOLUME 27  
SAYI 6 | ISSUE 6

# 6





#### Kurucu Editörler / Founding Editors

Dr. Füsün Sayek

Prof. Dr. Şükrü Hatun

#### Editör/ Editor

Doç. Dr. Orhan Odabaşı

#### Yardımcı Editörler / Assistant Editors

Prof. Dr. Aysun Balseven Odabaşı

Dr. Aylin Sena Beliner

#### Hakem Kurulu / Advisory Board

##### Acil Tıp / Emergency Medicine

Doç. Dr. Bülent Erbil

##### Adli Tıp / Forensic Medicine

Prof. Dr. Ümit Biçer

Dr. Durmuş Evcüman

Prof. Dr. Hamit Hancı

##### Aile Hekimliği / Family Medicine

Dr. Mehmet Özen

##### Beslenme ve Diyetetik / Nutrition and Dietetics

Prof. Dr. Gülden Pekcan

Dr. Hülya Yardımcı

##### Çocuk Cerrahisi / Paediatric Surgery

Prof. Dr. Onur Özen

##### Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları/ Paediatrics

Prof. Dr. Ufuk Beyazova

Dr. Ali Süha Çalıkoglu

Prof. Dr. Zela Ekinci

Prof. Dr. Şükrü Hatun

Prof. Dr. Nural Kiper

Prof. Dr. Serdar Kula

Prof. Dr. Figen Şahin

Prof. Dr. S. Songül Yalçın

Dr. Adnan Yüce

##### Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları/ Paediatric Psychiatry

Prof. Dr. Bahar Gökler

Doç. Dr. Dilşat Foto Özdemir

##### Deri Hastalıkları / Dermatology

Prof. Dr. Ertan Yılmaz

##### Tıp Tarihi ve Etik / Medical History and Ethics

Prof. Dr. Berna Arda

Prof. Dr. Nüket Örnek Büken

##### Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon / Physical Medicine and Rehabilitation

Doç. Dr. Deniz Erdoğan

Prof. Dr. Yeşim Gökçe Kutsal

##### Genel Cerrahi / Surgery

Prof. Dr. Osman Abbasoğlu

Prof. Dr. Semih Baskan

Dr. Naki Bulut

Prof. Dr. İskender Sayek

Prof. Dr. Cem Terzi

##### Genel Pratisyenlik / General Practice

Dr. Binnaz Başaran

Dr. Remzi Karşı

Dr. Alfert Sağdıç

Dr. Mustafa Sülkü

Dr. Figen Şahpaz

Dr. Hakan Şen

Dr. Emrah Şeyhoğlu

Dr. Fatih Şua Tapar

Dr. Yılmaz Yıldız

##### Halk Sağlığı / Public Health Medicine

Prof. Dr. Gazanfer Aksakoğlu

Prof. Dr. Dilek Aslan

Prof. Dr. Deniz Çalışkan

Prof. Dr. Muzaffer Eskiocak

Prof. Dr. Sibel Sakarya

Prof. Dr. Şevkat Bahar Özvarış

Doç. Dr. Özlem Sarıkaya

##### İç Hastalıkları / Internal Medicine

Prof. Dr. Erdal Akalın

Prof. Dr. Murat Akova

Prof. Dr. Önder Ergönül

Prof. Dr. Çetin Turgan

Prof. Dr. Serhat Ünal

##### Kadın Hastalıkları ve Doğum / Gynaecology and Obstetrics

Prof. Dr. Polat Dursun

Prof. Dr. Haldun Güner

##### Kulak Burun Boğaz Hastalıkları / Otorhinolaryngology

Doç. Dr. Orhan Yılmaz

##### Nöroloji / Neurology

Prof. Dr. Özden Şener

##### Ortopedi ve Travmatoloji/ Orthopaedics

Prof. Dr. Sinan Adıyaman

Prof. Dr. Muharrem Yazıcı

##### Psikiyatri / Psychiatry

Prof. Dr. Berna Uluğ

Prof. Dr. Aylin Uluşahin

##### Tıbbi Farmakoloji / Medical Pharmacology

Prof. Dr. Alper İskit

##### Tıp Bilişimi / Medical Informatic

Dr. Öğr. Üyesi Arif Onan

##### Tıp Eğitimi / Medical Education

Prof. Dr. Melih Elçin

##### Tıp Hukuku / Medical Law

Av. Mustafa Güler

#### Sahibi ve Sorumlu Yazı İşleri Müdürü / Owner and Responsible Editor

Prof. Dr. Sinan Adıyaman

#### Hazırlık ve Tasarım / Preparation and Design

Yeter Canbulat

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

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

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

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

#### Yayın İdare Merkezi ve İletişim Adresi

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

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

Baskı Tarihi: Ekim 2018



### Merhaba,

Gün başlıyor, mevsim yaz sonrası. Doğal, gün ışığı olmuyor güne başlama uyarısı.

Rutin ile başlıyoruz güne. İşe yetişme, trafik, bekleyen hastalar. Dünün kopyası ... Arada küçük molalar, nefes alma çabaları.

Herkese iyi gelir, çabanın fark edilmesi, özenli olduğunun, iyisi için gösterdiğin gayretin sezinlenmesi. El sağlığı, bir teşekkür, içten sağol, gözlerde bir minnet bakışı.

Kimi zaman insan yaptıklarının değerini görmek, hedefine ulaşp ulaşmadığını ayırt etmek, babamın dediği gibi "attığın taşın, ürküttüğün kurbağanın hesabını bilmek" istiyor.

Zamanla yinelemek, sıradanlaşma, değersizleşme, çok değer verdiğiniz işleri bile, bir süre sonra yapmama eğilimi doğuruyor. Ardından yapmıyorsunuz. Yapmadığınızda, hayatın



Fotoğraf: "Kadına Dair" Züleyha Tehinoğlu  
TTB-STED Fotoğraf Yarışması 2017 Sergi Ödülü

değişmediğini, seyrinde aktığını gördüğünüzde, bir gereksiz, sahipsiz çabanın bittiğini, içiniz burulsa da kabulleniyorsunuz.

Düşünüp dile getirdikleriniz, yazdıklarınız, kaygılanıp olumsuz duygudan çıkmak adına umut ışığı aradığınız, zor zamanlar ve durumlarda elele birlikte, ortak çaba duygusu, ortak kararlılık, sahiplenme mesajlarınızın sayfalar arasında sıkışıp kaldığını hissettiğinizde, görüp düşündüğünüzde, yüreğinizde incecik, yemyeşil bir dalın kırıldığını duyumsuyorsunuz.

İnsan hızla uyum sağlayabiliyor. Darlandığında soluk almak için başka çabalar, uğraşlar, birliktelikler buluyor.

Değer verdiklerinizi, değer görmediğinde, varlığı – yokluğu belirsizleştğinde ardınızda bırakabiliyorsunuz.

Ne zaman ki bir dostunuz, yaptığınız o işi, çabanızı anımsıyor, anımsatıyor. Değer verdiğini, artık yapmamanızdan dolayı sitemde bulunuyor. İşte o an, içiniz içinize sığmıyor, "bütün kara parçalarında, Afrika dahil" güneş doğallığında doğuyor.

...

*Senin bir havan var beni asıl saran o  
Onunla daha bir değere biniyor soluk almak  
Sabahları acıktığı için haklı  
Gününü kazanıp kurtardı diye güzel  
Birçok çiçek adları gibi güzel  
En tanınmış kırmızılarla açan  
Bütün kara parçalarında Afrika dahil.\**

Sağol sevgili arkadaşım, anımsadığın için, anımsattığın için.

Kimsenin fark etmemesi aslında bir işin yapılmadığını ya da iyi yapılmadığı anlamına gelmiyor. Ama farkında olduklarını belirtmeleri, geribildirim vermeleri, çalışana, üretime iyi, çok iyi geliyor.

Esirgemeyelim ...

**Bilimsel ve dostça kalın.**

\*Cemal Süreya, Üvercinka.



## Araştırma / Research

- Hemşirelik Bölümü Öğrencilerinin Lezbiyen, Gey, Biseksüel, Transgender ve İnterseks (LGBTİ) Bireylere İlişkin Tutumları 373  
*Attitude of Nursing School Students towards Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender and Intersex (LGBTI) Individuals*  
Burcu Küçükkaya, Hatice Kahyaoğlu Süt
- Amasya İl Merkezindeki Aile Sağlığı Merkezlerine Başvuran Kadınların Aile Planlaması Yöntem Kullanımı ve Etkileyen Faktörler 384  
*Use of Family Planning Methods by Women Applicants to Amasya Central Public Health Centre and Influencing Factors*  
Saadet Gonca Mavi Aydoğdu, Emine Akça
- Afyonkarahisar'da Hekimlerin ve Tıp Öğrencilerinin Mobil Sağlık Uygulamalarını Kullanımı ve Bu Konudaki Görüşleri 392  
*Mobile Health Practices by Physicians and Students of Medicine in Afyonkarahisar and their Opinions on the Issue*  
Kadriye Avcı, Hasan Nadir Rana
- İzmirde Bir Devlet Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin İşyeri Zorbalığına Maruz Kalma Durumları ve Yaşam Kalitelerinin Değerlendirilmesi 400  
*Incidence of Workplace Bullying that Nurses Employed in a State Hospital in İzmir are Exposed to and Assessment of their Life Quality*  
Nurgül Güngör Tavşanlı, Sevgi Nehir Türkmen, Begüm Es
- Hemodiyaliz Tedavisi Alan Bireylerin Sıvı Kısıtlamasına Uyumu 407  
*Adaptation to Liquid Intake Restriction by Persons Undergoing Haemodialysis Treatment*  
Ayyüce Tuba Kulaksız, Selda Arslan
- Bir Sağlık Bilimleri Fakültesinde Okuyan Öğrencilerin Madde Kullanım Özellikleri ve Tutumlar 415  
*Substance Use Characteristics and Attitudes of Students in a Faculty of Health Sciences*  
Elif Aşık, Sevil Albayrak, Menekşe Gül Kamanlı, Selen Gadiş, Seher Elibol, Adem Çetin, Tuğçe Özçelik

## Derleme / Review Article

- Kozmetolojide Kullanılan Bazı Kimyasalların Gebelik, Yenidoğan ve Genel Sağlık Üzerine Etkileri 421  
*Effects of Some Chemicals Used in Cosmetology on Pregnant, Newborn and General Health*  
Aysel Bülez, Arzu Kul Uçtu
- Mobil Sağlık ve Hemşirelik 427  
*Mobile Health and Nursing*  
Melek Ardahan, Ceren Akdeniz
- Betty Neuman Sistem Modeli 434  
*Betty Neuman Systems Model*  
Burcu Genç Köse, Birsan Canan Demirbağ
- Kathryn Eleain Barnard'ın Ebeveyn Çocuk Etkileşim Modeli ile Down Sendromlu Bir Çocuğa Hemşirelik Bakımı 441  
*Nursing Care of a Child with Down Sendrom According to Barnard's Parents Child Interaction Model*  
Canan Sarı, Birsan Canan Demirbağ

## Kapak Fotoğrafı / Cover Photo



"Gürültü" Serdar Başboğa  
TTB-STED Fotoğraf Yarışması 2017  
Galeri Sanat Yapım Ödülü

**Dr. Serdar Başboğa:** 1993 Eskişehir doğumluyum. 2011 yılında Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesini kazandım. Fotoğrafçılığa, fakültenin ilk senesinde "Hacettepe Üniversitesi Fotoğraf Topluluğu (HÜFOT)"na üye olarak başladım. İlerleyen yıllarda HÜFOT'un yönetim kurulu üyeliğini ve daha sonrasında da başkanlığını yaptım. Üniversite yıllarım boyunca çeşitli yarışma ve sergi ödülleri kazandım. Bir dönem portre ve manzara fotoğrafı ile ilgilendim. Ancak şu anda daha çok doğa fotoğrafları çekiyorum. Fırsat buldukça, fotoğraf çekmek için doğa gezileri yapıp, kamp kuruyorum. Halen bir ilçe hastanesinin acil servisinde zorunlu hizmetimi yapmaktayım. Yakın bir zamanda ihtisasa başlayacağım. Mesleğimin zorluğu ve yoğunluğa karşın ilerleyen yıllarda da fotoğrafla hep iç içe olmak istiyorum.



Burcu Küçükkaya<sup>1</sup>, Hatice Kahyaoğlu Süt<sup>2</sup>

Geliş/Received : 29.12.2017  
Kabul/Accepted : 11.03.2018

## Öz

**Amaç:** Bu çalışma da hemşirelik bölümü öğrencilerinin lezbiyen, gey, biseksüel, transgender ve interseks (LGBTİ) bireylere ilişkin tutumlarının incelenmesi amaçlanmıştır.

**Gereç ve Yöntem:** Kesitsel ve tanımlayıcı özellikteki bu araştırma Temmuz-Ağustos 2016 tarihleri arasında Türkiye'nin farklı üniversitelerinden bir üniversitenin Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik bölümü yaz okuluna kayıt olan 545 tane öğrencisi üzerinde yürütülmüştür. Veriler araştırmacılar tarafından literatür incelenerek hazırlanan bir anket formu ile toplanmıştır.

**Bulgular:** Çalışmaya katılan öğrencilerin yaş ortalaması  $21.9 \pm 2.17$  olup %50.5'inin cinsiyeti kadındır. Hemşirelik öğrencilerinin LGBTİ bireylere ilişkin görüşleri incelendiğinde; özellikle erkek öğrencilerin LGBTİ'nin ne demek olduğunu daha fazla bildikleri ( $p=0.040$ ), LGBTİ bireyin cinsel yönelimini/kimliğini açıkça söyleyememesinin nedenini toplumsal baskı olarak düşündükleri ( $p=0.027$ ), LGBTİ'nin bir hastalık olduğunu ve tedavi edilmesi gerektiğini ( $p=0.018$ ), LGBTİ bireye bakım verirken rahatsız olacaklarını ( $p=0.014$ ), LGBTİ bireyde cinsel yolla bulaşan enfeksiyon bulunabileceğini ( $p=0.047$ ), LGBTİ bireye cinsel yönelimi/kimliği nedeniyle ayrımcılık uygulayacaklarını kadın öğrencilere göre daha fazla düşündüğü ( $p=0.007$ ) belirlenmiştir.

**Sonuç:** Hemşirelik öğrencilerinin mezuniyet öncesi döneminde LGBTİ bireylerin sağlık hakkı, gereksinimleri ve bakımları konusunda eğitim almaları önerilmektedir.

**Anahtar sözcükler:** Hemşirelik, Öğrenci, LGBTİ, Tutum

## Abstract

**Objective:** This study seeks to examine the attitude of students in nursing school towards lesbian, gay, bisexual, transgender and Intersex (LGBTI) individuals.

**Materials and Method:** This cross-sectional and descriptive study was conducted in the period July-August 2016 with 545 students enrolled to the summer school organized for Departments of Nursing from different Faculties of Health Sciences. Data were collected through a questionnaire prepared by researchers after going over the relevant literature.

**Findings:** The average age of students participating to the survey is  $21.9 \pm 2.17$  and 50.5% of participants are women. Examining opinions of nursing students concerning LGBTI individuals it is observed that male students are more informed or they consider the following more than female students: Information about what LGBTI means ( $p=0.040$ ); it is social pressures that keep LGBTI individuals from declaring their sexual orientation/identity ( $p=0.027$ ); LGBTI is a disease that must be treated ( $p=0.018$ ); they would get disturbed when giving care to a LGBTI individual ( $p=0.014$ ), LGBTI individuals may have sexually transmitted infections ( $p=0.047$ ); and they would discriminate against the LGBTI for their sexual orientation/identity ( $p=0.007$ ).

**Conclusion:** It is suggested that nursing students must receive undergraduate education on the right to health of LGBTI individuals, their needs and health care.

**Key words:** Nursing, Student, LGBTI, Attitude

\*Bu çalışma 7-8 Ekim 2016 tarihleri arasında İzmir'de düzenlenmiş olan "I. Uluslararası II. Ulusal Kadın Hastalıkları ve Ana Çocuk Sağlığı Kongresi" nde sözel bildiri olarak sunulmuştur.

1 Trakya Ü. Sağlık Bilimleri Fak. Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği AD, Edirne

2 Dr. Öğr. Üyesi; Trakya Ü. Sağlık Bilimleri Fak. Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği AD, Edirne

## Giriş

LGBTİ; lezbiyen, gey, biseksüel, transseksüel, interseks olarak tanımlanan cinsiyet, toplumsal cinsiyet ve cinsel yönelimle ilgili kavramların bir araya geldiği bir kısaltma olarak karşımıza çıkmaktadır (1). LGBTİ'nin açılımına baktığımızda; L-lezbiyenlik kadının kadına, G-geylik erkeğin erkeğe, B-biseksüellik insanların hem kendi hem de karşı cinse ilgi duyması, T-transseksüellik kişinin cinsiyet olarak kendini yanlış bedende olduğunu hissetmesi ve olmak istediği cinsiyette yaşamak için çok yoğun istek duyması, İ-interseks tıbbi olarak "standart olmayan" üreme organlarıyla doğmuş kişiler anlamına gelmektedir (2,3). Birleşik Devletler'de 8 milyondan fazla yetişkin lezbiyen, gey veya biseksüel olarak tanımlanmakta ve yaklaşık 700.000 kişinin ise transseksüel olduğu bilinmektedir. Bildirilen bazı raporlar ise cinsel tercihlerini açıklamayan LGBTİ bireylerin bulunduğu ve belirtilen oranın % 10 kadar yükselebileceğini öne sürmektedir (4,5). Ülkemizde ise Türkiye İstatistik Kurumu'nun verilerinde cinsel yönelimlere ait veriler bulunmadığı için toplumumuzda LGBTİ bireylerin oranı bilinmemektedir (6). LGBTİ bireyler ülkemizde de, dünyada da birçok olumsuz ve zor durumlarla karşı karşıya gelmektedir. Ayrımcılık, damgalanma, sağlık hizmetlerine erişimde yetersizlik, aile ve sosyal çevre tarafından hoşgörüsüz davranılma, iş hayatında karşılaşılan olumsuzluklar, askerlikle ilgili uygulamalarda yaşanan sorunlar, eğitim hayatları boyunca maruz kaldıkları yaklaşımlar, HIV/AIDS gibi cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar, depresyon, toplumsal yaşamda bir takım sınırlamalar ve zorluklarla karşılaşmaktadırlar (7-12). LGBTİ bireyler için ülkemizde toplumsal cinsiyet kimliği ve cinsel yönelim nedeniyle birinci basamakta sunulan temel sağlık hizmetleri; bağışıklama, koruyucu hekimlik, sağlık danışmanlığı ile kronik hastalıkların erken tanı ve tedavisini içermektedir. LGBTİ bireylerin temel sağlık gereksinimleri ve sağlık sorunları genel popülasyon ile benzerlikler gösterip homofobi, dışlanma, ayrımcılık nedenleriyle kronik stres, anksiyete ve depresyon, diğer ruhsal sağlık sorunları açısından daha fazla risk altındadırlar. LGBTİ bireylerin gereksinimlerine ve uluslararası rehberlere uygun sağlık hizmeti olanakları sağlanmalıdır (1).

Türkiye'de 1980'lerin ikinci yarısından itibaren eşcinsel hareket örgütlü hale gelmeye başlamış ve

1993'de LGBTİ Dayanışma Derneği Lambdaistanbul kurulmuştur. Lambdaistanbul'un 2006 yılında biseksüeller ve eşcinsellerle yaptığı bir araştırmada, sosyal şiddet türlerinden herhangi birini yaşayanların oranı %87, fiziksel şiddet türlerinden en az birini yaşayanların oranı ise %23 olarak belirlenmiştir (13). Yine Lambdaistanbul'un 2010 yılında trans kadınlarla yaptığı araştırmada, trans kadınların %90,5'inin polis, asker gibi güvenlik güçleri tarafından, %79,3'ünün ise tanımadığı kişiler tarafından fiziksel şiddete uğradığı; trans kadınların %21,6'sının kardeşleri, %19,8'inin babaları tarafından fiziksel şiddete maruz kaldığı tespit edilmiştir (14).

Avrupa Konseyi Bakanlar Komitesi'nin "Cinsel Yönelim veya Cinsiyet Kimliği Temellerinde Ayrımcılıkla Mücadeleye Dair Önlemler" ile ilgili CM/Rec (2010) 5 sayılı ve 31 Mart 2010 tarihli Tavsiye Kararı'nda; üye 47 devlet tarafından hem kamu hem de özel sektörde, iş ve meslek alanlarında cinsel yönelim veya cinsiyet kimliği temelli ayrımcılığa karşı etkili bir koruma gücü sağlamak için uygun önlemlerin hayata geçirilerek garanti altına alınması kararı alınmıştır. Bu karara yönelik alınacak önlemler, iş istihdamına ve terfiye erişim koşulları ile işten çıkarma, ücret ve çalışma koşullarının iyileştirilmesini kapsamalı; ayrıca taciz ve mağdurlaştırmaların önlenmesini, mücadele edilmesini ve bu eylemlerin cezalandırılmasını da içermeli şeklinde belirtilmektedir (15,16). Ülkemiz Avrupa Konseyi'nin 1949'dan beri üyesi olup Avrupa Konseyi Bakanlar Komitesi'nin aldığı kararları uygulamaktadır. Avrupa Konseyi kararlarına ek olarak Türkiye Cumhuriyeti Anayasası'nın 2, 5, 10, 13, 16, 17, 19, 20, 21, 26 ve 33. maddeleri çerçevesinde "yaşam hakkı, kişi güvenliği, ayrımcılıktan korunma hakkı, ifade, toplanma ve örgütlenme özgürlüğü; lezbiyen, gey, biseksüel ve trans vatandaşların tüm vatandaşlar gibi temel hak ve özgürlükleri kapsamındadır; kişiliklerine bağlı dokunulmaz, devredilmez, vazgeçilmezdir ve bu anayasal güvence ile belirlenmiştir" şeklinde var olan ülkemiz yasaları bulunmaktadır (17). Ancak bir Avrupa Konseyi üyesi ve Avrupa Birliği üyeliğine aday olan ülkemizde LGBTİ bireylerin insan haklarını iyileştirme ve ayrımcılıkla mücadele konularında bugüne kadar herhangi bir gelişme yaşanmamıştır (18).

LGBTİ bireyler, cinsel yönelim ve cinsiyet kimliğine dayalı olarak temel insan hakları ihlaline ve ayrımcılığa maruz kalmaktadırlar. Ülkemizde yapılan yasal düzenlemeler ve ulusal politikalarda, Türkiye’de yaşayan LGBTİ bireylerin eşit haklara sahip olması konusunda eksiklikler bulunmaktadır. Ulusal mevzuat Türkiye’de cinsiyet değiştirme tedavisi hakkını kabul etmekte, ancak uygulamada ciddi kısıtlamalar bulunmaktadır. Cinsel tercihe bağlı olmaksızın edinilen cinsiyet kimliği, toplumda cinsel tercih nedeniyle cinsiyet kimliğinin değiştirildiği düşüncesini oluşturarak, LGBTİ bireylerin toplumsal ayrımcılığa uğramasında birincil faktör olmaktadır. Ekmekci ve Arda çalışmasında, ülkemizde yapılan sınırlı sayıda çalışmanın sonucuna göre Türk toplumunun çoğunluğun LGBTİ bireylere yönelik olumsuz algıya sahip olduğunu belirtmişlerdir (18). Ekmekci, LGBTİ bireylerin adil ve eşit haklara sahip olmasında toplumların kültürel, politik ve dini özelliklerinin olumsuz faktörler olduğunu ve yapılan çalışmaların LGBTİ bireylerin dezavantajlı grup olduğunu kanıtladığını bildirmiştir. Dezavantajları telafi etmek için toplumun etik görevinin, LGBTİ bireyleri sosyal ve sağlık hakları açısından toplumun ayrılmaz bir parçası olarak kabul etmesinin önemli olduğunu vurgulamıştır (19).

Ülkemiz sağlık profesyonellerinin eğitim sisteminde LGBTİ birey ve ailelerine nasıl yaklaşılabileceği veya nasıl iletişim kurulabileceği konularında eksiklikler bulunmaktadır. LGBTİ bireyler, sağlık profesyonelleri tarafından objektif bilgi ve mesleki etik kurallar yerine kültürel, ahlaki ve dini değerler ile değerlendirilerek yüksek oranda önyargı ve ayrımcılığa maruz kalmaktadırlar. Sağlık profesyonelleri tarafından yapılan bu ayrımcılık, LGBTİ bireylerin Türkiye’deki sağlık hizmetlerine erişiminde gittikçe büyüyen bir sorun oluşturmaktadır. LGBTİ bireye önyargısız yaklaşım, iletişim, etik kurallar ve sağlık hakkı konularının sağlık profesyonellerinin mezuniyet öncesi ders müfredatlarında, mezuniyet sonrası ise hizmet içi eğitimlerinde yer verilmesine ihtiyaç bulunmaktadır (18). Bir sağlık profesyoneli olan hemşireler, LGBTİ bireyi bakım verici, danışmanlık, eğitici, hasta haklarını savunucu rollerini aktif olarak kullanarak sağlık bakım hizmeti kapsamında bütüncül olarak değerlendirmelidir (8). Geleceğin hemşireleri olacak hemşirelik

öğrencilerinin eğitim süreçlerinde; LGBTİ bireylere yönelik bütüncül ve hasta merkezli değerlendirme yapıp bakım vermelerinin ve bu süreçte yeterli düzeyde olgunluğa ulaşmalarının sağlanması gerekmektedir (20,21).

Çalışmada hemşirelik bölümü öğrencilerinin LGBTİ bireylere ilişkin tutumlarının incelenmesi amaçlanmaktadır. Literatürü incelediğimizde ülkemizde bu konuda yapılmış herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır. Çalışmamız bu konuda hem literatürü destekleyecek hem de ülkemiz hemşirelik öğrencilerinin eğitimleri sürecinde LGBTİ bireylere ilişkin tutumları hakkında bilgilenmemizi ve eğitim gereksinimlerinin belirlenmesini sağlayacaktır.

## **Gereç ve Yöntem**

### **Araştırmanın Tipi**

Bu çalışma kesitsel ve tanımlayıcı tiptedir.

### **Araştırmanın Yeri ve Zamanı**

Çalışma bir üniversitenin sağlık bilimleri fakültesi hemşirelik bölümü yaz okulu döneminde Temmuz - Ağustos 2016 tarihleri arasında yürütülmüştür.

### **Araştırmanın Evren ve Örneklemi**

Araştırmanın evrenini Türkiye’nin farklı üniversitelerinden bir üniversitenin Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik bölümü yaz okuluna kayıt olan 2., 3. ve 4. sınıflarında eğitim gören n=720 öğrenci oluşturmakta olup örneklem seçimine gidilmeden gönüllü n=545 öğrenci katılımıyla çalışma yürütülmüştür.

### **Veri Toplama Araçları**

Verilerin toplanmasında araştırmacılar tarafından literatür incelenerek hazırlanan 21 soruluk bir bilgi formu kullanılmıştır.

Bilgi Formu: Araştırmacılar tarafından literatür incelenerek hazırlanan bilgi formu; öğrencilerin sosyo-demografik özelliklerini sorgulayan (cinsiyet, yaş, sınıf düzeyi, mezun olunan lise, anne ve baba eğitim durumu, gelir durumu, medeni durum, yaşadığı bölge) 9 soru, LGBTİ birey ile ilgili görüşlerin sorgulandığı 12 sorudan oluşmaktadır (21-24).

### **Araştırmanın Etik Yönü**

Çalışmanın öğrenciler üzerinde uygulanabilmesi için çalışmanın yürütüleceği üniversitenin bilimsel



araştırmalar etik kurulundan BAEK 2016/206 numaralı etik onay ve sağlık bilimleri fakültesi dekanlığından yazılı izin alınmıştır.

### Verilerin Toplanması

Veriler öğrencilerin ders sonrası saatlerine denk gelecek şekilde, öğrencilere çalışmanın amacı açıklanarak toplanmıştır. Sadece bilgi formunu doldurmayı kabul eden gönüllüler çalışmaya dahil

edilmiştir. Bilgi formunun doldurulması yaklaşık 10 dakika sürmüştür.

### Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmanın niceliksel sonuçları ortalama  $\pm$  standart sapma ile, kategorik sonuçları ise sayı (n) ve yüzde (%) olarak gösterilmiştir. Veriler tanımlayıcı istatistik ve Ki-Kare testi yöntemleri ile SPSS 21.0 istatistiksel paket programı kullanılarak değerlendirilmiştir.

### Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu çalışmada geçerlilik güvenirliği belirlenmemiş bir ölçüm aracının kullanılmış olması temel sınırlılıklar olarak görülmektedir.

### Bulgular

Araştırmaya katılan 545 hemşirelik öğrencisinin yaş ortalaması  $21.9 \pm 2.17$  olup %50.5'inin cinsiyeti kadındır. Öğrencilerin %30.6'sı 2. sınıf, %37.6'sı 3. sınıf, %30.8'i 4. sınıf ve %47.9'u Anadolu lisesi mezunudur. Anne eğitim durumu %73'ünde ilköğretim ve altı, baba eğitim durumu %57.4'ünde lise ve üzeridir. %73.2'sinin aylık geliri gelir gidere eşit, %98.3'ünün medeni hali bekarıdır. Yaşadığı bölgelere bakıldığında; %22.2'si Güneydoğu Anadolu Bölgesi'nde yaşamaktadır (Tablo 1).

Çalışmada hemşirelik öğrencilerinin LGBTİ bireylere ilişkin görüşlerini incelediğimizde; öğrencilerin %92.5'inin LGBTİ'yi bildiği ve %56.0'sının LGBTİ bireyin cinsel yönelimi/kimliğini açıkça söylememesi gerektiğini düşündüğü saptanmıştır. LGBTİ bireyin cinsel yönelimi/kimliğini açıkça söylememesi gerektiğini düşünenlerin %53.2'sinin bunun nedeninin "toplumsal baskı" olarak gördüğü belirlenmiştir. Öğrencilerin %50.8'inin LGBTİ'nin bir hastalık olduğunu ve tedavi edilmesi gerektiğini düşündüğü, %82.2'sinin kliniklerde LGBTİ bireyle karşılaşmadığı, %57.1'inin kliniklerde LGBTİ bireyle karşılaşırca olabildiğince kısa süre bir arada kalmak isteyeceği, %54.9'unun LGBTİ bireyin normal bireylerle aynı hasta odasını paylaşabileceğini düşündüğü, %73.6'sının LGBTİ bireye bakım verirken rahatsız olmayacağı, %64.0'ünün LGBTİ bireyde cinsel yolla bulaşan enfeksiyon bulunduğundan şüpheleneceği belirlenmiştir. Öğrencilerin %82.6'sının LGBTİ bireye cinsel yönelimi/kimliği nedeniyle ayrımcılık uygulamayacağını düşündüğü bulunmuştur. LGBTİ bireye cinsel yönelimi/kimliği nedeniyle

**Tablo 1.** Hemşirelik öğrencilerinin sosyo-demografik tanımlayıcı özellikleri (n=545)

|                            | <b>X<math>\pm</math> SS</b>     |          |
|----------------------------|---------------------------------|----------|
|                            | <b>21.9<math>\pm</math>2.17</b> |          |
|                            | <b>n</b>                        | <b>%</b> |
| <b>Cinsiyet</b>            |                                 |          |
| Erkek                      | 270                             | 50.5     |
| Kadın                      | 275                             | 49.5     |
| <b>Sınıfı</b>              |                                 |          |
| 2. Sınıf                   | 172                             | 31.6     |
| 3. Sınıf                   | 205                             | 37.6     |
| 4. Sınıf                   | 168                             | 30.8     |
| <b>Mezun Olunan Lise</b>   |                                 |          |
| Düz Lise                   | 197                             | 36.1     |
| Anadolu                    | 261                             | 47.9     |
| Meslek lisesi              | 66                              | 12.1     |
| Diğer                      | 21                              | 3.9      |
| <b>Anne Eğitim Durumu</b>  |                                 |          |
| İlköğretim ve altı         | 398                             | 73.0     |
| Lise ve üstü               | 147                             | 27.0     |
| <b>Baba Eğitim Durumu</b>  |                                 |          |
| İlköğretim ve altı         | 232                             | 42.6     |
| Lise ve üstü               | 313                             | 57.4     |
| <b>Gelir Durumu</b>        |                                 |          |
| Gelir giderden az          | 71                              | 13.0     |
| Gelir gidere eşit          | 399                             | 73.2     |
| Gelir giderden fazla       | 75                              | 13.8     |
| <b>Medeni Hal</b>          |                                 |          |
| Bekar                      | 536                             | 98.3     |
| Evli                       | 9                               | 1.7      |
| <b>Yaşadığı Bölge</b>      |                                 |          |
| Marmara Bölgesi            | 70                              | 12.8     |
| Karadeniz Bölgesi          | 78                              | 14.3     |
| Ege Bölgesi                | 72                              | 13.2     |
| İç Anadolu Bölgesi         | 64                              | 11.7     |
| Doğu Anadolu Bölgesi       | 78                              | 14.3     |
| Akdeniz Bölgesi            | 62                              | 11.4     |
| Güney Doğu Anadolu Bölgesi | 121                             | 22.2     |



**Tablo 2.** Hemşirelik öğrencilerinin LGBTİ bireylere ilişkin görüşleri (n=545)

|                                                                                                                       | n   | %    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|------|
| <b>LGBTİ'yi bilme durumu</b>                                                                                          |     |      |
| Hayır                                                                                                                 | 41  | 7.5  |
| Evet                                                                                                                  | 504 | 92.5 |
| <b>Sizce LGBTİ birey cinsel yönelimini/kimliğini açıkça söylemeli midir?</b>                                          |     |      |
| Hayır                                                                                                                 | 305 | 56.0 |
| Evet                                                                                                                  | 240 | 44.0 |
| <b>Sizce LGBTİ birey cinsel yönelimini/kimliğini açıkça söyleyemez ise nedeni nedir?</b>                              |     |      |
| Ailevi Baskı                                                                                                          | 20  | 3.7  |
| Toplumsal Baskı                                                                                                       | 290 | 53.2 |
| Bireysel Sebepler                                                                                                     | 152 | 27.9 |
| Dini İnançlar                                                                                                         | 31  | 5.7  |
| Hepsi                                                                                                                 | 45  | 8.3  |
| Diğer                                                                                                                 | 7   | 1.3  |
| <b>Sizce LGBTİ bir hastalık mıdır ve tedavi edilmeli midir?</b>                                                       |     |      |
| Hayır                                                                                                                 | 268 | 49.2 |
| Evet                                                                                                                  | 277 | 50.8 |
| <b>Kliniklerde LGBTİ bireyle karşılaştınız mı?</b>                                                                    |     |      |
| Hayır                                                                                                                 | 448 | 82.2 |
| Evet                                                                                                                  | 97  | 17.8 |
| <b>Klinikte LGBTİ bireyle olabildiğince kısa süre bir arada olmaya çalışır mısınız?</b>                               |     |      |
| Hayır                                                                                                                 | 311 | 57.1 |
| Evet                                                                                                                  | 234 | 42.9 |
| <b>LGBTİ bireyin normal bireylerle aynı hasta odasını paylaşmasını uygun bulur musunuz?</b>                           |     |      |
| Hayır                                                                                                                 | 246 | 45.1 |
| Evet                                                                                                                  | 299 | 54.9 |
| <b>LGBTİ bireye bakım verirken rahatsız olur musunuz?</b>                                                             |     |      |
| Hayır                                                                                                                 | 401 | 73.6 |
| Evet                                                                                                                  | 144 | 26.4 |
| <b>LGBTİ bireyde cinsel yolla bulaşan enfeksiyon bulunduğu şüphelenir misiniz?</b>                                    |     |      |
| Hayır                                                                                                                 | 196 | 36.0 |
| Evet                                                                                                                  | 349 | 64.0 |
| <b>LGBTİ bireye cinsel yönelimi/kimliği sebebiyle ayrımcılık uygular mısınız?</b>                                     |     |      |
| Hayır                                                                                                                 | 450 | 82.6 |
| Evet                                                                                                                  | 95  | 17.4 |
| <b>LGBTİ bireye cinsel yönelimi/kimliği sebebiyle ayrımcılık uygular iseniz sebebi nedir?</b>                         |     |      |
| Ön yargılı olma                                                                                                       | 22  | 23.2 |
| Dini inançlar                                                                                                         | 54  | 56.8 |
| Toplumsal değerler                                                                                                    | 13  | 13.7 |
| Yeterli bilgiye sahip olmama                                                                                          | 6   | 6.3  |
| <b>LGBTİ bireye cinsel yönelimi/kimliği sebebiyle ayrımcılık uygular iseniz tepkinizi bireye yansıtır mısınız?</b>    |     |      |
| Hayır                                                                                                                 | 28  | 29.5 |
| Evet                                                                                                                  | 67  | 70.5 |
| <b>LGBTİ bireye cinsel yönelimi/kimliği sebebiyle ayrımcılık uygular iseniz bireye tepkinizi nasıl yansıtırsınız?</b> |     |      |
| Bakış ve Mimiklerle                                                                                                   | 57  | 60.0 |
| Sözel Yolla                                                                                                           | 12  | 12.6 |
| Görmezden Gelerek                                                                                                     | 15  | 15.8 |
| Hemşirelik Bakımını Vermek İstemeyerek                                                                                | 7   | 7.4  |
| Hoşgörüsüz Davranarak                                                                                                 | 4   | 4.2  |

**Tablo 3.** Hemşirelik öğrencilerinin cinsiyete göre LGBTİ bireylere ilişkin görüşleri

|                                                                                             | Kadın<br>(n=275) | Erkek<br>(n=270) | p     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|------------------|-------|
| <b>LGBTİ'yi bilme durumu</b>                                                                |                  |                  |       |
| Hayır                                                                                       | 27 (%9.8)        | 14 (%5.2)        | 0.040 |
| Evet                                                                                        | 248 (%90.2)      | 256 (%94.8)      |       |
| <b>Sizce LGBTİ birey cinsel yönelimini/kimliğini açıkça söylemeli midir?</b>                |                  |                  |       |
| Hayır                                                                                       | 143 (%52.0)      | 162 (%60.0)      | 0.060 |
| Evet                                                                                        | 132 (%48.0)      | 108 (%40.0)      |       |
| <b>Sizce LGBTİ birey cinsel yönelimini/kimliğini açıkça söyleyemez ise nedeni nedir?</b>    |                  |                  |       |
| Ailevi baskı                                                                                | 15 (%5.5)        | 5 (%1.9)         | 0.027 |
| Toplumsal baskı                                                                             | 144 (%52.4)      | 146 (%54.1)      |       |
| Bireysel sebepler                                                                           | 83 (%30.2)       | 69 (%25.6)       |       |
| Dini inançlar                                                                               | 11 (%4.0)        | 20 (%7.4)        |       |
| Diğer                                                                                       | 1 (%0.4)         | 6 (%2.2)         |       |
| Hepsi                                                                                       | 21 (%7.6)        | 24 (%8.9)        |       |
| <b>Sizce LGBTİ bir hastalık mıdır ve tedavi edilmeli midir?</b>                             |                  |                  |       |
| Hayır                                                                                       | 149 (%54.2)      | 119 (%44.1)      | 0.018 |
| Evet                                                                                        | 45 (%16.4)       | 52 (%19.3)       |       |
| <b>Kliniklerde LGBTİ bireyle karşılaştınız mı?</b>                                          |                  |                  |       |
| Hayır                                                                                       | 230 (%83.6)      | 218 (%80.7)      | 0.377 |
| Evet                                                                                        | 45 (%16.4)       | 52 (%19.3)       |       |
| <b>Klinikte LGBTİ bireyle olabildiğince kısa süre bir arada olmaya çalışır mısınız?</b>     |                  |                  |       |
| Hayır                                                                                       | 153 (%55.6)      | 158 (%58.5)      | 0.497 |
| Evet                                                                                        | 122 (%44.4)      | 112 (%41.5)      |       |
| <b>LGBTİ bireyin normal bireylerle aynı hasta odasını paylaşmasını uygun bulur musunuz?</b> |                  |                  |       |
| Hayır                                                                                       | 117 (%42.5)      | 129 (%47.8)      | 0.220 |
| Evet                                                                                        | 158 (%57.5)      | 141 (%52.2)      |       |
| <b>LGBTİ bireye bakım verirken rahatsız olur musunuz?</b>                                   |                  |                  |       |
| Hayır                                                                                       | 215 (%78.2)      | 186 (%68.9)      | 0.014 |
| Evet                                                                                        | 60 (%21.8)       | 84 (%31.1)       |       |
| <b>LGBTİ bireyde cinsel yolla bulaşan enfeksiyon bulunduğu şüphelenir misiniz?</b>          |                  |                  |       |
| Hayır                                                                                       | 110 (%40.0)      | 86 (%31.9)       | 0.047 |
| Evet                                                                                        | 165 (%60.0)      | 184 (%68.1)      |       |
| <b>LGBTİ bireye cinsel yönelimi/kimliği sebebiyle ayrımcılık uygular mısınız?</b>           |                  |                  |       |
| Hayır                                                                                       | 239 (%86.9)      | 211 (%78.1)      | 0.007 |
| Evet                                                                                        | 36 (%13.1)       | 59 (%21.9)       |       |

ayrımcılık uygulamayı düşünenlerin %56.8'inin gerekçesinin "dini inançları" olduğu belirlenirken, %70.5'inin tepkilerini LGBTİ bireye yansıtacağını

ve %60.0'ının tepkilerini LGBTİ bireye bakış ve mimiklerle yansıtmayı düşündüğü belirlenmiştir (Tablo 2).

**Tablo 4.** Hemşirelik öğrencilerinden cinsiyete göre LGBTİ bireye cinsel yönelimi/kimliği nedeniyle ayrımcılık uygulamayı düşünenlerin görüşleri

|                                                                                                                            | Kadın<br>(n=36) | Erkek<br>(n=59) | p     |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|-----------------|-------|
| <b>LGBTİ bireye cinsel yönelimi/kimliği sebebiyle ayrımcılık uygulamaları iseniz sebebi nedir?</b>                         |                 |                 |       |
| Ön yargılı olmam                                                                                                           | 7 (%19.4)       | 15 (%25.4)      | 0.047 |
| Dini inançlarım                                                                                                            | 17 (%47.2)      | 37 (%62.7)      |       |
| Toplumsal değerlerim                                                                                                       | 7 (%19.5)       | 6 (%10.2)       |       |
| Yeterli bilgiye sahip olmamam                                                                                              | 5 (%13.9)       | 1 (%1.7)        |       |
| <b>LGBTİ bireye cinsel yönelimi/kimliği sebebiyle ayrımcılık uygulamaları iseniz tepkinizi bireye yansıtır mısınız?</b>    |                 |                 |       |
| Hayır                                                                                                                      | 16 (%44.4)      | 12 (%20.3)      | 0.023 |
| Evet                                                                                                                       | 20 (%55.6)      | 47 (%79.7)      |       |
| <b>LGBTİ bireye cinsel yönelimi/kimliği sebebiyle ayrımcılık uygulamaları iseniz bireye tepkinizi nasıl yansıtırsınız?</b> |                 |                 |       |
| Bakış ve mimiklerle                                                                                                        | 20 (%55.6)      | 37 (%62.7)      | 0.272 |
| Sözel yolla                                                                                                                | 6 (%16.7)       | 6 (%10.2)       |       |
| Görmezden gelerek                                                                                                          | 8 (%22.2)       | 7 (%11.9)       |       |
| Hemşirelik bakımı vermek istemeyerek                                                                                       | 2 (%5.6)        | 5 (%8.5)        |       |
| Hoşgörüsüz davranarak                                                                                                      | 0 (%0.0)        | 4 (%6.8)        |       |

Çalışmada hemşirelik öğrencilerinin cinsiyetlerine göre LGBTİ bireylere ilişkin görüşlerini incelediğimizde özellikle erkek öğrencilerin; LGBTİ'nin anlamını kadın öğrencilere göre daha fazla bildiği ( $p=0.040$ ), LGBTİ bireyin cinsel yönelimini/kimliğini açıkça söyleyememesinin nedenini "toplumsal baskı" olarak düşündüğü ( $p=0.027$ ) belirlenmiştir. LGBTİ'nin bir hastalık olduğunu ve tedavi edilmesi gerektiğini ( $p=0.018$ ), LGBTİ bireye bakım verirken rahatsız olacaklarını ( $p=0.014$ ), LGBTİ bireyde cinsel yolla bulaşan enfeksiyon bulunabileceğini ( $p=0.047$ ), LGBTİ bireye cinsel yönelimi/kimliği nedeniyle ayrımcılık uygulayacağını kadın öğrencilere göre daha fazla düşündüğü ( $p=0.007$ ) saptanmıştır (Tablo 3).

Çalışmada hemşirelik öğrencilerinden cinsiyetlerine göre LGBTİ bireylere cinsel yönelimi/kimliği gerekçe göstererek ayrımcılık uygulamayı düşünenlerin görüşlerine baktığımızda; erkek öğrencilerin ( $n=59$ ), kadın öğrencilere ( $n=36$ ) göre "dini inançları" nedeniyle daha fazla ayrımcılık yapmayı düşündüğü ( $p=0.047$ ), erkek öğrencilerin LGBTİ bireye tepkisini daha fazla yansıtmayı düşündüğü ( $p=0.023$ ), her iki cinsiyetteki öğrencilerin tepkisini bakış ve mimiklerle yansıttığını

düşündüğü fakat aralarında anlamlı fark bulunmadığı saptanmıştır ( $p=0.272$ ).

### Tartışma

Cinsiyet için kabul edilen davranış biçimleri, toplumsal çerçevede kişinin kendisini ait hissettiği cinsel kimliğe ilişkin yaptığı ve söylediği şeylerin tümüdür. Homofobik tavrın esas nedeni de LGBTİ bireylerin toplumsal cinsiyet normlarının dışında kalmalarıdır. Heteroseksüelliğin yarattığı ayrımcılık ve homofobi, özel olarak hemşirelik eğitiminde ve genel olarak da sağlık hizmetinde yer almamalıdır.

Çalışmada, hemşirelik öğrencilerinin büyük çoğunluğunun (%92.5) LGBTİ'yi bildiği, özellikle erkek öğrencilerin "toplumsal baskı" nedeniyle LGBTİ bireyin cinsel yönelimi/kimliğini söylememesi gerektiğini düşündüğü bulunmuştur (Tablo 2). Bu konuda literatür incelendiğinde; Cornelius ve arkadaşlarının çalışmalarında hemşirelik öğrencilerinin çoğunluğunun (%70) LGBT hakkında bilgiye sahip olduğunu bildirmişlerdir. Papadaki ve arkadaşlarının Yunanistan'daki sosyal hizmet, psikoloji, tıp ve hemşirelik gibi mesleklerin gey, lezbiyen ve biseksüel bireylere karşı tutumlarının incelendiği çalışmada, öğrencilerin LGBT bireyler hakkında bilgiye sahip olduğu saptanmıştır (24). Özpulat ve



arkadaşlarının üniversite öğrencilerinin LGBT bireyler hakkındaki görüşlerini inceledikleri çalışmalarında, kadın öğrencilerin %57.3'ünün, erkek öğrencilerin ise %31.1'inin LGBT bireylerin kendilerini gizlememesi gerektiğini ve kadınların %30'unun erkeklerin %23,5'inin LGBT bireylerin kendilerini özgürce ifade etmelerini anlayışla karşılayacağını düşündüğü belirlenmiştir (25). Güney ve arkadaşları çalışmalarında; üniversite öğrencilerinin çoğunluğunun eşcinselliğin yanlış bir tercih olduğunu ve eşcinsel bireyleri cinsel tercihinden vazgeçirmeye çalışacağını düşündüğünü saptanmıştır (22). Ülkemiz gibi ataerkil toplumlarda erkek otoritesine dayanan bir düzen bulunmaktadır. Bu düzende erkeğin üstünlüğüne ve soyun erkekler tarafından belirlendiğine inanılır. Bu nedenle ataerkil toplumlarda özellikle erkekler üzerinde cinsiyet özelliklerini belirgin/baskın biçimde taşıması yönünde toplumsal baskı oluşmaktadır. Yaşanılan dünyada farklı cinsel yönelim kimliklerinin de var olduğu kabul edilmeli ve saygı gösterilmelidir. Hemşirelik öğrencilerinin de bireylere cinsiyet normları ile değil, cinsel yönelim kimliği yönünden profesyonel açıdan bakması gerekmektedir.

Çalışmada LGBTİ bireye bakım verirken erkek öğrencilerin kadın öğrencilere göre daha fazla rahatsız olacağını, "dini inançları" nedeniyle ayrımcılık uygulayacağını ve bireye tepkisini daha fazla yansıtmayı düşündüğü belirlenmiştir. Her iki cinsiyetteki öğrencilerin de LGBTİ bireye tepkisini beden diliyle yansıtmayı düşündüğü bulunmuştur (Tablo 4, 5). Röndahl ve arkadaşlarının hemşirelerin lezbiyen ve gey bireylere yönelik davranışlarını inceledikleri çalışmalarında, katılımcıların %62'sinin olumlu tutumlar içinde bulunduğunu, en olumlu tutumların hemşireler tarafından en az olumlu tutumun hemşirelik öğrencileri tarafından sergilendiği saptanmıştır (26). Carabez ve arkadaşlarının 268 hemşire ile yaptıkları görüşmelerde; hemşirelerin %80'inin LGBT hakkında herhangi bir eğitim almadığı ve LGBT hastaya bakım verirken rahat olduklarını söylediler de, bazı görüşlerde kültürel olarak bakımda rahat olamayacağını söylediği belirlenmiştir (27). Gelbal ve Duyan'ın yaptıkları çalışmada, dini inançları güçlü olan öğrencilerin lezbiyen ve geylere karşı daha olumsuz tutumlara sahip olduğu, kadın öğrencilerin erkek öğrencilere oranla hem lezbiyenlere hem geylere daha fazla olumlu tutum içinde olduğu saptanmıştır (28).



Fotoğraf: "Anarko" Bülent Kaplan, TTB-STED Fotoğraf Yarışması 2017 Sergi Ödülü

Sakallı'nın Türk üniversite öğrencilerinde homoseksüeliteye yönelik tutumlar ve cinsiyetçilik arasındaki ilişkiyi incelediği çalışmada, üniversite öğrencilerinin homoseksüel bireylere yönelik tutumları olumsuzken, kadın bireylerin homoseksüel bireylere erkeklere oranla daha fazla olumlu tutum içinde olduğu belirlenmiştir (29). Özpulat ve arkadaşlarının çalışmalarında, erkek ve kadın öğrencilerin %43,5'inin LGBT bireylerin negatif ayrımcılığa uğramayacağını, kadınların %47,1'inin erkeklerin %51,6'sının çoğunlukla ve her zaman LGBT bireyle tanıştığında onu anlayışla karşılayacağını, kadınların %41,5'inin erkeklerin %24,7'sinin ise LGBT bireylerin sözlü veya fiziksel şiddete maruz kalabileceğini düşündüğünü belirlenmiştir (25). Carabez ve arkadaşlarının çalışmalarında, hemşirelerin %70,5'inin LGBT bireye bakım verirken rahat olduğu bildirilmiştir (27). Çırakoğlu'nun çalışmasında, erkek öğrencilerin kadın öğrencilerden daha fazla eşcinselliğe karşı olumsuz tutumlara sahip olduğu, en olumsuz tutumların gey bireylere karşı sergilendiği, eşcinsel bireylerle daha önce sosyal iletişim kurmuş öğrencilerin daha olumlu tutuma sahip olduğu bulunmuştur (30). Kosciw ve arkadaşlarının çalışmalarında, LGBT öğrencilerin %84'ünün cinsel yönelimleri sonucunda sözel zorbalık yaşadığı, %39'unun cinsel yönelimleri sonucunda fiziksel şiddete maruz kaldıklarını, %57'sinin ise kişisel eşyalarına kasten zarar verildiği tespit edilmiştir (31). Kabacaoğlu'nun çalışmasında, eşcinsel bireylerin cinsel yönelimleri nedeniyle taciz, şiddet ve ayrımcılığa maruz kaldıkları belirtilmiştir (23). Literatürde ve çalışmamızda erkek cinsiyetinin cinsel yönelim kimliği sebebiyle LGBTİ bireylere daha fazla olumsuz görüşe sahip olduğu görülmektedir. Hemşirelik yönünden değerlendirildiğinde, eğitim sürecinde öğrenci hemşirelere bireye bütüncül yaklaşımla davranarak bakım vermelerinin gerektiği ve LGBTİ bireylere yönelik olumsuz tutumların kültür ve dini inanç gibi sebeplerden etkilenmeden olumluya çevrilmesi gerekliliği yönünde eğitim verilmesi gerektiği sonucuna ulaşılmaktadır.

Çalışmada erkek öğrencilerin LGBTİ'nin bir hastalık olduğunu ve tedavi edilmesi gerektiğini, LGBTİ bireyde cinsel yolla bulaşan hastalık (CYBH) olabileceğini kadın öğrencilere göre daha fazla düşündükleri saptanmıştır (Tablo 4). Özpulat ve arkadaşlarının çalışmalarında, kadın

öğrencilerin %77,3'ünün, erkeklerin ise %51,6'sının çoğunlukla ve her zaman LGBT bireylerin hastanelerde tıbbi ve psikolojik destek alabileceğini düşündüğünü belirlemişlerdir (25). Wright ve arkadaşlarının çalışmalarında, homoseksüel ve biseksüel ayrımcılığı ve korkusunun, AIDS olan birey ve AIDS korkusuyla ilişkili olduğu belirlenmiştir (32). Yeşiltepe ve arkadaşlarının çalışmalarında, trans bireylerin biseksüel ve eşcinsel bireylere kıyasla sağlık kurumlarında negatif ayrımcılığa daha fazla uğradığı, daha fazla uygunsuz koşullarda sağlık hizmeti aldıkları belirlenmiştir (33). Fish ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, trans bireylerin lezbiyen, gey ve biseksüel bireylere göre uygunsuz koşullarda sağlık hizmeti alma durumları arasında anlamlı ilişki bulunmuştur (8). LGBTİ bir hastalık değildir. Aksine cinsiyet kimliği ve cinsel yönelimlerde farklılıklar, cinselliğin sadece üreme odaklı olmadığını göstermekte ve artık günümüzde kabul görmesi gerekmektedir. LGBT bireylerin CYBH açısından daha yüksek riskli görülmesinin sebeplerinden biri riskli cinsel davranışlardır. Ancak prezervatif kullanılmayan korunmasız her ilişkide bu CYBH riski vardır. CYBH'nin cinsel yönelim veya cinsiyet kimliğiyle ilgisi yoktur. Böyle bir mitin oluşması, tarihte HIV pozitifliğin ilk kez eşcinsellerde saptanmış olmasından kaynaklanmaktadır. Hemşirelik öğrencilerine eğitim sürecinde LGBTİ'nin bir hastalık olmadığı ve bireyler hakkında yanlış bilinen inanışlar konusunda bilgi verilmelidir.

### Sonuç ve Öneriler

Hemşirelik öğrencilerinin büyük çoğunluğu LGBTİ'yi bilmektedir. Özellikle erkek öğrenciler kadın öğrencilere göre; "toplumsal baskı" nedeniyle LGBTİ bireyin cinsel yönelimi/kimliğini söylememesi gerektiğini, LGBTİ bireye bakım verirken daha fazla rahatsız olacağını, "dini inançları" sebebiyle ayrımcılık uygulayacağını, bireye tepkisini daha fazla yansıtacağını düşünmektedir. Ayrıca erkek öğrenciler LGBTİ'nin bir hastalık olduğunu ve tedavi edilmesi gerektiğini, LGBTİ bireyde cinsel yolla bulaşan enfeksiyon olabileceğini kadın öğrencilere göre daha fazla düşünmektedir.

Ülkemizin farklı üniversitelerinden gelen hemşirelik öğrencilerinin sonuçlarını gösteren çalışmamızda; hemşirelik eğitimimizde LGBTİ

bireye sağlık bakım hizmetlerinde önyargısız yaklaşım konusunda eksiklikler olduğu görülmektedir. Bu eksikliğin giderilmesi için öncelikle hemşirelik eğitimcilerinin öğrencilere vereceği eğitim öncesinde, LGBTİ bireyler ile önyargısız empatik iletişim, eşit sağlık hakkı, etik kurallar ve hasta merkezli bakım konularında araştırma ve hazırlık yapması önemlidir.

### **Bu sonuçlar doğrultusunda;**

Heteroseksüelliğin yarattığı ayrımcılığın ve homofobinin ülkemiz hemşirelik eğitiminde ve sağlık bakım hizmetinde yer almaması için hemşirelik öğrencilerinin LGBTİ bireyler ile önyargısız empatik iletişim, eşit sağlık hakkı, etik kurallar ve hasta merkezli bakım konusunda eğitim almaları, LGBTİ bireye yaklaşım ve bakım konusunda araştırma yapmış ve özel eğitim materyalleri hazırlamış olan hemşirelik eğitimcilerinin; öğrencilere birey ile iletişimde beden dili ve sözcüklerin doğru kullanılarak empati kurulması, güven kazanılması, doğru bir değerlendirme yapılarak hemşirelik girişimlerinin planlanması ve verilen eğitimin klinik uygulama alanlarında değerlendirilmesinin gerektiği önerilmektedir.

**İletişim:** Dr. Hatice Kahyaoğlu Süt

**E-posta:** haticesut@yahoo.com

### **Kaynaklar**

1. Türk Tabipler Birliği LBTİ Çalışma Grubu. Hekimler İçin LGBTİ Sağlığı. Türk Tabipleri Birliği Yayınları, Ankara. 2016 Mayıs. ISBN 978-605- 5867-99-7. Erişim adresi: [http://C:/Users/Admin1/Desktop/LGBTİ%20makale/Yeni%20kaynaklar/LGBTİ\\_sagligi%20broşürü.pdf](http://C:/Users/Admin1/Desktop/LGBTİ%20makale/Yeni%20kaynaklar/LGBTİ_sagligi%20broşürü.pdf). Erişim Tarihi: 20.11.2017.
2. Duyan V, Gelbal, S. Lezbiyen ve Geylere Yönelik Tutum Ölçeği (LGYT): Güvenirlik ve geçerlik çalışması. Türk HIV/AIDS Dergisi 2004; 7(3): 106-112.
3. Toplumsal Dayanışma İçin Psikologlar Derneği. Psikologlar İçin LGBTİ'lerle (Lezbiyen, Gey, Biseksüel, Trans, İnterseks) Çalışma Kılavuzu (s. 46-47). 2017. Erişim adresi: [http://C:/Users/Admin1/Desktop/LGBTİ%20makale/Yeni%20kaynaklar/psikologlar\\_icin\\_lgbtilerle\\_calisma\\_kilavuzu\\_todap.pdf](http://C:/Users/Admin1/Desktop/LGBTİ%20makale/Yeni%20kaynaklar/psikologlar_icin_lgbtilerle_calisma_kilavuzu_todap.pdf). Erişim Tarihi: 24.11.2017.
4. Cornelius JB, Carrick J. A survey of nursing students' knowledge of and attitudes toward LGBT health care concerns. Nurs Educ Pers 2015; 36(3): 176-178.
5. Gates GJ. How many people are lesbian, gay, bisexual, and transgender?. The Williams Institute 2011: 1-8.
6. TÜİK. Yıllara ve Cinsiyete Göre Ortanca Yaş, Genel Nüfus Sayımları. 2017. Erişim adresi: <http://www.tuik.gov.tr/UstMenu.do?metod=temel>. Erişim Tarihi: 24.11.2017.
7. Culley L, Haigh C. Board Editorial: LGBT equality and nursing research. J Res Nurs 2016; 21(3): 155-158.
8. Fish J, Evans DT. Promoting cultural competency in the nursing care of LGBT patients. J Res Nurs 2016; 21(3): 159-162.
9. Graybill EC, Proctor L. Lesbian, gay, bisexual, and transgender youth: Limited representation in school support personnel journals. J School Psychol 2016; 54: 9-16.
10. Saraç L, Rahim ZE. Sporda homofobi: Erkek ve kadın üniversite öğrencilerinin eşcinsel sporculara karşı tutumlarının karşılaştırılması. Spor Bilimleri Dergisi 2009; 20(3): 104-116.
11. Urrea SA, Suarez AA, Orrego JY, Candanoza FE, Florez GC, Perez AL, Durango LF, Torres KM. Self-perceived discrimination in LGBT population in oral health services. Medellin, Colombia: A qualitative approach. Global J Health Sci 2016; 8(12): 152-162.
12. Yılmaz C. Çalışma hayatında toplumsal cinsiyet ve ayrımcılık: Beyaz yakalı eşcinseller. A. Öner (Yay. haz.). Beyaz Yakalı Eşcinseller İşyerinde Cinsel Yönelim Ayrımcılığı ve Mücadele Stratejileri. 2015. s. 556-562. İstanbul: İletişim Yayınları.
13. Lambdaistanbul. Bir alan araştırması: Eşcinsel ve biseksüellerin sorunları. 2006. Erişim adresi: <http://www.lambdaistanbul.org/s/wp-content/uploads/2013/02/ne-yanlisne-de-yalniziz.pdf>. Erişim Tarihi: 25.11.2017.
14. Lambdaistanbul. Bir alan araştırması: İstanbul'da yaşayan trans kadınların sorunları. 2010. Erişim adresi: [http://www.spod.org.tr/turkce/eskisite/wpcontent/uploads/2012/12/Trans\\_Anket\\_Kitap%C4%B1\\_Grafikli.pdf](http://www.spod.org.tr/turkce/eskisite/wpcontent/uploads/2012/12/Trans_Anket_Kitap%C4%B1_Grafikli.pdf). Erişim Tarihi: 25.11.2017.
15. Avrupa Konseyi. Avrupa'da cinsel yönelim ve cinsiyet kimliğine dayalı ayrımcılık. Eylül 2011. Erişim adresi: [https://www.coe.int/t/commissioner/Source/LGBT/LGBTStudy2011\\_Turkish.pdf](https://www.coe.int/t/commissioner/Source/LGBT/LGBTStudy2011_Turkish.pdf). Erişim Tarihi: 25.11.2017.
16. İstanbul Bilgi Üniversitesi İnsan Hakları Hukuku Uygulama ve Araştırma Merkezi. Türkiye'de Cinsel Yönelim veya Cinsiyet Kimliği Temelinde Ayrımcılığın İzlenmesi Raporu. Şubat 2011. s. 26. Erişim adresi: [http://insanhaklarimerkezi.bilgi.edu.tr/media/uploads/2015/02/24/Cinsel\\_Yonelim\\_veya\\_Cinsiyet\\_Kimligi\\_Izleme\\_Raporu.pdf](http://insanhaklarimerkezi.bilgi.edu.tr/media/uploads/2015/02/24/Cinsel_Yonelim_veya_Cinsiyet_Kimligi_Izleme_Raporu.pdf). Erişim Tarihi: 28.11.2017.



17. Kaos Gey ve Lezbiyen Kültürel Araştırmalar ve Dayanışma Derneği (Kaos GL). Yasal çerçeve ve temel konular. İçişleri Bakanlığı İçin Lgbt Hakları El Kitabı, 1. Baskı, Ankara. 2015. Erişim adresi: [https://www.kaosgldernegi.org/resim/yayin/dl/icisleri\\_bakanligi\\_icin\\_lgbt\\_haklari\\_el\\_kitabi.pdf](https://www.kaosgldernegi.org/resim/yayin/dl/icisleri_bakanligi_icin_lgbt_haklari_el_kitabi.pdf). Erişim Tarihi: 28.11.2017.
18. Ekmekçi PE, Arda B. An overview of LGBT rights and health legislation in Turkey from an ethical perspective. *Med Law* 2017; 36(3): 23-40.
19. Ekmekçi PE. Do we have a moral responsibility to compensate for vulnerable groups? A discussion on the right to health for LGBT people. *Med Healthcare Phil* 2017; 20(3): 335-341.
20. Lim FA, Borski D. Supporting LGBT nurses. *Nurs Made Inc Easy* 2015; 26-31.
21. Lim FA, Hsu R. Nursing Students Attitudes Toward Lesbian, Gay, Bisexual, and transgender persons an integrative review. *Nurs Educ Pers* 2016; 37(3): 144-152.
22. Güney N, Kargı E, Oruç AÇ. Üniversite öğrencilerinin eşcinsellik konusundaki görüşlerinin incelenmesi. *Turkish Journal of HIV* 2004.
23. Kabacaoğlu G. Gey ve Lezbiyenlerde Açılma Süreci: Nitel Bir Çalışma (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). Hacettepe Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü Psikolojik Danışmanlık ve Rehberlik Bilim Dalı, Ankara. 2015.
24. Papadaki V, Plotnikof K, Gioumidou M, Zisimou V, Papadaki EA. Comparison of attitudes toward lesbians and gay men among students of helping professions in Crete, Greece: the cases of social work, psychology, medicine, and nursing. *J. Homosex* 2015; 62(6): 735-62.
25. Özpulat F, Bulut FY, Kör M. Üniversite öğrencilerinin LGBT bireyler hakkındaki görüşleri. *Int J N Tr Soc Sci* 2017; 1(2): 23-32.
26. Røndahl G, Innala S, Calsson M. Nurses' attitudes towards lesbians and gay men. *J Adv Nurs* 2004; 47(4): 386-392.
27. Carabez R, Pellegrini M, Mankovitz A, Eliason M, Ciano M, Scott M. "Never in All My Years... ": Nurses' Education About LGBT Health. *J Prof Nurs* 2015; 31(4): 323-329.
28. Gelbal S, Duyan V. Attitudes of University Students toward Lesbians and Gay Men in Turkey. *Sex Roles* 2006; 55: 573-579.
29. Sakallı N. The Relationship Between Sexism and Attitudes Toward Homosexuality in a Sample of Turkish College Students. *J Homosexual* 2002; 42(3): 53-64. doi:10.1300/J082v42n03\_04.
30. Çırakoğlu OC. Perception of Homosexuality Among Turkish University Students: The Roles of Labels, Gender, and Prior Contact. *J Soc Psychol* 2006; 146(3): 293-305.
31. Kosciw JG. The 2003 National School Climate Survey: The school-related experiences of our nation's lesbian, gay, bisexual and transgender youth. New York: GLSEN 2004.
32. Wright L, Mulick P, Kincaid S. Fear of and discrimination against bisexuals, homosexuals, and individuals with AIDS. *J Bisexual* 2007; 6: 71-84.
33. Yeşiltepe G. Lezbiyen gey biseksüel trans (LGBT) bireyler ve hasta hakları (Yayımlanmamış uzmanlık tezi). Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı, İzmir, 2015.



Saadet Gonca Mavi Aydoğdu<sup>1</sup>, Emine Akça<sup>2</sup>

Geliş/Received : 16.11.2017  
Kabul/Accepted : 22.04.2018

#### Öz

**Amaç:** Araştırma, aile sağlığı merkezlerine başvuran kadınların aile planlaması yöntem kullanımı ve etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yapılmıştır.  
**Gereç ve Yöntem:** Tanımlayıcı tipte olan araştırma, 24 Temmuz-1 Eylül 2017 tarihleri arasında aile planlaması danışmanlığı almak için Amasya İl Merkezindeki 6 Aile Sağlığı Merkezine başvuran ve araştırmaya katılmayı kabul eden 1061 kadın ile yürütülmüştür. Veriler araştırmacılar tarafından hazırlanan veri toplama formu kullanılarak toplanmış ve SPSS 22 paket programında analiz edilmiştir.  
**Bulgular:** Çalışmaya katılan kadınların (n=1061) yaş ortalamaları  $31,05 \pm 7,00$  (min=17, max=52)'dir. Kadınların %36,9'u lise mezunu, %85,5'i ev hanımı, %99,6'sı evli ve %89,5'i kentte yaşamaktadır. Kadınların %46,4'ü modern, %31,3'ü geleneksel yöntem ile gebelikten korunmaktadır. Kadınların en çok kullandıkları modern kontraseptif yöntemler sırasıyla erkek kondomu, RİA, hormonal yöntemler ve tüp ligasyonudur. Kadınların herhangi bir aile planlaması yöntemi kullanma durumları ile yaşı, eşin yaşı, yaşadığı yer, gebelik sayısı, doğum sayısı, son iki doğum arasında geçen süre, son doğumun üzerine geçen süre ve yaşayan çocuk sayısı gibi özellikleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Aynı zamanda kadının öğrenim durumu, evlilik yaşı, yaşadığı yer ve son iki doğum arasında geçen süre ile etkili aile planlaması yöntem kullanımı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ( $p < 0,05$ ).  
**Sonuç:** Aile planlaması hizmetlerinin yürütüldüğü aile sağlığı merkezlerine başvuran her kadının aile planlaması konusundaki gereksinimleri fark edilmelidir. Kadınların düşünce, seçim ve kararları ile uyumlu rehberlik sağlık hizmetleri kapsamında sağlanmalıdır.  
**Anahtar sözcükler:** Kadın, Aile planlaması, Danışmanlık

#### Abstract

**Objective:** The survey was conducted to identify methods of contraception used by women applying to family health centres and factors affecting this use.

**Materials and Method:** This descriptive survey was conducted in the period 24 July-1 September 2017 with 1,061 women applying to 6 Family Health Centres at Amasya provincial centre to receive counselling in family planning and accepting to take part in the survey. Data were collected by using the form designed by researchers and analysed with SPSS 20 programme.

**Findings:** The average age of women participating to the survey (N=1061) is  $31.05 \pm 7.006$  (min=17, max=52). 36.9% of women are high school graduates, 85.5% are housewives, 99.6% are married and 89.5 are living in the city. Of these women 46.4% use modern and 31.3% use conventional methods of contraception. The modern methods of contraception most widely used by women include male condom, IUA, hormonal methods and tube ligation. Evaluating women's use of any family planning method with respect to their socio-demographic characteristics it is found that there is statistically significant relationship between this practice and age, education status, age of husbands and the place they live ( $p < 0.05$ ).

**Conclusion:** Needs of all women applying to family health centres delivering family planning services must be noted and taken into account. Guidance in line with ideas, choices and decisions of women must be provided in the context of health services.

**Key words:** Woman, Family planning, Counselling

\*Bu araştırma, 4. Uluslararası & 8. Ulusal Ebelik Öğrencileri Kongresi'nde poster bildirisi olarak sunulmuştur.

1 Öğr. Gör.; Amasya Ü. Sağlık Bilimleri Fak. Ebelik Bölümü, Amasya

2 Arş. Gör.; İnönü Ü. Sağlık Bilimleri Fak. Ebelik Bölümü, Malatya

## Giriş

Aile planlaması; bireylerin istedikleri sayıda ve istedikleri zamanda çocuk sahibi olmalarını sağlamaktadır (1). Ülkemizde nüfus artış hızının, planlanmamış/istenmeyen gebeliklerin, anne ve bebek ölüm oranlarının halen yüksek olması, aile planlamasını temel sağlık sorunlarından birisi olarak gündemde tutmaktadır (2). Türkiye’de 30 yılı aşkın bir süredir güvenli annelik programı kapsamında aile planlaması hizmetleri yaygınlaştırılarak riskli gebeliklerin önlenmesi, anne ve bebek sağlığının korunması politikası izlense de, günümüzde aile planlaması yöntemlerinin kullanımı arzu edilen düzeyde değildir (3-4).

Kontraseptif yöntem kullanımı, istenmeyen ve riskli gebeliklerin önlenmesi için alınması gereken önlemler arasındadır (5). Günümüzde kontraseptif amaçlı son derece güvenilir modern yöntemler kullanıma sunulmuş olduğu halde, çiftlerin önemli bir bölümü güvenilirliği düşük geleneksel yöntemler ile korunmaya devam etmektedir (6-7). Gelişmekte olan ülkelerde, üreme çağındaki 214 milyon kadın gebelikten korunmak için herhangi bir modern yöntem kullanmamaktadır (1). Ülkemizde yapılan Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları 2013 verilerine göre evli kadınların %74’ü (%47,4’ü modern, %26’sı geleneksel yöntem) gebeliği önleyici herhangi bir yöntem kullanmaktadır (8). Bu durum evli kadınların yarısının kontraseptif kullanmadıklarını veya gebe kalma riski yüksek olan yöntemleri tercih ettiklerini göstermektedir. Aile planlaması hizmetleri kapsamında bireylere koruyuculuğu yüksek olan modern yöntemleri tercih etmeleri hususunda gerekli tüm danışmanlık ve bilgilendirmenin yapılması sağlık profesyonellerinin temel görevleri arasındadır. Kadının kendine uygun ve etkinliği yüksek kontraseptif yöntemler kullanması hem istenmeyen gebeliklerin önlenmesinde hem de anne bebek ölümlerinin azaltılmasında etkili olacaktır.

Kontraseptif seçimi kişilerin medeni durumlarına, öğrenim durumlarına, etik, etnik ve kültürel değerlerine bağlı olarak değişmektedir (9). Yapılan çalışmalar kontraseptif seçiminde yaş, din, sosyal politika, yöntemin etkili, güvenli, yan etkisinin az, maliyetinin düşük, kolay ulaşılabilir ve kullanılabilir olması gibi faktörlerin etkili olduğunu

göstermektedir (10-11). Kadınların kontraseptif tercih nedenlerinin bilinmesi hizmetin planlanması ve uygulanmasında sağlık profesyonellerine yön vericidir (12). Gelecekteki aile planlaması gereksinimlerinin saptanması için o ülkedeki mevcut kontraseptif kullanım durumunun, aile planlamasına ilişkin tutumların ve gelecekte yöntem kullanmaya dair düşüncelerin bilinmesine ihtiyaç vardır (13).

Bu çalışma aile sağlığı merkezlerine başvuran kadınların aile planlaması yöntem kullanım durumları ve etkileyen faktörleri belirlemek amacı ile yapılmıştır.

## Gereç ve Yöntem

Tanımlayıcı tipteki bu araştırma, 24 Temmuz-1 Eylül 2017 tarihleri arasında Aile Planlaması danışmanlığı almak için Amasya İl Merkezinde bulunan 6 Aile Sağlığı Merkezine (2 No’lu, 3 No’lu, 4 No’lu, 5 No’lu, 7 No’lu ve 10 No’lu ASM) başvuran ve araştırmaya katılmayı kabul eden 1061 kadın ile yürütülmüştür. Araştırmanın verileri literatür doğrultusunda araştırmacılar tarafından geliştirilen veri toplama formu ile toplanmıştır. Bu formda; aile planlaması danışmanlığı için başvuran kadınların sosyo-demografik, obstetrik, genel ve cinsel sağlık durumlarına ilişkin 115 soru yer almaktadır. Anket soruları çoktan seçmeli olarak hazırlanmış olup, veriler araştırmacılar tarafından yüz yüze görüşme yöntemiyle toplanmıştır. Aynı zamanda araştırma öncesinde etik kurul izni, ilgili kurumdan yazılı izin ve araştırmaya alınan kadınlardan bilgilendirilmiş onam alınmıştır.

## İstatistiksel Analiz

Araştırmadan elde edilen veriler “Statistical Package for Social Sciences” (SPSS) for Windows 22.0 istatistik paket programı kullanılarak analiz edilmiştir. Kadınların sosyo-demografik ve obstetrik özellikleri sayı ve yüzde analizleri ile aile planlaması yöntem kullanım durumları ve etkili yöntem kullanımları ise ki-kare analizi ile değerlendirilmiştir.  $p < 0.05$  düzeyindeki değerler istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

## Bulgular

Çalışmaya katılan kadınların ( $n=1061$ ) %52,9’u 30 yaş ve altı olup, yaş ortalamaları  $31,05 \pm 7,00$  (min=17, max=52)’dir. Kadınların %36,9’u lise mezunu, %85,5’i ev hanımı, %99,6’sı evli ve

| Tablo 1. Kadınların sosyo-demografik özelliklerinin dağılımı |                             |              |
|--------------------------------------------------------------|-----------------------------|--------------|
| Sosyo-demografik özellikler                                  | n                           | %            |
| <b>Yaş</b>                                                   |                             |              |
| 30 yaş ve altı                                               | 561                         | 52,9         |
| 31 yaş ve üzeri                                              | 500                         | 47,1         |
| Yaş (ortalama±ss)                                            | 31,05±7,00 (min=17, max=52) |              |
| <b>Öğrenim durumu</b>                                        |                             |              |
| Okuryazar değil                                              | 13                          | 1,2          |
| Okuryazar                                                    | 7                           | 0,7          |
| İlkokul                                                      | 323                         | 30,4         |
| Ortaokul                                                     | 196                         | 18,5         |
| Lise                                                         | 392                         | 36,9         |
| Üniversite ve üzeri                                          | 130                         | 12,3         |
| <b>Meslek</b>                                                |                             |              |
| Çalışan                                                      | 154                         | 14,5         |
| Çalışmayan                                                   | 907                         | 85,5         |
| <b>Medeni durum</b>                                          |                             |              |
| Evli                                                         | 1057                        | 99,6         |
| Evli değil                                                   | 4                           | 0,4          |
| <b>Eşin yaşı (n=1054)</b>                                    |                             |              |
| 35 yaş ve altı                                               | 631                         | 59,9         |
| 36 yaş ve üzeri                                              | 423                         | 40,1         |
| <b>Eşin öğrenim durumu (n=1053)</b>                          |                             |              |
| Okuryazar değil                                              | 7                           | 0,7          |
| Okuryazar                                                    | 3                           | 0,3          |
| İlkokul                                                      | 210                         | 19,9         |
| Ortaokul                                                     | 140                         | 13,3         |
| Lise                                                         | 482                         | 45,8         |
| Üniversite ve üzeri                                          | 211                         | 20           |
| <b>Yaşadığı yer</b>                                          |                             |              |
| İl                                                           | 950                         | 89,5         |
| İlçe                                                         | 81                          | 7,6          |
| Köy/Kasaba                                                   | 30                          | 2,9          |
| <b>Toplam</b>                                                | <b>1061</b>                 | <b>100,0</b> |

%89,5'i kentte yaşamaktadır (Tablo 1). Araştırmaya katılan kadınların %30,7'si iki kez gebelik geçirdiğini, %32'0'si iki kez doğum yaptığını ve %30,7'si yaşayan iki çocuğu olduğunu bildirmiştir (Tablo 2).

Kadınların %77,7'si (%46,4'ü modern, %31,3'ü geleneksel yöntem) herhangi bir aile planlaması yöntemi kullanmaktadır. Kadınların en çok kullandıkları modern yöntemler sırasıyla erkek kondomu (%25,4), RİA (%10,2), hormonal yöntemler (%5,8) ve tüp ligasyonu (%5) olarak

| Tablo 2. Kadınların obstetrik özelliklerinin dağılımı |                  |              |
|-------------------------------------------------------|------------------|--------------|
| Obstetrik Özellikler                                  | n                | %            |
| <b>Gebelik sayısı</b>                                 |                  |              |
| 0                                                     | 60               | 5,7          |
| 1                                                     | 265              | 25,0         |
| 2                                                     | 326              | 30,7         |
| 3                                                     | 242              | 22,8         |
| 4                                                     | 100              | 9,4          |
| 5 ve daha fazla                                       | 68               | 6,4          |
| <b>Gebelik sayısı (ortalama±ss)</b>                   | <b>2,28±1,34</b> |              |
| <b>Doğum sayısı</b>                                   |                  |              |
| 0                                                     | 137              | 12,9         |
| 1                                                     | 288              | 27,1         |
| 2                                                     | 339              | 32,0         |
| 3                                                     | 212              | 20,0         |
| 4                                                     | 60               | 5,7          |
| 5 ve daha fazla                                       | 25               | 2,4          |
| <b>Doğum sayısı (ortalama±ss)</b>                     | <b>1,86±1,19</b> |              |
| <b>Düşük sayısı</b>                                   |                  |              |
| 0                                                     | 858              | 80,9         |
| 1                                                     | 158              | 14,9         |
| 2                                                     | 32               | 3,0          |
| 3                                                     | 9                | 0,8          |
| 4                                                     | 4                | 0,4          |
| <b>Düşük sayısı (ortalama±ss)</b>                     | <b>0,25±0,58</b> |              |
| <b>Yaşayan çocuk sayısı</b>                           |                  |              |
| 0                                                     | 157              | 14,8         |
| 1                                                     | 303              | 28,6         |
| 2                                                     | 326              | 30,7         |
| 3                                                     | 205              | 19,3         |
| 4                                                     | 50               | 4,7          |
| 5 ve daha fazla                                       | 20               | 1,9          |
| <b>Yaşayan çocuk sayısı (ortalama±ss)</b>             | <b>1,77±1,82</b> |              |
| <b>Ektopik gebelik öyküsü</b>                         |                  |              |
| Var                                                   | 13               | 1,2          |
| Yok                                                   | 1048             | 98,8         |
| <b>İnfertilite öyküsü</b>                             |                  |              |
| Var                                                   | 19               | 1,8          |
| Yok                                                   | 1042             | 98,2         |
| <b>Toplam</b>                                         | <b>1061</b>      | <b>100,0</b> |

bulunmuştur. Yöntem kullanan kadınların %47'si 1-5 yıldır aynı aile planlaması yöntemini kullanmaktadır (Tablo 3).

Kadınların herhangi bir aile planlaması yöntemi kullanma durumları ile sosyo-demografik

**Tablo 3.**Kadınların herhangi bir aile planlaması yöntemi kullanım durumları ile kullanılan yöntemlerin dağılımı

| Yöntem kullanım durumu       | n    | %     |
|------------------------------|------|-------|
| Hiç yöntem kullanmayan       | 237  | 22,3  |
| Herhangi bir yöntem kullanan | 824  | 77,7  |
| Modern yöntem                | 492  | 46,4* |
| Kondom                       | 269  | 25,4* |
| RİA                          | 108  | 10,2* |
| Hormonal yöntemler           | 62   | 5,8*  |
| Tüp ligasyonu                | 53   | 5,0*  |
| Geleneksel yöntem            | 332  | 31,3* |
| Geri çekme                   | 330  | 31,3* |
| Toplam                       | 1061 | 100,0 |

\*Yüzdelere n=824 üzerinden hesaplanmıştır.

özellikleri karşılaştırıldığında kadınların yaşı, eşlerinin yaşı ve yaşadıkları yer arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır ( $p<0.05$ ). 31 yaş ve üzeri kadınlarda herhangi bir aile planlaması yöntemi kullanma oranı %82,8 olup, yaş arttıkça yöntem kullanımının arttığı görülmektedir. Benzer şekilde kadınların eşlerinin yaşları arttıkça da herhangi bir aile planlaması yöntemi kullanma oranının arttığı saptanmıştır. Eşi 36 yaş ve üzeri olan kadınların %86,5'i herhangi bir aile planlaması yöntemi kullanmaktadır. Kentte yaşayan kadınlarda (%78,5) kırsal bölgede yaşayan kadınlara oranla (%70,3) herhangi bir aile planlaması yöntemi kullanımının daha fazla olduğu belirlenmiştir. Kadınların öğrenim durumları, evlilik yaşı ve çalışma durumları ile herhangi bir aile planlaması yöntemi kullanma durumları arasında anlamlı bir ilişkiye rastlanmamıştır ( $p>0.05$ ). Kadınların etkili yöntem kullanımları ile sosyo-demografik özellikleri karşılaştırıldığında kadınların öğrenim durumu, evlilik yaşı ve yaşadıkları yer arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır ( $p<0.05$ ). Üniversite ve üzeri öğrenim durumuna sahip kadınların modern yöntem kullanım oranı %72,9 olup, öğrenim durumu yükseldikçe modern yöntem kullanım oranının arttığı görülmüştür. Evlilik yaşı 21 yaş ve üzeri kadınların %63,5'inin modern yöntem kullandığı ve evlilik yaşı arttıkça modern yöntem kullanım oranının arttığı da görülmektedir. Kentte yaşayan kadınların (%61,4) kırsal bölgede yaşayan kadınlara oranla (%44,4) modern yöntem kullanım oranlarının daha fazla olduğu saptanmıştır. Kadınların yaşı, çalışma durumu ve eşlerinin yaşı ile etkili yöntem kullanımları arasında anlamlı bir ilişkiye rastlanmamıştır ( $p>0.05$ ) (Tablo 4).

Doğum yapan kadınların %87,3'ünün son iki doğumu arasında geçen süre 2 yıldan fazla ve %52'sinde son doğumun üzerinden 3 yıldan fazla zaman geçmiştir (Tablo 5). Kadınların obstetrik özelliklerine göre aile planlaması yöntemi kullanma durumlarına bakıldığında "gebelik sayısı, doğum sayısı, son iki doğum arasında geçen süre, son doğumun üzerine geçen süre ve yaşayan çocuk sayısı" ile herhangi bir aile planlaması yöntemi kullanma durumları arasındaki istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Dört gebelik geçiren kadınların (%87) dörtten az gebelik geçiren kadınlara oranla herhangi bir aile planlaması yöntemi kullanım oranlarının daha fazla olduğu saptanmıştır. Benzer şekilde dört doğum yapan kadınların (%91,7) dörtten az doğum yapan kadınlara oranla herhangi bir aile planlaması yöntemi kullanım oranlarının daha fazla olduğu saptanmıştır. Son iki doğum arasında geçen süre iki yıldan fazla olan kadınların (%85,0) daha az olan kadınlara oranla (%75,3) herhangi bir aile planlaması yöntemi kullanım oranlarının daha fazla olduğu belirlenmiştir. Son doğumun üzerinden geçen süre üç yıldan fazla olan kadınların herhangi bir aile planlaması yöntemi kullanım oranları %84,6 olup süre arttıkça yöntem kullanımının da arttığı görülmüştür. Beş veya daha fazla yaşayan çocuğu olan kadınların herhangi bir aile planlaması yöntemi kullanım oranları %90 olup yaşayan çocuk sayısı arttıkça yöntem kullanım oranlarının da arttığı saptanmıştır. Düşük yapan kadınlarda düşük yapmayanlara oranla yöntem kullanımı daha fazla olmasına karşın, düşük yapma ile aile planlaması yöntemi kullanma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık



**Tablo 4. Kadınların Sosyo-demografik özelliklerine göre aile planlaması yöntemi ve etkili yöntem kullanımlarının karşılaştırılması**

| Sosyo-demografik özellikler | Herhangi bir aile planlaması yöntemi kullanma |      |     |             |      |      | Kullanılan yöntem |       |     |            |     |      | Ki-Kare testi |      |                |       |
|-----------------------------|-----------------------------------------------|------|-----|-------------|------|------|-------------------|-------|-----|------------|-----|------|---------------|------|----------------|-------|
|                             | Kullanan                                      |      |     | Kullanmayan |      |      | Modern            |       |     | Geleneksel |     |      |               |      | Toplam         |       |
|                             | n                                             | %    | n   | %           | n    | %    | n                 | %     | n   | %          | n   | %    | n             | %    | X <sup>2</sup> | p     |
|                             |                                               |      |     |             |      |      |                   |       |     |            |     |      |               |      |                |       |
| Yaş grubu                   | 410                                           | 73,1 | 151 | 26,9        | 561  | 52,9 | 14,387            | 0,000 | 239 | 58,4       | 170 | 41,6 | 409           | 49,6 | 0,547          | 0,459 |
|                             | 414                                           | 82,8 | 86  | 17,2        | 500  | 47,1 |                   |       | 253 | 61,0       | 162 | 39,0 | 415           | 50,4 |                |       |
| Öğrenim durumu              | 269                                           | 78,4 | 74  | 21,6        | 343  | 32,3 | 6,820             | 0,078 | 152 | 56,5       | 117 | 43,5 | 269           | 32,6 | 14,252         | 0,003 |
|                             | 164                                           | 83,7 | 32  | 16,3        | 196  | 18,5 |                   |       | 83  | 51,2       | 79  | 48,8 | 162           | 19,7 |                |       |
|                             | 296                                           | 75,5 | 96  | 24,5        | 392  | 36,9 |                   |       | 187 | 63,0       | 110 | 37,0 | 297           | 36,0 |                |       |
|                             | 95                                            | 73,1 | 35  | 26,9        | 130  | 12,3 |                   |       | 70  | 72,9       | 26  | 27,1 | 96            | 11,7 |                |       |
| Çalışma durumu              | 114                                           | 74,0 | 40  | 26,0        | 154  | 14,5 | 1,373             | 0,241 | 76  | 66,7       | 38  | 33,3 | 114           | 13,8 | 2,662          | 0,103 |
|                             | 710                                           | 78,3 | 197 | 21,7        | 907  | 85,5 |                   |       | 416 | 58,6       | 294 | 41,4 | 710           | 86,2 |                |       |
| Eşin yaşı (n= 1054)         | 455                                           | 72,1 | 176 | 27,9        | 631  | 59,9 | 30,568            | 0,000 | 265 | 58,4       | 189 | 41,6 | 454           | 55,3 | 0,728          | 0,394 |
|                             | 366                                           | 86,5 | 57  | 13,5        | 423  | 40,1 |                   |       | 225 | 61,3       | 142 | 38,7 | 367           | 44,7 |                |       |
| Evlilik yaşı                | 392                                           | 79,2 | 103 | 20,8        | 495  | 46,7 | 1,251             | 0,263 | 217 | 55,5       | 174 | 44,5 | 391           | 47,5 | 5,482          | 0,019 |
|                             | 432                                           | 76,3 | 134 | 23,7        | 566  | 53,3 |                   |       | 275 | 63,5       | 158 | 36,5 | 433           | 52,5 |                |       |
| Yaşadığı yer                | 746                                           | 78,5 | 204 | 21,5        | 950  | 89,5 | 3,905             | 0,048 | 456 | 61,4       | 287 | 38,6 | 743           | 90,2 | 8,700          | 0,003 |
|                             | 78                                            | 70,3 | 33  | 29,7        | 111  | 10,5 |                   |       | 36  | 44,4       | 45  | 55,6 | 81            | 9,8  |                |       |
|                             | 824                                           | 77,7 | 237 | 22,3        | 1061 | 100  |                   |       | 492 | 59,7       | 332 | 40,3 | 824           | 100  |                |       |

bulunamamıştır ( $p>0.05$ ). Kadınların obstetrik özelliklerine göre etkili yöntem kullanımları karşılaştırıldığında son iki doğum arasında geçen süre ile etkili yöntem kullanma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Son iki doğumu arasından geçen süre iki yıldan fazla olan kadınların modern yöntem kullanım oranları %65,4 olup son iki doğum arasından geçen süre arttıkça modern yöntem kullanım oranlarının arttığı görülmüştür. Kadınların gebelik sayısı, doğum sayısı, yaşayan çocuk sayısı, son doğumun üzerine geçen süre ve düşük yapma durumları ile etkili yöntem kullanımları arasında anlamlı bir ilişkiye rastlanmamıştır ( $p>0.05$ ) (Tablo 5).

#### Tartışma

Kadınların kullandıkları aile planlaması yöntemleri ve tercih etme nedenleri, aile planlaması danışmanlık hizmetlerinin planlanmasında sağlık profesyonellerine yol gösterici niteliktedir. Türkiye'de evli kadınların %74'ü (%47,4'ü modern, %26,6'sı geleneksel yöntem) gebeliği önleyici bir yöntem kullanmaktadır. Evli her dört kadından birinin (%26) kullandığı geri çekme yöntemi en yaygın kullanılan yöntem olup, bunu modern yöntemlerden RiA (%17) ve erkek kondomu (%16) izlemektedir (8). Benzer şekilde çalışmamızda kadınların %77,7'sinin herhangi bir aile planlaması yöntemi ile korunduğu, en sık kullanılan yöntemin (%31,3) geleneksel yöntemlerden biri olan geri çekme yöntemi olduğu belirlenmiştir. Bu yöntemi erkek kondomu (%25,4), RiA (%10,2), hormonal yöntemler (%5,8) ve

**Tablo 5.**Kadınların obstetrik özelliklerine göre aile planlaması yöntemi ve etkili yöntem kullanımlarının karşılaştırılması

| Obstetrik özellikler                     | Herhangi bir aile planlaması yöntemi kullanma |      |     |             |      |      | Kullanılan yöntem |      |     |            |     |      | Ki-Kare testi  |       |
|------------------------------------------|-----------------------------------------------|------|-----|-------------|------|------|-------------------|------|-----|------------|-----|------|----------------|-------|
|                                          | Kullanılan                                    |      |     | Kullanmayan |      |      | Modern            |      |     | Geleneksel |     |      | X <sup>2</sup> | p     |
|                                          | n                                             | %    | n   | %           | n    | %    | n                 | %    | n   | %          | n   | %    |                |       |
| <b>Gebelik sayısı</b>                    |                                               |      |     |             |      |      |                   |      |     |            |     |      |                |       |
| 0                                        | 35                                            | 58,3 | 25  | 41,7        | 60   | 5,7  | 26                | 76,5 | 8   | 23,5       | 34  | 4,1  |                |       |
| 1                                        | 175                                           | 66,0 | 90  | 34,0        | 265  | 25,0 | 98                | 55,7 | 78  | 44,3       | 176 | 21,4 |                |       |
| 2                                        | 265                                           | 81,3 | 61  | 18,7        | 326  | 30,7 | 156               | 59,1 | 108 | 40,9       | 264 | 32,0 | 8,029          | 0,155 |
| 3                                        | 205                                           | 84,7 | 37  | 15,3        | 242  | 22,8 | 130               | 63,7 | 74  | 36,3       | 204 | 24,8 |                |       |
| 4                                        | 87                                            | 87,0 | 13  | 13,0        | 100  | 9,4  | 47                | 53,4 | 41  | 46,6       | 88  | 10,7 |                |       |
| 5 ve daha fazla                          | 57                                            | 83,8 | 11  | 16,2        | 68   | 6,4  | 35                | 60,3 | 23  | 39,7       | 58  | 7,0  |                |       |
| <b>Doğum sayısı</b>                      |                                               |      |     |             |      |      |                   |      |     |            |     |      |                |       |
| 0                                        | 77                                            | 56,2 | 60  | 43,8        | 137  | 12,8 | 52                | 68,4 | 24  | 31,6       | 76  | 9,2  |                |       |
| 1                                        | 204                                           | 70,8 | 84  | 29,2        | 288  | 27,1 | 106               | 51,5 | 100 | 48,5       | 206 | 25,0 |                |       |
| 2                                        | 284                                           | 83,8 | 55  | 16,2        | 339  | 32,0 | 175               | 62,1 | 107 | 37,9       | 282 | 34,2 |                |       |
| 3                                        | 183                                           | 86,3 | 29  | 13,7        | 212  | 20,0 | 114               | 62,3 | 69  | 37,7       | 183 | 22,2 | 9,781          | 0,082 |
| 4                                        | 55                                            | 91,7 | 5   | 8,3         | 60   | 5,7  | 31                | 56,4 | 24  | 43,6       | 55  | 6,7  |                |       |
| 5 ve daha fazla                          | 21                                            | 84,0 | 4   | 16,0        | 25   | 2,4  | 14                | 63,6 | 8   | 36,4       | 22  | 2,7  |                |       |
| <b>Son iki doğum arasında geçen süre</b> |                                               |      |     |             |      |      |                   |      |     |            |     |      |                |       |
| 2 yıldan az                              | 64                                            | 75,3 | 21  | 24,7        | 85   | 12,7 | 23                | 37,7 | 38  | 62,3       | 61  | 10,9 |                |       |
| 2 yıldan fazla                           | 498                                           | 85,0 | 88  | 15,0        | 586  | 87,3 | 327               | 65,4 | 173 | 34,6       | 500 | 89,1 | 17,771         | 0,000 |
| <b>Son doğumun üzerine geçen süre</b>    |                                               |      |     |             |      |      |                   |      |     |            |     |      |                |       |
| 1 yıldan az                              | 133                                           | 75,6 | 43  | 24,4        | 176  | 19,3 | 68                | 50,4 | 67  | 49,6       | 135 | 18,2 |                |       |
| 1-3 yıl                                  | 203                                           | 77,5 | 59  | 22,5        | 262  | 28,7 | 124               | 61,4 | 78  | 38,6       | 202 | 27,3 | 5,844          | 0,054 |
| 3 yıldan fazla                           | 402                                           | 84,6 | 73  | 15,4        | 475  | 52,0 | 249               | 61,8 | 154 | 38,2       | 403 | 54,5 |                |       |
| <b>Düşük yapma durumu</b>                |                                               |      |     |             |      |      |                   |      |     |            |     |      |                |       |
| Düşük yapmayan                           | 658                                           | 76,7 | 200 | 23,3        | 858  | 80,9 | 403               | 61,2 | 255 | 38,8       | 658 | 79,9 |                |       |
| Düşük yapan                              | 166                                           | 81,8 | 37  | 18,2        | 203  | 19,1 | 89                | 53,6 | 77  | 46,4       | 166 | 20,1 | 3,209          | 0,073 |
| <b>Yaşayan çocuk sayısı</b>              |                                               |      |     |             |      |      |                   |      |     |            |     |      |                |       |
| 0                                        | 85                                            | 54,1 | 72  | 45,9        | 157  | 14,8 | 54                | 64,3 | 30  | 35,7       | 84  | 10,2 |                |       |
| 1                                        | 221                                           | 72,9 | 82  | 27,1        | 303  | 28,6 | 115               | 51,3 | 109 | 48,7       | 224 | 27,2 |                |       |
| 2                                        | 275                                           | 84,4 | 51  | 15,6        | 326  | 30,7 | 168               | 61,8 | 104 | 38,2       | 272 | 33,0 |                |       |
| 3                                        | 180                                           | 87,8 | 25  | 12,2        | 205  | 19,3 | 116               | 64,4 | 64  | 35,6       | 180 | 21,8 | 9,505          | 0,091 |
| 4                                        | 45                                            | 90,0 | 5   | 10,0        | 50   | 4,7  | 27                | 60,0 | 18  | 40,0       | 45  | 5,5  |                |       |
| 5 ve daha fazla                          | 18                                            | 90,0 | 2   | 10,0        | 20   | 1,9  | 12                | 63,2 | 7   | 36,8       | 19  | 2,3  |                |       |
| <b>Toplam</b>                            | 824                                           | 77,7 | 237 | 22,3        | 1061 | 100  | 492               | 59,7 | 332 | 40,3       | 824 | 100  |                |       |

tüp ligasyonu (%5) izlemiştir. Balcı (2015) Rize ili Çayeli ilçesinde yaptığı çalışmada kullanılan kontraseptifler arasında geri çekme yönteminin %53,2 oranı ile en çok kullanılan yöntem olduğunu belirlemiştir (14). Gılıç ve ark. (2009) Niğde ilinde doğum yapmış kadınlarla yaptıkları çalışmada kadınların %56,3'ünün gebelik öncesi herhangi bir aile planlaması yöntemi kullandığını ve yöntem kullananların %59,6'sının geri çekme yöntemini kullandığını bildirmişlerdir (15). Tohma ve ark. (2014) gebeliğini istemli sonlandıran kadınlarda yaptıkları çalışmada kadınların %64,6'sının geri çekme yöntemi ile korunduğunu bulmuşlardır (7).

Aile planlaması yöntem kullanımı birçok faktörle ilişkilidir. Bu faktörlerden biri de yaştır. Çalışkan ve ark. (2014) yaştan korunma yöntemi tercihlerine etkisini değerlendirdikleri çalışmada modern yöntem kullanan kadınların geleneksel yöntem kullananlara göre daha genç olduklarını bulmuşlardır (16). Giray ve Keskinoğlu (2006) yaptıkları çalışmada kadının yaşının etkili AP yöntemi kullanımını etkilemediğini bulmuşlardır (17). Çalışmamızda kadınların yaşı ilerledikçe yöntem kullanımlarının arttığı ancak yaştan modern AP yöntemi kullanımını etkilemediği belirlenmiştir. Benzer şekilde kadınların eşlerinin yaşı ilerledikçe herhangi bir aile planlaması yöntem kullanımlarının arttığı ancak eşin yaşının modern AP yöntemi kullanımını etkilemediği görülmüştür.

Kadının öğrenim durumu, doğurganlık davranışı ile AP yöntem kullanımını etkileyen bir faktör olması bakımından önemlidir (18). Kadınların öğrenim durumu arttıkça yöntem kullanımının artması beklenirken, çalışmamızda öğrenim durumunun kadınların herhangi bir aile planlaması yöntem kullanım durumunu etkilemediği, ancak öğrenim düzeyi yükseldikçe kadınlar arasında modern yöntem kullanma oranının arttığı belirlenmiştir. Budak ve ark. (2015) yaptıkları çalışmada öğrenim durumuna göre kontraseptif yöntemler hakkında bilgi sahibi olma oranları arasında anlamlı bir ilişki bulamamışlardır (4). Literatürde kadınların etkili yöntem kullanımının öğrenim durumu yükseldikçe arttığını gösteren çalışmalar bulunmaktadır (15,19-21).

Aile planlaması yöntem kullanım durumunu etkileyen bir diğer faktör de bireyin yaşadığı

yerdir. Türkiye'de ilde yaşayan kadınların %74,7'sinin, kırsal bölgede yaşayan kadınların ise %68,5'inin herhangi bir aile planlaması yöntemi kullandıkları ve ilde yaşayan kadınların %49,3'ünün, kırsal bölgede yaşayan kadınların %40'ının herhangi bir modern yöntem kullandıkları bildirilmiştir (8). Bu çalışmada benzer şekilde ilde yaşayan kadınların %78,5'i, kırsal bölgede yaşayan kadınların %70,3'ü herhangi bir aile planlaması yöntemi kullanmaktadır. Aynı zamanda ilde yaşayan kadınların %61,4'ü, kırsal bölgede yaşayan kadınların %44,4'ü modern AP yöntemi kullanmaktadır. Bu sonuçlar yaşanan yerin yöntem kullanım durumunu ve kullanılan yöntemin etkinliğini etkilediğini, kırsal bölgelerde aile planlaması danışmanlık hizmetlerinin güçlendirilmesi ve sürekli hale getirilmesi gerekliliğini ortaya koymaktadır.

Kadınların sahip olduğu obstetrik özellikleri herhangi bir aile planlaması yöntem kullanımını ve kullanılan yöntemin etkililiğini belirleyici etmenler arasındadır. Oltuluoğlu ve Başer (2012) yaptıkları çalışmada gebelik, doğum ve yaşayan çocuk sayısı 1-3 olan kadınların yarısından fazlasının modern AP yöntemi kullandığını bulmuşlardır (22). Giray ve Keskinoğlu (2006) çalışmalarında gebelik ve yaşayan çocuk sayısının etkili AP yöntemi kullanımını etkilemediğini bildirmişlerdir (17). Bizim çalışmamızda da literatürle paralel olarak kadınların gebelik, doğum ve yaşayan çocuk sayısı arttıkça yöntem kullanımını arttığı ancak modern yöntem kullanımının bu özelliklerden etkilenmediği belirlenmiştir.

### Sonuç ve Öneriler

Çalışmadan elde edilen sonuçlar geleneksel yöntem kullanımının azımsanamayacak kadar fazla olduğunu göstermektedir. Çalışmada kadının yaşı, eşin yaşı ve yaşadığı yer gibi sosyo-demografik özelliklerinin herhangi bir aile planlaması yöntemi kullanma oranlarını etkilediği bulunmuştur. Aynı zamanda kadının sahip olduğu öğrenim durumu, evlilik yaşı ve yaşadığı yer gibi sosyo-demografik özellikleri de etkili aile planlaması yöntem kullanımını etkilemektedir. Çalışmada kadının gebelik sayısı, doğum sayısı, yaşayan çocuk sayısı, son iki doğum arasında geçen süre ve son doğumun üzerinden geçen süre gibi obstetrik özellikleri herhangi bir aile planlaması yöntemi kullanım durumunu

etkilemektedir. Aynı zamanda son iki doğum arasında geçen süre kadının modern yöntem kullanım durumunu da etkilemektedir. Bu sonuçlar doğrultusunda; Birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan ebe/hemşireler başta olmak üzere tüm sağlık profesyonellerinin aile planlaması danışmanlık hizmetlerini etkin bir şekilde sürdürmeleri, istenmeyen gebelikleri ve olumsuz sonuçları önlemek adına etkinliği yüksek modern yöntem kullanımını desteklemeleri önerilmektedir. Aile planlaması hizmetlerinin yürütüldüğü aile sağlığı merkezlerine başvuran her kadının kendi düşünce, seçim ve kararını oluşturmaya yardımcı olunmalıdır. Sağlık profesyonelleri bireylere kontraseptif seçiminde yardımcı olurken, bireylerin kendilerine ait kararlarını almalarını desteklemelidir.

**İletişim:** Öğr. Gör. Saadet Gonca Mavi Aydoğdu  
**E-posta:** goncamavi38@gmail.com

## Kaynaklar

1. WHO (2017). <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs351/en/>
2. Çayan A. 15–49 yaş evli kadınların aile planlaması yöntemlerine ilişkin tutumlarının kullandıkları kontraseptif yöntemler ile ilişkisi. Adnan Menderes Üniversitesi Doğum-Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi. 2009.
3. Duman NB, Yılmazel G. Doğum sonrası ev ziyaretleri yoluyla verilen aile planlaması danışmanlığının etkili aile planlaması yöntemi kullanımına etkisi. Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi 2014;11 (2): 52-58.
4. Budak MŞ, Toğrul C, Balsak D, Sakar MN, Tahaoğlu AE, Akgöl S ve ark. İsteğe bağlı küretaj olan kadınların kontrasepsiyon yöntemleri ve küretaj nedenleri açısından değerlendirilmesi. Jinekoloji - Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi 2015; 12(3), 106–109.
5. Selassie, T. G. (2017). Determinants of contraceptive use among urban youth in Ethiopia. The Ethiopian Journal of Health Development (EJHD), 10(2). ISO 690.
6. Bostancı MS. Doğu Anadolu bölgesindeki bir ilçede kadınların kullandıkları kontraseptif yöntemleri için bilgi kaynakları ve istenmeyen gebeliklerle ilişkisi. Dicle Tıp Dergisi 2011; 38 (2): 202-207. doi: 10.5798/diclemedj.0921.2011.02.0015.
7. Tohma YA, Özdeğirmenci Ö, Coşkun B, Çolak E, Dilbaz B, Erkaya S. İstemli gebelik sonlandırılması, bir aile planlaması yöntemi midir? Jinekoloji - Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi 2014; 11(4): 110 – 112.
8. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, 2013.
9. Doğru HY, Oktay G, İşgüder ÇK, Özsoy AZ, Çakmak B, Delibaş İB ve ark. Yaş gruplarına göre kadınların aile planlamasına bakışları ve seçtikleri yöntemlerin değerlendirilmesi: Tersiye tek merkez deneyimi. Dicle Tıp Dergisi 2016; 43 (3): 413-418. doi:10.5798/diclemedj.0921.2016.03.0706.
10. Cetişli NE, Top ED, Arkan G, Kaba F, Ertop F. Evli kadınların kullandıkları aile planlaması yönteminin cinsel yaşam ve benlik saygısına etkisi. Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi 2016;13 (2): 101-106. doi:10.5222/HEAD.2016.101.
11. Lindh, I., Skjeldestad, F. E., Gemzell-Danielsson, K., Heikinheimo, O., Hognert, H., Milsom, I., & Lidegaard, Ø. (2017). Contraceptive use in the Nordic countries. Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica, 96(1), 19-28.
12. Kutlu R, Sayın S, Uçar M, Aslan R, Demirbaş O. Kadınların sosyodemografik özelliklerine göre kontraseptif yöntem kullanma durumları ve bu yöntemleri tercih nedenleri. Türk Aile Hek Derg 2014; 18 (3): 134-141. doi: 10.15511/tahd.14.03134.
13. Kitapçıoğlu G, Yanikkerem E. Manisa Doğumevinde doğum yapan kadınların doğurganlık öyküleri, aile planlaması davranışı ve doğum sonrası aile planlaması danışmanlığı. Ege Tıp Dergisi 2008; 47(2) : 87 – 92.
14. Balci BK. Rize ili Çayeli ilçesinde kadın hastalıkları ve doğum polikliniğine başvuran hastalar arasında kontraseptif yöntem seçimi. Ortadoğu Tıp Dergisi 2015; 7 (1): 1- 4.
15. Gılıç E, Ceyhan O, Özer A. Niğde Doğumevi'nde doğum yapan kadınların aile planlaması konusundaki bilgi tutum ve davranışları. Fırat Tıp Dergisi 2009;14(4): 237-241.
16. Çalışkan BG, Doğan B, Olçum GG. Kırsal bölgede yaşayan kadınların aile planlaması yöntemi tercihlerine yaş ve eğitimin etkisi. Türk Aile Hek Derg 2014; 18 (4): 189-194. doi:10.15511/tahd.14.04189.
17. Giray H, Keskinoglu P. Işıkent Sağlık Ocağına başvuran 15-49 yaş evli kadınların etkili aile planlaması yöntemi kullanımı ve etkileyen etmenler. Sted 2006; 15(2):23-26.
18. Kutlu R, Kılıçaslan AÖ. Bir aile planlaması polikliniğine başvuran kadınların rahim içi aracı terk etme nedenleri. Türk Aile Hek Derg 2014; 18 (3): 149-155. doi:10.15511/tahd.14.03149.
19. Çağlayan EK, Kara M, Aslan N. Yozgat ilinde yaşayan kadınların kullandığı kontraseptif yöntemler. Cumhuriyet Tıp Derg 2014; 36: 57-61. <http://dx.doi.org/10.7197/1305-0028.2188>.
20. Singh, A., Meena, P., Radhakrishnan, G., & Rutela, M. (2017). A knowledge, attitude and practice study on awareness and acceptance of contraception in postpartum women in a tertiary care hospital. International Journal of Reproduction, Contraception, Obstetrics and Gynecology, 5(6), 1921-1924. ISO 690
21. Tawiah, E. O. (1997). Factors affecting contraceptive use in Ghana. Journal of Biosocial Science, 29(2), 141-149.
22. Oltuluoğlu H, Başer M. Malatya il merkezinde yaşayan evli kadınların kullandıkları aile planlaması yöntemleri ve seçme nedenlerinin incelenmesi. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2012;19(3):167-74.



Kadriye Avcı<sup>1</sup>, Hasan Nadir Rana<sup>1</sup>

Geliş/Received : 01.08.2017  
Kabul/Accepted : 17.02.2018

## Öz

**Amaç:** Bu çalışmanın amacı, hekimler ve tıp fakültesi öğrencilerinin mobil sağlık uygulamalarını kullanım sıklığı, kullanım alanları ve mobil sağlık uygulamaları ile ilgili görüşlerini değerlendirmektir.

**Gereç ve yöntem:** Kesitsel tipteki bu çalışma, Temmuz-Aralık 2016'da Afyonkarahisar il merkezinde gerçekleştirilmiştir. İl Merkezi'ndeki 422 hekim ve 839 tıp fakültesi öğrencisi çalışmaya katılmıştır. Katılımcılara uygulanan anket formu, sosyo-demografik sorular, mobil sağlık uygulamaları kullanımı ile ilgili sorular ve mobil sağlık uygulamalarının avantajları ve dezavantajları hakkında yargıları içermektedir. Verilerin analizlerinde tanımlayıcı istatistikler, ki-kare testi ve bağımsız gruplarda t test kullanılmıştır.

**Bulgular:** Mesleğiyle ilgili mobil sağlık uygulaması kullanma sıklığının tıp öğrencilerinde %28,1, hekimlerde %35,5'dir (p=0,007). Mobil sağlık uygulamalarını tıp öğrencilerinin %16,1'inin, hekimlerin ise %16,8'inin hastalarına önerdiği saptanmıştır. Tıp öğrencileri tarafından en sık kullanılan mobil sağlık uygulaması "sağlık bilgi sistemleri" (%12,9), hekimler tarafından en sık kullanılan uygulama ise "klinik hizmetler için referans bilgileri sağlayan tanı ve kişiye özel sağlık hizmet sağlayıcıları" (%26,5)'dir. Mobil sağlık uygulamalarının avantajları ve dezavantajlarıyla ilgili yargılardan alınan puanların ortalaması değerlendirildiğinde, öğrenciler en yüksek puanları uygulamaların avantajlarından, hekimler ise dezavantajlarından almıştır.

**Sonuç:** Bu çalışmada mobil sağlık uygulamalarının kullanımı hem hekimlerde hem tıp öğrencilerinde, diğer çalışmalara göre düşük bulunmuştur. Özellikle hekimlerin dezavantajlarına odaklanması nedeniyle, bu konuda ülkemizde yasal düzenlemelerin yapılması uygun olacaktır.

**Anahtar sözcükler:** Mobil telefon, Tıbbi bilişim uygulamaları, Doktor, Tıp öğrencisi

## Abstract

**Objective:** The objective of the present study is to assess the frequency of use of mobile health practices by physicians and students of medicine, areas where it is used, and opinions about mobile health practices.

**Materials and method:** This cross-sectional survey was conducted at Afyonkarahisar province centre in the period July-December 2016. The survey covered 422 physicians and 839 students of medicine. The questionnaire applied to respondents contained questions related to socio-demographic characteristics and mobile health practices, and some judgements on advantages and disadvantages of mobile health practices. Descriptive statistics, chi-square test and, for independent groups, t-test were used in data analysis.

**Findings:** The frequency of use of mobile health practices is by 28.1% in students of medicine and by 35.5% in physicians (p=0.007). It was observed that 16.1% of students and 16.8% of physicians suggest mobile health practices to their patients. The mobile health practice most frequently used by students of medicine is "health information systems" (12.9%) while it is "diagnosis providing reference information for clinic services and person-specific health service providers" for physicians (26.5%). Evaluating the average of points obtained from judgements concerning advantages and disadvantages of mobile health practices, students got highest scores from advantages of the practice while physicians scored the highest in its disadvantages.

**Conclusion:** The survey found that relative to other types of work, the frequency of using mobile health practices is low in both students and physicians. Given that physicians in particular focus on disadvantages, it will be appropriate to introduce legislative arrangements in this issue.

**Key words:** Mobile phone, Practices of medical informatics, Physician, Student of medicine

## Giriş

Günümüzde sağlık iletişimi uygulamaları teknolojiden geniş ölçüde faydalanır. Bu yeni teknolojiler, sağlığı geliştirme adına eşsiz fırsatlar sunar. Bu teknolojilerden biri olan mobil sağlık uygulamaları son yıllarda hayatımıza girmiştir. Akıllı telefonların ve kablosuz bağlantıların yaygınlaşması, her alanda olduğu gibi sağlık alanında da patlama halinde giderek artan bu uygulamaların önünü açmıştır ve mobil sağlık uygulamalarının sayısı ve kullanıcıları giderek artmaya devam etmektedir.

“Zamanımızın en büyük teknoloji atılımı” olarak tanımlanan mobil sağlık uygulamaları, günlük hayatımızda önemli bir yer tutar (1,2). Mobil sağlık uygulamaları, sağlık bilgisinin benzersiz ve etkili kaynağı ve kişinin kendi sağlığını yöneteceği araçlar olarak hızla yayılmaktadır (3). Bu uygulamalar, elektronik sağlık uygulamalarını destekleyen araçlar, süreçler ve iletişimi sağlayan, sağlık hizmetleri ile ilgili yazılım uygulamalarıdır (4). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), mobil sağlık uygulamalarını “cep telefonları, hasta izleme cihazları, kişisel dijital asistanlar ve diğer kablosuz cihazlar gibi mobil cihazlar tarafından desteklenen tıbbi ve halk sağlığı uygulamaları” olarak tanımlanmıştır (5).

Dünya genelinde 2015 yılında 500 milyon akıllı telefon kullanıcısı en az bir sağlık uygulaması kullanmış ve 2018'e kadar 3,4 milyar kişinin bu uygulamaları kullanması beklenmektedir. Bu kullanım sağlık çalışanları, hasta ve diğer tüketicileri içerir. Sağlık uygulamalarının yaklaşık yarısı (%43) öncelikle sağlık uzmanları için tasarlanırlar (6).

Mobil sağlık uygulamaları, hasta katılımını ve bireylerin kendi sağlığını yönetme kapasitesini arttırarak, hasta merkezli modeli destekleyen araçlar olarak sağlık arenasında yerlerini almışlardır (3). Bu yeni araçlar, obezite ve sigara gibi halk sağlığı girişim alanlarıyla birleşerek, kronik hastalıkların önlenmesinde ve yönetiminde daha büyük başarı sağlar (4). Özellikle diyabet ve hipertansiyon kontrolü için, hem koruyucu hem de tedavi edici uygulamalar mevcuttur (7,8). Kardiyoloji, onkoloji, psikiyatri, nöroloji ve enfeksiyon hastalıkları daha fazla uygulamaları olan alanlardır (9).

Ayrıca hekimlere ve tıp öğrencilerine yönelik klinik uygulamalar ve klinik destek karar uygulamaları da giderek artmaktadır. Klinik ilaç dozu hesaplama, tıbbi tanı-tedavi rehberleri, ders kitaplarının yüklenmesi, klinik karar destek sistemi, tıbbi kayıtlara danışmanlık ve tıp eğitimi, hekimler ve tıp öğrencileri için tasarlanmış tıbbi uygulamalardır ve eşsiz kolaylık sağlarlar (9-11). Sonuç olarak hem hastalar hem de sağlık çalışanları için uygulamalar mevcuttur ve toplumun sağlık kalitesini arttırmak amaçlı bu konuda giderek artan kamuoyu desteği sağlanmaktadır (9). Bunun yanında, sağlık iletişimde bu tür yeni teknolojilerin kullanımı, sağlık araştırmalarının planlama, uygulama ve değerlendirilmesinde eşsiz fırsatlar sunar (12).

Bu uygulamaların bazılarının sağlık sistemleriyle entegre çalışması, hastaların bu uygulamalar hakkında hekimlerden bilgi alması ve ayrıca hekimlere ve tıp öğrencilere yönelik uygulamaların da mevcut olması nedeniyle, hekimlerin ve öğrencilerin alanlarındaki uygulamaların avantaj ve dezavantajları hakkında yeterli bilgi ve deneyim sahibi olmaları önemlidir. Bu çalışmada Afyonkarahisar il merkezinde görev yapan hekimler ve Afyon Kocatepe Üniversitesi Tıp Fakültesi öğrencilerinin, mobil sağlık uygulamalarını kullanım sıklığı, kullanım alanları ve mobil sağlık uygulamaları ile ilgili görüşlerinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

## Gereç ve Yöntem

Kesitsel tipteki bu çalışma, Temmuz-Aralık 2016'da Türkiye'de Afyonkarahisar il merkezinde gerçekleştirilmiştir.

## Katılımcılar

Bu çalışmada Afyonkarahisar İl Merkezi'ndeki tüm kamu kurumlarında çalışan hekimler ve tıp fakültesi öğrencilere ulaşılması hedeflenmiştir. Afyonkarahisar İl Merkezi'nde bir tıp fakültesi (Afyon Kocatepe Üniversitesi Tıp Fakültesi), bir devlet hastanesi (Afyonkarahisar Devlet Hastanesi) ve birinci basamakta çalışan aile hekimleri bulunmaktadır. Bu çalışmada, örneklem seçilmeden hepsine ulaşmak hedeflenmiştir. Ankete katılma yüzdeleri şu şekildedir; 839 tıp fakültesi öğrencisi (%90,9'u), 50 aile hekimi (%89,3'ü), 144 devlet hastanesinde çalışan hekim (%75,8'i), 130 tıp fakültesi araştırma görevlisi (%78,3'ü) ve 98 tıp fakültesi öğretim

üyesi (%81,7'si)'ne ulaşılmıştır. Araştırma yapılan kurumlardan izin alınmıştır ve anket uygulanan katılımcılar çalışma hakkında bilgilendirilip, sözlü onamları alındıktan sonra anket uygulanmıştır.

### Veri Toplama Aracı

Anket formu, dört adet sosyo-demografik soru (yaş, cinsiyet, çalıştığı kurum ve pozisyonu), yedi adet mobil sağlık uygulamaları kullanımı ile ilgili soru, 12 adet kullandıkları mobil sağlık uygulamaları ile ilgili soru ve mobil sağlık uygulamalarının avantajları ve dezavantajları hakkında görüşleri ile ilgili 16 adet beşli Likert tipi (en düşük 1 en yüksek 5 puan olmak üzere, 1=kesinlikle katılmıyorum'dan 5=kesinlikle katılıyorum'a değişen) yargıdan oluşturulmuştur.

### Kullanılan İstatistik Yöntemler

Verilerin analizlerinde tanımlayıcı istatistikler (frekans, yüzde, aritmetik ortalama ve standart sapma) kategorik gruplarda ki-kare testi, sürekli değişkenlerin karşılaştırılmasında bağımsız gruplarda t test kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık düzeyi  $p < 0,05$  olarak alınmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde SPSS-18 programı kullanılmıştır.

### Bulgular

Bu çalışma, 839 (%66,5)'i tıp fakültesi öğrencisi ve 422 hekim (%33,5)'i hekim olmak üzere toplam 1261 kişiyi içermektedir. Tıp öğrencilerin yaş ortalaması  $21,0 \pm 2,1$  olup, %55,5'i kadın, %44,5'i erkektir. Hekimlerin ise yaş ortalaması  $36,5 \pm 8,6$ 'dır ve %40,3'ü kadın, %59,7'si erkektir. Katılımcıların sosyo-demografik özellikleri Tablo 1'de verilmiştir.

Tıp öğrencilerinin %92,8'inin, hekimlerin %74,2'si herhangi bir mobil uygulama kullandığı ve tıp öğrencilerinin %38,9'u, hekimlerin %26,1'inin kendi sağlığı için mobil sağlık uygulaması kullandığı bulunmuştur. Mobil uygulama kullanımı ( $p < 0,001$ ) ve kendi sağlığı için mobil sağlık uygulaması kullanma ( $p < 0,001$ ), tıp öğrencilerinde istatistiksel olarak anlamlı olarak daha yüksekti. Mesleğiyle ilgili mobil sağlık uygulaması kullanma sıklığının tıp öğrencilerinde %28,1, hekimlerde %35,5 ( $p = 0,007$ )'dir. Mobil sağlık uygulamalarını tıp öğrencilerinin %16,1'inin, hekimlerin ise %16,8'inin hastalarına önerdiği saptanmıştır. Tıp öğrencileri ve hekimlerin mobil sağlık uygulaması kullanma durumları Tablo 2'de gösterilmiştir.

**Tablo 1.** Katılımcıların bazı sosyo-demografik özellikleri

|                                                          | Tıp öğrencileri (n=839) | Hekimler (n=422)        |
|----------------------------------------------------------|-------------------------|-------------------------|
| <b>Yaş ortalaması</b><br>(Ortalama $\pm$ Standart Sapma) | $21,0 \pm 2,1$<br>n (%) | $36,5 \pm 8,6$<br>n (%) |
| <b>Cinsiyet</b>                                          |                         |                         |
| Kadın                                                    | 466 (55,5)              | 170 (40,3)              |
| Erkek                                                    | 373 (44,5)              | 252 (59,7)              |
| <b>Tıp öğrencilerinin Sınıfları</b>                      |                         |                         |
| 1                                                        | 189 (22,5)              |                         |
| 2                                                        | 159 (18,1)              |                         |
| 3                                                        | 134 (16,0)              |                         |
| 4                                                        | 133 (15,9)              |                         |
| 5                                                        | 113 (13,5)              |                         |
| 6                                                        | 118 (14,0)              |                         |
| <b>Hekimlerin çalıştığı kurumlar ve pozisyonları</b>     |                         |                         |
| Tıp fakültesi araştırma görevlisi                        |                         | 130 (30,8)              |
| Tıp fakültesi öğretim üyesi                              |                         | 98 (11,8)               |
| Devlet hastanesinde çalışan hekim                        |                         | 144 (34,1)              |
| Aile sağlığı merkezinde çalışan aile hekimi              |                         | 50 (23,3)               |

**Tablo 2.** Tıp öğrencileri ve hekimlerin mobil sağlık uygulaması kullanma durumları

|                                                     | <b>Tıp öğrencileri<br/>n (%)</b> | <b>Hekimler<br/>n (%)</b> | <b><math>\chi^2</math></b> | <b>p</b> |
|-----------------------------------------------------|----------------------------------|---------------------------|----------------------------|----------|
| Mobil uygulama kullanma                             | 779 (92,8)                       | 313 (74,2)                | 84,400                     | <0,001   |
| Kendi sağlığı için mobil sağlık uygulaması kullanma | 326 (38,9)                       | 110 (26,1)                | 20,303                     | <0,001   |
| Mesleğiyle ilgili mobil sağlık uygulaması kullanım  | 236 (28,1)                       | 150 (35,5)                | 7,272                      | 0,007    |
| Mobil sağlık uygulamalarını hastalarına önerme      | 135 (16,1)                       | 71 (16,8)                 | 0,111                      | 0,739    |

**Tablo 3.** Hekimlerin yaş, cinsiyet ve çalıştığı kuruma göre mesleklerinde mobil sağlık uygulama kullanma durumu

|                                     |                                             | <b>n(%)</b> | <b><math>\chi^2</math></b> | <b>p</b> |
|-------------------------------------|---------------------------------------------|-------------|----------------------------|----------|
| <b>Cinsiyet</b>                     |                                             |             |                            |          |
|                                     | Kadın                                       | 67 (39,4)   | 1,858                      | 0,173    |
|                                     | Erkek                                       | 83 (32,9)   |                            |          |
| <b>Yaş grubu</b>                    | <30 y                                       | 44 (46,3)   |                            |          |
|                                     | 30-40 y                                     | 80 (37,6)   | 13,261                     | 0,001    |
|                                     | >40 y                                       | 26 (22,8)   |                            |          |
| <b>Çalıştığı kurum ve pozisyonu</b> | Tıp fakültesi araştırma görevlisi           | 68 (52,3)   | 26,056                     | <0,001   |
|                                     | Tıp fakültesi öğretim üyesi                 | 25 (25,5)   |                            |          |
|                                     | Devlet hastanesinde çalışan hekim           | 47 (32,6)   |                            |          |
|                                     | Aile sağlığı merkezinde çalışan aile hekimi | 10 (20,0)   |                            |          |

Hekimlerin yaş, cinsiyet ve çalıştığı kuruma göre mesleklerinde mobil sağlık uygulaması kullanma durumu Tablo 3’de gösterilmiştir. Hekimlerin uygulama kullanımının cinsiyetle istatistiksel anlamlı ilişkisi yokken ( $p=0,173$ ); yaşla anlamlı ilişkisi olduğu bulunmuştur; hekimlerin 30 yaş altında %46,3, 30-40 yaşta %37,6 ve 40 yaşın üzerinde %22,8’inin kullandığı saptanmıştır ( $p=0,001$ ). Hekimlerin bu uygulamaları kullanma durumu ile çalıştığı kurumla ilişkine bakıldığında, tıp fakültesi araştırma görevlilerinin %52,3’ünün, tıp fakültesi öğretim üyelerinin %25,5’inin, devlet hastanesinde çalışan hekimlerin %32,6’sının ve aile hekimlerinin %20,0’inin bu uygulamaları mesleklerinde kullandığı görülmüştür ( $p<0,001$ ).

Tıp öğrencileri tarafından en sık kullanılan ilk üç mobil sağlık uygulamasının sırasıyla; “sağlık bilgi sistemleri” (%12,9), “sağlığı geliştirme ve hastalıkları önlemede bilgi sağlayan eğitim ve farkındalık sistemleri” (%11,1) ve “klinisyene, tanıyı desteklemek ve ilaç dozu hesaplamak gibi klinik hizmetler için referans bilgiler sağlayan tanı ve kişiye özel sağlık hizmet sağlayıcıları” (%9,9) olduğu, hekimler tarafından en sık kullanılan üç uygulamanın ise “klinisyene, tanıyı desteklemek ve ilaç dozu hesaplamak gibi klinik hizmetler için referans bilgiler sağlayan tanı ve kişiye özel sağlık hizmet sağlayıcıları” (%26,5), “sağlık bilgi

sistemleri” (%14,9) ve “eğitim desteği için mobil platformlar ve web tabanlı kaynaklara erişim uygulamaları” (%14,0) olduğu saptanmıştır. Hekimler, “klinisyene, tanıyı desteklemek ve ilaç dozu hesaplamak gibi klinik hizmetler için referans bilgiler sağlayan tanı ve kişiye özel sağlık hizmet sağlayıcıları” ( $p<0,001$ ) ve “sağlık profesyonellerine eğitim desteği için mobil platformlar ve web tabanlı kaynaklara erişim uygulamaları” nı tıp öğrencilerinden daha yüksek kullanmaktaydı ( $p<0,001$ ).

Mobil sağlık uygulamalarının avantajları ve dezavantajlarıyla ilgili yargılardan alınan puanların ortalaması değerlendirildiğinde, öğrencilerde en yüksek puanları “bu uygulamaları edinmek ucuzdur” ( $3,7\pm0,9$ ), “her yerde ulaşılabilir olması büyük avantajdır” ( $3,7\pm1,0$ ) ve “uygulamaların çoğunun dilinin Türkçe olmaması kullanıcılar açısından dezavantajdır” ( $3,7\pm1,0$ ) yargıları, hekimlerde ise ilk üç sırası; “sağlık eşitsizlikleri ve düşük sağlık okuryazarlığı kullanımı olumsuz etkileyebilir” ( $3,8\pm0,9$ ), “bu uygulamalarda etik sorunlar ortaya çıkabileceği için, tanı ve tedaviye yönelik uygulamalar kullanılmamalıdır” ( $3,7\pm1,1$ ) ve “davranış değişiklikleri, teorilere veya kılavuzlara dayalı olamayabilir” ( $3,6\pm0,9$ ) yargıları almıştır (Tablo 5).



**Tablo 4.** Tıp öğrencilerinin ve hekimlerin mesleklerinde kullandıkları mobil sağlık uygulamaları

|                                                                                                                                                               | Tıp öğrencileri |      | Hekimler |      | $\chi^2$ | p      |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|------|----------|------|----------|--------|
|                                                                                                                                                               | n               | %    | n        | %    |          |        |
| Sağlığı geliştirme ve hastalıkları önlemede bilgi sağlayan eğitim ve farkındalık sistemleri                                                                   | 93              | 11,1 | 47       | 11,1 | 0,001    | 0,978  |
| Klinisyene, tanıyı desteklemek ve ilaç dozu hesaplamak gibi klinik hizmetler için referans bilgileri sağlayan tanı ve kişiye özel sağlık hizmet sağlayıcıları | 83              | 9,9  | 112      | 26,5 | 59,525   | <0,001 |
| Hastaya tedaviye uyum desteği sağlayan uygulamalar                                                                                                            | 30              | 3,6  | 23       | 5,5  | 2,450    | 0,117  |
| Enfeksiyon hastalıkları ve salgınlarda, gerçek zamanlı izlem ile hastalıkların sürveyansını sağlayıcıları                                                     | 17              | 2,0  | 15       | 3,6  | 2,652    | 0,103  |
| Kaza ve afetlere yönelik, acil tıbbi müdahale sistem uygulamaları                                                                                             | 46              | 5,5  | 18       | 4,3  | 0,864    | 0,353  |
| Sağlık bilgi sistemleri                                                                                                                                       | 108             | 12,9 | 63       | 14,9 | 1,013    | 0,314  |
| Eğitim desteği için mobil platformlar ve web tabanlı kaynaklara erişim uygulamaları                                                                           | 59              | 7,0  | 59       | 14,0 | 15,984   | <0,001 |
| Sağlık finansmanı uygulamaları                                                                                                                                | 9               | 1,1  | 3        | 0,7  | 0,390    | 0,532  |
| Halk sağlığı uygulamaları                                                                                                                                     | 22              | 2,6  | 9        | 2,1  | 0,281    | 0,596  |
| Hastayla iletişim uygulamaları                                                                                                                                | 17              | 2,0  | 11       | 2,6  | 0,436    | 0,509  |
| Yönetimle ilgili uygulamalar                                                                                                                                  | 10              | 1,1  | 4        | 0,9  | 0,152    | 0,696  |
| Profesyonel iletişim uygulamaları                                                                                                                             | 16              | 1,9  | 13       | 3,1  | 1,721    | 0,190  |

## Tartışma

Bu çalışmada mobil sağlık uygulamalarının hekimler ve geleceğin hekimleri tıp öğrencileri tarafından kullanıma ve hastalarına önerilme durumu incelenmiştir. Mesleğiyle ilgili mobil sağlık uygulaması kullanma sıklığını tıp öğrencilerinde %28,1, hekimlerde %35,5 bulunmuştur. Daha önceki çalışmalarda kullanım oranları tıp öğrencilerinde %41,5-50,0 hekimlerde % 30-90 olup, son yıllardaki çalışmalarda bu oranlar artmaktadır (13-17). Bizim çalışmamızda özellikle hekimlerin kullanım oranları diğer çalışmalara göre daha düşüktür. Fakat 30 yaş altında kullanım %46,3 olup, yaş ilerledikçe kullanım düşmektedir. Tıp öğrencilerinin de kullanım oranları diğer çalışmalara göre düşüktür. Mobil sağlık uygulamalarında, Türkçe yazılımların ve sağlık sistemimize bütünleşmiş uygulamaların azlığı, diğer ülke çalışmalarından daha düşük oranların nedeni olabilir.

Bu çalışmada mobil sağlık uygulamalarını hekimlerin %16,8'si, tıp öğrencilerinin ise %16,1'i hastalarına tavsiye etmektedir. Yapılan çalışmalarda, hekimlerin %9,7-29,6'sının, tıp öğrencilerinin %16,4'ünün hastalarına tavsiye ettiği bulunmuştur (15,18). Avrupa Birliği'nin 28 ülkesinde, geniş kapsamlı yapılan bir çalışmanın sonuçlarına göre mobil sağlık uygulamalarının bireyler tarafından kabulünde %50 ile ilk sırayı doktorların kabul etmesi yer almaktadır (19). Bu nedenle bu uygulamaların öncelikle doktorlar tarafından bilinmesi ve tavsiye edilmesi önemlidir. Bu konuda doktorlara bazı önerilerde bulunulmuştur. Bir hasta "sağlık uygulamaları kullanıyor musunuz ve eğer öyleyse, hangileri ve neden" diye sorabilir ya da tavsiye isteyebilir. Bunun için öncelikle birkaç uygulamanın denenmesi ve etkilerinin gözlenmesi, daha sonra giderek her ay yeni bir uygulamayı öğrenilmesi ve uygulamayı kullanan hastaların takip edilmesi önerilmektedir (20).

Bu çalışmada, başka çalışmalara benzer şekilde mobil sağlık uygulamalarını tıp öğrencileri en sık bilgi edinmek, hekimler klinik destek amaçlı kullanmaktadır (21). Önceki çalışmalarda hekimler ve öğrencilerin bu uygulamaları araştırma makalesi okuma amaçlı (21) ya da öğrencilerin ders kitaplarını okumak amaçlı daha fazla kullandıkları gösterilmiştir (22).

| Tablo 5. Tıp öğrencilerinin ve hekimlerin mobil sağlık uygulamalarının avantajları ve dezavantajlarıyla ilgili görüşlerini içeren yargılardan aldıkları puanlar (*SS:Standart Sapma) |                  |                  |       |        |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|------------------|-------|--------|
| Yargılar                                                                                                                                                                             | Ortalama±<br>SS* | Ortalama±<br>SS* | t     | p      |
| <b>Mobil Sağlık Uygulamalarının Avantajları</b>                                                                                                                                      |                  |                  |       |        |
| Mobil sağlık uygulamaları, sağlık hizmetlerinin kalitesini ve verimliliğini artırır                                                                                                  | 3,4 ± 0,9        | 3,3 ± 1,0        | 2,164 | 0,031  |
| Kişilerin kendi sağlığı ile ilgili kararlar vermesine olanak tanır                                                                                                                   | 3,3 ± 1,0        | 3,0 ± 1,0        | 4,791 | <0,001 |
| Bireye özel temel sağlık ihtiyaçlarını ve davranış niteliklerini tasarlamakta eşsiz bir fırsat sunar                                                                                 | 3,2 ± 0,9        | 3,0 ± 1,0        | 3,708 | <0,001 |
| Her yerde ulaşılabilir olması büyük avantajdır                                                                                                                                       | 3,7 ± 1,0        | 3,6 ± 1,0        | 1,951 | 0,056  |
| Bu uygulamaları edinmek ucuzdur                                                                                                                                                      | 3,7 ± 0,9        | 3,5 ± 1,0        | 2,926 | 0,003  |
| Mobil sağlık uygulamaları kullanımında etkili sonuçlar alınır                                                                                                                        | 3,1 ± 0,9        | 3,0 ± 0,9        | 3,373 | 0,001  |
| Mobil sağlık uygulamaları bilgi edinmede hekimler ve tıp öğrencileri için eşsiz kolaylıklar sunar                                                                                    | 3,4 ± 0,9        | 3,3 ± 1,1        | 1,534 | 0,125  |
| Klinik karar verme sistemleri, her hekimin işini kolaylaştırır ve bu nedenle kullanılması gereken uygulamalardır                                                                     | 3,2 ± 0,9        | 3,1 ± 1,0        | 2,010 | 0,045  |
| <b>Mobil Sağlık Uygulamalarının Dezavantajları</b>                                                                                                                                   |                  |                  |       |        |
| Kişisel sağlık bilgilerinin gizliliğinin korunmasında sorun yaşanabilir                                                                                                              | 3,5 ± 0,9        | 3,6 ± 1,0        | 1,580 | 0,114  |
| Bu uygulamaların geliştirilmesi ve güncellenmesi önemli maliyetler gerektirebilir                                                                                                    | 3,2 ± 0,9        | 3,2 ± 0,9        | 0,863 | 0,389  |
| Uygulamaların önerileri, kullanıcıların beklentilerine ve yaşam faaliyetleri ile uyumlu olmayabilir                                                                                  | 3,5 ± 0,8        | 3,6 ± 0,8        | 1,411 | 0,158  |
| Sağlık eşitsizlikleri ve düşük sağlık okuryazarlığı kullanımı olumsuz etkileyebilir                                                                                                  | 3,6 ± 0,9        | 3,8 ± 0,9        | 3,176 | 0,002  |
| Davranış değişiklikleri, teorilere veya kılavuzlara dayalı olamayabilir                                                                                                              | 3,5 ± 0,8        | 3,6 ± 0,9        | 2,550 | 0,011  |
| Mobil sağlık uygulamaları, tıbbi araç olarak nitelendirip, ruhsat alması sağlanmalıdır                                                                                               | 3,1 ± 1,1        | 3,2 ± 1,1        | 1,089 | 0,276  |
| Bu uygulamalarda etik sorunlar ortaya çıkabileceği için, tanı ve tedaviye yönelik uygulamalar kullanılmamalıdır                                                                      | 3,6 ± 1,0        | 3,7 ± 1,1        | 1,760 | 0,079  |
| Uygulamaların çoğunun dilinin Türkçe olmaması kullanıcılar açısından dezavantajdır                                                                                                   | 3,7 ± 1,0        | 3,6 ± 1,0        | 1,278 | 0,201  |

Tıp öğrencileri, bilgi edinmek amaçlı bu uygulamaları kullansalar da, direkt eğitimlerine yönelik kullanım oranları sadece %7,0 bulunmuştur. Oysa mobil uygulamalar tıp eğitimi için de sıkça kullanılmaktadır. Tıp öğrencileri için akıllı telefon uygulamaları “herhangi bir yerde öğrenme” kaynağı olarak tanımlanmıştır. “Almost a Doctor”, “Oxford Handbook” serisi ve “Pastest” bu amaçla en sık kullanılan uygulamalardır. Tıp eğitimindeki bu uygulamalar, Genel Tıp Konseyi gibi bazı meslek kuruluşları tarafından tanınmaktadır ve bazı tıp fakülteleri tıp öğrencilerine akıllı cihazlar tedarik etmektedir. Fakat bu uygulamaların tıp öğrencilerinin ve hekimlerin şu anki mevcut eğitim ihtiyaçlarını karşılamadığı da iddia edilmektedir (23). Yine de gelecekte hem tıp eğitiminde, hem de hekimlerin sürekli tıp eğitiminde bu uygulamaların geniş yer bulacağı açıktır ve bu uygulamaların ülkemiz eğitim sistemine de uygun hale getirilmesi için çalışmalar zorunlu hale gelecektir.

Mobil sağlık uygulamaları, sağlık kalitesini ve verimliliğini artırmakta önemli bir rol oynayan gelişmekte olan bir alandır (9). Aynı zamanda, daha fazla kullanıcı kendi sağlığı ile ilgili hayatlarında değişiklikler ulaşmak için mobil uygulamalar kullanmaktadır (24). Geleceğin tıbbında da, bu uygulamalarla tüm yönleriyle kişiler kendi sağlıklarının yöneticisi ve eylemcisi olma durumundadır (25). Fakat bu uygulamaların bazı avantaj ve dezavantajları vardır. En önemli avantajları nerede ve ne zaman ihtiyacınız olursa, gerekli bilgiyi hizmet noktasında sağlamasıdır. Etkili, hızlı ve taşınabilmelidir, ucuz ya da ücretsiz hizmet sunulur (26) Bunun yanında bu uygulamaların bazı eksiklikleri ve sınırlılıkları da vardır. Gizlilik, güvenlik ve doğruluk en önemli dezavantajlarıdır (24). Uygulamaların geliştirilmesi, destek, bakım ve düzenli güncellenmesi önemli maliyetler gerektirebilir (26). Uygulamaların önerileri, kullanıcıların beklentilerine ve yaşam faaliyetleri ile uyumlu olmayabilir. Sağlık eşitsizlikleri ve düşük sağlık okuryazarlığı kullanımı olumsuz etkileyebilir. Ayrıca, birçok uygulamada davranış değişiklikleri, teorilere veya kılavuzlara dayalı değildir. Bu uygulamaların çoğu hekimlerle birlikte yazılamamaktadır (27). Bu çalışmada hekimler daha çok dezavantajlarına odaklanırken (sağlık eşitsizlikleri ve düşük sağlık okuryazarlığının olumsuz etkileri, etik sorunlar ve kılavuzlara dayalı

olmaması), tıp öğrencileri ucuz olması ve her yerde ulaşılabilir olması gibi avantajlarına odaklanmaktadır. Benzer şekilde başka bir çalışmada da tıp öğrencileri yenilikçi bulmuştur (28). Bu çalışmada özellikle öğrenciler tarafında bu uygulamalar ucuz olduğu belirtilirken, tam tersi şeklinde bu uygulamaların pahalılığından yakınlar da vardır. Bunun yanında hem hekimlerin hem de tıp öğrencilerinin etik kaygıları diğer çalışmalarda da ortaya konmuştur (23,29).

Özellikle hekimlerin etik konularda endişelenmesi boşuna değildir. Bu konuda sağlık çalışanlarına yönelik yasal düzenlemeler açık değildir. Örneğin, kendi kendini izlediği sağlık uygulamasından sağladığı bilgi ile hasta zarar görürse, bunu öneren hekim malpraktis yasalarına göre mi değerlendirilecek gibi konularda yasal düzenlemeler gerekmektedir (30). Mobil tıbbi uygulamalar düzenlenmesinde hasta merkezli bir yaklaşım olmalıdır. Mobil sağlık uygulamalarının geliştirilmesi ve kullanımına yönelik, hasta güvenliğini sağlamak zorunluluktur ve Hipokrat'ın "öncelikle zarar vermeme" kavramı dikkate alınmalıdır (9). Amerikan Gıda ve İlaç Dairesi (FDA) kendi bakış açısıyla Nisan 2014'de ilk kılavuzu sağlamıştır (31). Ülkemizde de sağlık ve bilişim toplulukların üyelerinin katkıları ile bu uygulamalarla ilgili yönetmeliklerin hazırlanması uygun olacaktır.

#### Araştırmanın kısıtlılıkları

Bu konuda daha önce Türkiye'de yapılan çalışmaya literatürde rastlanmamıştır. Fakat bu çalışma tek bir il merkezi ve tek bir tıp fakültesinde yapıldığından tüm Türkiye'ye genellenemez.

#### Sonuç

Sonuç olarak hem hastalar hem de sağlık çalışanları için uygulamalar mevcuttur ve toplumun sağlık kalitesini arttırmak amaçlı bu konuda giderek artan kamuoyu desteği sağlanmaktadır. Bu uygulamaların daha maliyet etkin ve faydalı programlar olabilmesi için DSÖ tarafından şu öneriler sunulmuştur: Mobil sağlık uygulamaları için ihtiyaçlar kanıta dayalı geliştirilmeli, mevcut sağlık sistemleriyle birlikte çalışabilmeli, mevcut e-sağlık uygulamalarıyla aynı standartlar uygulanmalı, katılımcı bir hal almalı, sağlıkta hakkaniyet gözetilmeli ve teknolojiye değil, sağlığa odaklanmalıdır (5).

Bu hususlar göz önüne alınarak ve etik kurallara uyularak kullanılan mobil sağlık uygulamaları, önümüzde yıllarda çok daha etkin ve verimli olarak, sağlık alanında önemli adımlarla ilerlemeye devam edecektir. Hekimlerin ve geleceğin hekimleri olan tıp öğrencilerinin bu konudaki tutumları önemli olduğundan, bu konuda daha geniş kapsamlı ve klinik kullanım alanlarına yönelik daha ayrıntılı çalışmalara ihtiyaç vardır.

**Teşekkür:** Bu araştırmanın verilerinin toplanmasında yardımcı olan Afyon Kocatepe Üniversitesi Tıp Fakültesi son sınıf öğrencilerine teşekkür ederiz.

**Not:** Bu çalışma, 19. Halk Sağlığı Kongresi'nde poster bildirisi olarak sunulmuştur.

**İletişim:** Kadriye Avcı

**E-posta:** drkavci@yahoo.com

#### Kaynaklar

1. Yasini M, Marchand G. Mobile health applications, in the absence of an authentic regulation, does the usability score correlate with a better medical reliability? Studies in Health Technology Informatics 2015;216:127-31.
2. Steinhubl SR, Muse ED, Topol EJ. Can mobile health technologies transform health care? JAMA. 2013;310(22):2395-6.
3. Handel MJ. mHealth (mobile health)-using apps for health and wellness. Explore (NY) 2011;7(4):256-61.
4. Liu C, Zhu Q, Holroyd KA, Seng EK. Status and trends of mobile-health applications for iOS devices: A developer's perspective. J. Syst. Software 2011;84(11):2022-33.
5. van Heerden A, Tomlinson M, Swartz L. Point of care in your pocket: a research agenda for the field of m-health. Bull World Health Organ 2012;90:393-4.
6. FDA. Mobile Medical Applications. Accessed June 19, 2017, at <http://www.fda.gov/MedicalDevices/DigitalHealth/MobileMedicalApplications/ucm255978.htm>
7. Lee J. Hype or hope for diabetes mobile health applications? Diabetes Res Clin Pract 2014;106(2):390-2.
8. Kumar N, Khunger M, Gupta A, Garg N. A content analysis of smartphone-based applications for hypertension management. J Am Soc Hypertens 2015;9(2):130-6.
9. Yasini M, Marchand G. Toward a use case based classification of mobile health Applications. MIE 2015;210:175-9.

10. Payne KFB, Wharrad H, Watts K. Smartphone and medical related App use among medical students and junior doctors in the United Kingdom (UK): a regional survey. *BMC Med Inform Decis Mak*. 2012;30;12:121.
11. Masters K. Health professionals as mobile content creators: Teaching medical students to develop mHealth Applications. *Medical Teacher* 2014;36:883–9.
12. Morgan SE, King AJ, Ivic RK. Using new technologies to enhance health communication research methodology. In: Thompson TL, Parrott R, Nussbaum JF (eds), *The Routledge handbook of health communication* Newyork: Routledge 2011. p.578-592.
13. Shah J, Hag U, Bashir A, AslamShah S. Awareness of academic use of smartphones and medical apps among medical students in a private medical college? *The Journal of the Pakistan Medical Association* 2016;66(2):184-6.
14. O'Connor P, Byrne D, Butt M, Offiah G, Lydon S, Mc Inerney K, et al. Interns and their smartphones: use for clinical practice. *Postgrad Med J* 2014 Feb;90(1060):75-9.
15. M.H. Mobasheri, D. King, M. Johnston, S. Gautama, S. Purkayastha, A. Darzi, The ownership and clinical use of smartphones by doctors and nurses in the UK: a multicentre survey study, *BMJ J Innov*. 00 2015:1–8, <http://dx.doi.org/10.1136/bmjinnov-2015-000062>.
16. Koehler N, Vujovic O, McMenamin C: Healthcare professional's use of mobile phones and the internet in clinical practice. *Journal of Mobile Technology in Medicine*. 2013;2:3-13.
17. Visvanathan A, Hamilton A, Brady RR. Smartphone apps in microbiology-is better regulation required? *Clin Microbiol Infect* 2012;18(7):E218-20.
18. Buchholz A, Perry B, Weiss LB, Cooley D. Smartphone use and perceptions among medical students and practicing physicians. *Journal of Mobile Technology in Medicine* 2016, 5(1):27-32.
19. Market Ranking 2015. Which EU countries are best for doing mHealth business. Accessed June19, 2017, at <http://mhealtheconomics.com/>
20. Ho K. Health-e-Apps: A project to encourage effective use of mobile health applications. *BCM J* 2013;55:458-60.
21. Boruff JT, Storie D. Mobile devices in medicine: a survey of how medical students, residents, and faculty use smartphones and other mobile devices to find information. *J Med Libr Assoc* 2014 Jan;102(1):22-30.
22. Quant C, Altieri L, Torres J, Craft N. The Self-Perception and Usage of Medical Apps amongst Medical Students in the United States: A Cross-Sectional Survey, *International Journal of Telemedicine and Applications*, vol. 2016, Article ID 3929741, 5 pages, 2016. doi:10.1155/2016/3929741
23. Snashall E, Hindocha S The Use of Smartphone Applications in Medical Education. *Open Medicine Journal*, 2016;3:1.
24. Helf C, Hlavacs H. Apps for life change: Critical review and solution directions, *Entertainment Computing*, 2016;14:17-22.
25. Swan M. Health 2050: The realization of personalized medicine through crowdsourcing, the quantified self, and the participatory biocitizen. *J. Pers. Med*. 2012;2:93–118.
26. Walton G, Childs S, Blenkinsopp E. Using mobile technologies to give health students access to learning resources in the UK community setting. *Health Info Libr J* 2005; 22 Suppl 2:51-65.
27. Boulos MN, Brewer AC, Karimkhani C, Buller DB, Dellavalle RP. Mobile medical and health apps: state of the art, concerns, regulatory control and certification. *Online J Public Health Inform* 2014; 5(3):229.
28. Robinson T, Cronin T, Ibrahim H, Jinks M, Molitor T, Newman J, et al. Smartphone use and acceptability among clinical medical students: a questionnaire-based study. *J Med Syst* 2013 Jun;37(3):9936.
29. Tran K, Morra D, Lo V, Quan SD, Abrams H, Wu RC. Medical students and personal smartphones in the clinical environment: The impact on confidentiality of personal health information and professionalism. *J Med Internet Res* 2014;16(5):e132.
30. Yang YT, Silverman RD. Mobile health applications: the patchwork of legal and liability issues suggests strategies to improve oversight. *Health Aff (Millwood)* 2014;33:222-7.
31. Cortez NG, Cohen IG, Kesselheim AS. FDA regulation of mobile health technologies. *N Engl J Med*. 2014 Jul 24;371(4):372-9.



# İzmir'de Bir Devlet Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin İşyeri Zorbalığına Maruz Kalma Durumları ve Yaşam Kalitelerinin Değerlendirilmesi

Incidence of Workplace Bullying that Nurses Employed in a State Hospital in İzmir are Exposed to and Assessment of their Life Quality



Nurgül Güngör Tavşanlı<sup>1</sup>, Sevgi Nehir Türkmen<sup>2</sup>, Begüm Es<sup>3</sup>

Geliş/Received : 19.06.2017  
Kabul/Accepted : 22.01.2018

## Öz

Bu araştırmanın amacı, hemşirelerin işyeri zorbalığına maruz kalma durumları ve yaşam kaliteleri arasındaki ilişkiyi incelemektir. Tanımlayıcı tipte olan bu araştırmanın evrenini 109 hemşire oluşturmıştır. Verilerin toplanmasında sosyo-demografik soruların olduğu anket formu, Aydın ve Öcel tarafından geliştirilen İşyeri Zorbalığı Ölçeği ve SF-36 kullanılmıştır. Verilerin analizinde SPSS paket programı kullanılarak frekans, yüzde, ortalama, standart sapma ve korelasyona bakılmıştır. Hemşirelerin yaş ortalamaları  $37.7 \pm 9.07$ 'dir. %94,5 kadın olup %50,5'i lisans mezunudur. Görev yıl ortalamaları ise  $17,02 \pm 10,4$  olarak bulunmuştur. Hemşirelerin SF 36 yaşam kalitesi puan ortalamaları; Fiziksel Fonksiyon  $89.77 \pm 15.20$ , Fiziksel Fonksiyona Bağlı Rol Kısıtlılıkları  $38.3 \pm 44.94$ , Ağrı  $52.21 \pm 21.54$ , Sağlığın Genel Algılanması  $44.40 \pm 6.36$ , Vitalite / Enerji  $61.74 \pm 14.27$ , Sosyal Fonksiyon  $43.34 \pm 13.45$ , Emosyonel Sorunlara Bağlı Rol Kısıtlılıkları  $31.19 \pm 39.35$ , Mental Sağlık  $68.91 \pm 12.86$ 'dır. Hemşirelerin iş yeri zorbalığı toplam puanı  $34.78 \pm 5.5$  olarak bulunmuştur. Hemşirelerin iş yeri zorbalığı toplam puan ortalaması orta düzeyden biraz yüksek bulunmuştur. Hemşirelerin işyeri zorbalığı toplam puanı ile yaşam kalitesi ölçek alt gruplarından fiziksel fonksiyon, fiziksel fonksiyona bağlı rol kısıtlılıkları, vitalite / enerji, ağrı, emosyonel sorunlara bağlı rol kısıtlılıkları arasında istatistiksel olarak ters yönlü anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır ( $p < 0.05$ ). Hemşirelerin işyeri zorbalığı puanları arttıkça yaşam kalitesi alt alanlarından fiziksel fonksiyon, fiziksel fonksiyona bağlı rol kısıtlılıkları, vitalite / enerji, ağrı, emosyonel sorunlara bağlı rol kısıtlılıkları puanlarının düştüğü saptanmıştır.

**Anahtar sözcükler:** İşyeri zorbalığı, Yaşam kalitesi, Hemşire

## Abstract

The objective of this study is to examine the relationship between nurses' exposure to workplace bullying and their life quality. The universe of this descriptive study consists of 109 nurses. In collecting relevant data, a form of questionnaire with socio-demographic questions, the Workplace Bullying Scale developed by Aydın and Öcel, and SF-36 were used. In data analysis, frequency, percentage, average, standard deviation and correlation were investigated by using the SPSS package programme. The average age of nurses is  $37.7 \pm 9.07$ . 94.5% of nurses are women and 50.5% have their bachelor's degree. Their average service duration was found as  $17.02 \pm 10.4$ . Average SF 36 life quality scores of nurses are as follows: Physical Functioning  $89.77 \pm 15.20$ , Role Restrictions Deriving from Physical Functioning  $38.3 \pm 44.94$ , Pain  $52.21 \pm 21.54$ , General Conception of Health  $44.40 \pm 6.36$ , Vitality / Energy  $61.74 \pm 14.27$ , Social Functioning  $43.34 \pm 13.45$ , Role Restrictions Deriving from Emotional Problems  $31.19 \pm 39.35$  and Mental Health  $68.91 \pm 12.86$ . The total workplace bullying score of nurses was found as  $34.78 \pm 5.5$  which is slightly above the medium level. It was found that there is statistically significant inverse relationship between nurses' workplace bullying total score and life quality scale sub-groups that are physical functioning, role restrictions deriving from physical functioning, vitality/energy, pain, and role restrictions deriving from emotional problems ( $p < 0.05$ ). In other words, higher the workplace bullying score of nurses, lower are their scores in physical functioning, role restrictions deriving from physical functioning, vitality/energy, pain, and role restrictions deriving from emotional problems.

**Key words:** Workplace bullying, Life quality, Nurse

1 Celal Bayar Ü. Sağlık Bilimleri Fak. Ebelik Bölümü, Manisa

2 Dr.; Celal Bayar Ü. Sağlık Bilimleri Fak. Hemşirelik Bölümü, Manisa

3 Celal Bayar Ü. Sağlık Bilimleri Fak. Ebelik AD, Manisa

## Giriş

Zorbalık, güçlü bir bireyin veya grubun daha az güçlü başka bir bireye ya da gruba zarar verme amacıyla psikolojik veya fiziksel yönden tekrarlayıcı bir şekilde baskı uyguladığı ve mağdurun kendisini koruyamayacak durumda olduğu bir saldırganlık türü olarak tanımlanır (1,2). İşyeri zorbalığı Leymann'a (1996) göre kendini savunamayacak durumda olan bir bireyin, işyerindeki bir kişi ya da grubun sistematik bir biçimde düşmanca ve etik olmayan davranışlarına hedef olmasıdır (3). Einarsen, Hoel, Zapf ve Cooper'a (2003) göre "birini sosyal olarak dışlama, taciz etme, incitme ya da işini yapmasını olumsuz yönde etkileme" durumudur (4). İş yeri zorbalığı, çalışanların üstleri, meslektaşları ve bazen nadiren de olsa astları tarafından sistematik bir şekilde küçük düşürülmesi, sosyal olarak izole edilmesi, performansının haksız yere eleştirilmesi ve becerilerinin altında iş verilmesi gibi olumsuz davranışlara maruz kalma durumudur. İş yerinde zorbalığı diğer olumsuz davranışlardan ayırmak için vurgulanması gereken nokta, bu tür olumsuz davranışların sistematik bir şekilde sürekliliği ve terarlanırlığıdır (1,2).

Zorbalık kavramı "mobbing" kavramı ile çok sık karıştırılmakla beraber, zorbalık kavramının mobbing kavramından çok daha kapsamlı ve derin olduğu kabul edilmektedir (5,6,7). Zorbalık daha çok fiziksel saldırı ve tehdidi çağrıştırmaktadır. Oysaki mobbing davranışında fiziksel saldırıya nadiren rastlanmaktadır. Zorbalık kavramı çalışanı işyerinde "yıldırma"yı kapsayan her türlü psikolojik saldırı anlamında kullanılmaktadırlar (7,8,9,10,11).

Hemşireler iş yerinde şiddet içeren ve diğer saldırganlık biçimlerine karşı özellikle savunmasızdır (Park 2015). Son yıllarda hemşirelerin işyerinde yaşadığı psikolojik baskı ve yıldırma davranışlarına yönelik pek çok çalışma bulunmaktadır (1,12,13,14,15). Şiddet mağduru olan hemşireler konusunda yapılan araştırmaların çoğu, hemşirelerin diğer sağlık çalışanlarına göre zorbalık yaşama riskinin daha fazla olduğuna işaret etmektedir (2,14,16,17). Hemşirelerin hasta ve hasta yakınları ile daha yakın ilişki içerisinde olması, meslek üyelerinin çoğunun kadın olması<sup>15</sup>, farklı eğitim seviyeleri nedeniyle meslek içi homojenite olmaması ve hekim istemlerine dayalı bağımlı fonksiyonları nedeniyle zorbalık

davranışı ile karşılaşma eğilimi yüksektir (12,14). Hemşirelerin iş yükünün fazla, çalışma koşullarının ağır ve maaşlarının yetersiz olması gibi nedenler, zorbalık davranışıyla karşılaşma durumunu etkileyebilmektedir (12,18,19). Ayrıca, farklı eğitim düzeylerine (lise, önlisans, lisans, lisansüstü) sahip bir mesleğe üye olma, işe yeni başlama, klinik hemşire pozisyonunda çalışma, genç yaşta (<30) ve yenilikçi olma, düşük özgüven ve benlik saygısı, pasif kişilik<sup>1</sup> ve iş yerinde yıldırma davranışlarından korunmaya yönelik bir eğitim almama hemşirelikte zorbalık davranışlarına zemin hazırlayan önemli faktörler olarak sıralanabilir. Meslekte deneyimsizlik, hemşirelerin zorbalık ile karşılaşma riskini artıran önemli bir faktör olarak gösterilmektedir (14,16,18,20).

Yaşam kalitesi ise bireyin fiziksel işlevlerini, ruhsal durumunu, aile içindeki ve dışındaki toplumsal ilişkilerini, çevreden etkilenilmişlik düzeylerini kapsar ve bu durumun bireyin işlevselliğini ne derece etkilediğini gösterir (21). Zorbalık, hemşirelerin iş doyumunu, huzurunu, yaşam kalitesini ve mesleki performansını önemli ölçüde etkilemesinin yanı sıra; hasta bakımını ciddi şekilde tehlikeye atmaktadır. Dünya'da olduğu gibi, ülkemizde de sağlık profesyonellerinin öncelikli amacı sağlık bakım kalitesini ve hasta memnuniyetini artırmaktır. Ancak, iş yerinde zorbalık davranışlarına maruz kalan bir hemşirenin mesleğinin gereğini yerine getirmesi, işini severek ve inanarak yapması, mesleğe aidiyet hissetmesi ve mutlu çalışması oldukça güç olacaktır.

Bu araştırmanın amacı, hemşirelerin işyeri zorbalığına maruz kalma durumları ve yaşam kaliteleri arasındaki ilişkiyi incelemektir.

## Gereç ve Yöntem

Araştırma tanımlayıcı tiptedir. Araştırma TC Sağlık Bakanlığı, İzmir Kuzey Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterliğine bağlı Menemen Devlet Hastanesinde Ağustos – Ekim 2016 tarihleri arasında yürütülmüştür. Araştırmanın evrenini araştırmanın yürütüldüğü tarihler arasında hastanede çalışan 112 hemşire oluşturmaktadır. Araştırmada örnekleme yöntemine gidilmemiştir. Yasal izinler ilgili kurumdan alındıktan sonra hastanede çalışan, araştırma hakkında bilgi verilen ve araştırmaya katılmayı kabul eden, bilgilendirilmiş onamları alınan 109 hemşire ile araştırma yürütülmüştür.

Veri toplama araçları olarak sosyo-demografik bilgileri almak amacıyla literatür doğrultusunda hazırlanan 9 soruluk "Kişisel bilgi formu", Aydın ve Öcel tarafından geliştirilen 22 sorudan oluşan likert tipi "İşyeri Zorbalığı Ölçeği", 11 sorudan oluşan "SF-36 Yaşam Kalitesi Anketi" kullanılmıştır (22).

**Kişisel Bilgi Formu:** Bilgi formu 12 sorudan oluşmaktadır. Bu bilgi formunda, bireylerin yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, görev yılı, bu kurumda çalışma süresi, toplumda açıkça fikrini beyan etme, güven yokluğu olduğunu düşünme, farklı inançlar nedeniyle psikolojik şiddette maruz kalma gibi sorulardan oluşmaktadır.

### İşyeri Zorbalığı Ölçeği

Einarsen ve Raknes (1997) tarafından başlangıçta 22 madde ve kişisel aşağılama (personal derogation) ve işle ilgili taciz (work-related harassment) olarak adlandırılan iki boyuttan oluşan bir ölçme aracı olarak geliştirilmiştir (23). Katılımcılar ölçeği son altı ay (Mikkelsen ve Einarsen, 2001) ya da bir yıl (Salin, 2001) içinde maddelerde söz edilen davranışlara ne sıklıkta maruz kaldıklarını dikkate alarak 5 basamaklı ölçekler üzerinde kendilerine uygun olan seçeneği işaretleyerek doldurmaktadırlar (1 = hiçbir zaman, 2 = ara sıra, 3 = her ay, 4 = her hafta, 5 = her gün). Ölçek maddelerinde "hakkınızda dedikodu yapılması", "üstesinden

**Tablo 1.** Hemşirelerin sosyo-demografik özellikleri ile işyeri zorbalığı ölçeği puan ortalaması arasındaki ilişki

| Özellikler                                              | n   | %     | t / x <sup>2</sup> | p      |
|---------------------------------------------------------|-----|-------|--------------------|--------|
| <b>Yaş (Ort= 37,7± 9,07)</b>                            |     |       |                    |        |
| 37 yaş ve altı                                          | 61  | 55.9  | -3.520**           | 0.001  |
| 38 yaş ve üzeri                                         | 48  | 44.1  |                    |        |
| <b>Cinsiyet</b>                                         |     |       |                    |        |
| Kadın                                                   | 103 | 94.5  | 2.709*             | 0.008  |
| Erkek                                                   | 6   | 5.5   |                    |        |
| <b>Eğitim Durumu</b>                                    |     |       |                    |        |
| Lise ve Ön lisans                                       | 52  | 47.7  | 3.250**            | 0.002  |
| Lisans ve Yüksek Lisans                                 | 57  | 52.3  |                    |        |
| <b>Medeni Durum</b>                                     |     |       |                    |        |
| Evli                                                    | 85  | 78.0  | 0.247*             | 0.806  |
| Bekar                                                   | 24  | 22.0  |                    |        |
| <b>Görev Yılı (Ort= 17,02± 10,4)</b>                    |     |       |                    |        |
| 15 yıl ve altı                                          | 57  | 52.3  | -0.002             |        |
| 16 yıl ve üzeri                                         | 52  | 47.7  | 3.210**            |        |
| <b>Bulunduğu Hastanede Çalışma Yılı (Ort=9,7± 8,12)</b> |     |       |                    |        |
| 9 yıl ve altı                                           | 65  | 59.6  | -2.348**           | 0.021  |
| 10 yıl ve üzeri                                         | 44  | 40.4  |                    |        |
| <b>Toplumda Fikrini Açıkça Beyan Etme</b>               |     |       |                    |        |
| Evet                                                    | 96  | 88.1  | 0.093*             | 0.926  |
| Hayır                                                   | 13  | 11.9  |                    |        |
| <b>Güven Yokluğu Olduğunu Düşünme</b>                   |     |       |                    |        |
| Evet                                                    | 24  | 22.0  |                    |        |
| Hayır                                                   | 85  | 78.0  | -0.247*            | 0.806  |
| <b>Farklı İnançlar Nedeniyle Psikolojik</b>             |     |       |                    |        |
| Evet                                                    | 2   | 1.8   | 3.139*             | 0.002* |
| Hayır                                                   | 109 | 100.0 |                    |        |

\*Mann Whitney U testi \*\* t testi

**Tablo 2.** Hemşirelerin yaşam kalitesi ölçeği ve işyeri zorbalığı ölçeği puan ortalamaları

| Ölçek Alt Alan Puanları   | n   | Ort±ss      | Min | Max |
|---------------------------|-----|-------------|-----|-----|
| Fiziksel Fonksiyon        | 109 | 89.77±15.20 | 23  | 54  |
| Rol Güçlülüğü (Fiziksel)  | 109 | 38.30±44.94 | 0   | 100 |
| Ağrı                      | 109 | 52.21±21.54 | 0   | 90  |
| Genel Sağlık              | 109 | 44.40±6.36  | 32  | 60  |
| Vitalite (Enerji)         | 109 | 61.74±14.27 | 35  | 90  |
| Sosyal Fonksiyon          | 109 | 43.34±13.45 | 12  | 75  |
| Rol Güçlülüğü (Emosyonel) | 109 | 31.19±9.35  | 0   | 100 |
| Mental Sağlık             | 109 | 68.91±12.86 | 28  | 96  |
| İşyeri Zorbalığı Ölçeği   | 109 | 34.78±5.53  | 23  | 54  |

gelebileceğinizden fazla iş yüklenmesi" gibi zorbalık olarak nitelendirilebilecek durumlar betimlenmektedir (10,24). Ölçeğin Türkçe'ye uyarlaması, Aydın ve Öcel (2009) tarafından yapılmıştır (22). Ölçeğin tek faktörlü bir yapısının olduğu saptanmıştır ve Cronbach alfa iç tutarlık katsayısı .88'dir.

**SF-36 "Yaşam Kalitesi Anketi":** Yaşam kalitesini değerlendirmek amacıyla Rand Corporation tarafından geliştirilmiş ve kullanıma sokulmuştur. Türkçe'ye çevrilmiş, geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır. Jenerik ölçüt özelliğine sahip bir kendini değerlendirme ölçeğidir. Sekiz boyutun ölçümünü sağlayan 36 maddeden oluşmaktadır; fiziksel fonksiyon, sosyal fonksiyon, fiziksel sorunlara bağlı rol kısıtlılıkları, emosyonel sorunlara bağlı rol kısıtlılıkları, mental sağlık, enerji, ağrı ve sağlığın genel algılanması. Değerlendirme bazı maddeler dışında Likert tipi yapılmakta ve son 4 hafta göz önünde bulundurulmaktadır. Alt ölçekler sağlığı 0-100 arasında değerlendirir ve 0 kötü sağlık durumunu, 100 iyi sağlık durumunu gösterir. Bedensel hastalığı olanlarda yaşam kalitesinin değerlendirilmesinde kullanılabileceği bildirilmektedir.

Verilerin analizinde SPSS 15.00 for Windows programı kullanılmıştır. Verilen değerlendirilmesinde sayı, yüzde, ortalama, korelasyon, Mann Whitney U ve t testi kullanılmıştır.

### Bulgular

Hemşirelerin yaş ortalamaları  $37.7 \pm 9.07$ 'dir, %94.5 kadın, %50.5'i lisans mezunudur. Görev yıl ortalamaları ise  $17.02 \pm 10.4$  olarak bulunmuştur.

Hemşirelerin yaşları ile iş yeri zorbalığı puanları arasında ters yönlü anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır ( $t = -3.520$   $p = 0.001$ ). Hemşirelerin çoğunluğunu kadın cinsiyeti oluşturmaktadır ve işyeri zorbalığı puanları ile cinsiyet arasında anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır ( $\chi^2 = 2.709$   $p = 0.008$ ). Hemşirelerin %47.7 'si lise ve ön lisans mezunudur, hemşirelerin eğitim düzeyleri azaldıkça işyeri zorbalığı puanları arasında anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir ( $t = 3.250$   $p = 0.002$ ). Hemşirelerin görev yılı ile iş yeri zorbalığı puanları arasında ters yönlü anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır ( $t = -3.210$   $p = 0.002$ ). Yine hemşirelerin şuan çalıştığı hastanedeki çalışma yılı ile iş yeri zorbalığı puanları arasında ters yönlü anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır ( $t = -2.348$   $p = 0.021$ ). Hemşirelerin farklı inançları nedeniyle psikolojik şiddetle maruz kalma durumları ile işyeri zorbalığı puanları arasında anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir ( $\chi^2 = 3.139$   $p = 0.02$ ).

Hemşirelerin SF 36 yaşam kalitesi puan ortalamaları; Fiziksel Fonksiyon  $89.77 \pm 15.20$ , Fiziksel Fonksiyona Bağlı Rol Kısıtlılıkları  $38.3 \pm 44.94$ , Ağrı  $52.21 \pm 21.54$ , Sağlığın Genel Algılanması  $44.40 \pm 6.36$ , Vitalite / Enerji  $61.74 \pm 14.27$ , Sosyal Fonksiyon  $43.34 \pm 13.45$ , Emosyonel Sorunlara Bağlı Rol Kısıtlılıkları  $31.19 \pm 9.35$ , Mental Sağlık  $68.91 \pm 12.86$ 'dir. Hemşirelerin iş yeri zorbalığı toplam puanı  $34.78 \pm 5.5$  olarak bulunmuştur. Hemşirelerin iş yeri zorbalığı toplam puan ortalaması orta düzeyden biraz yüksek bulunmuştur.

Hemşirelerin işyeri zorbalığı toplam puanı ile yaşam kalitesi ölçek alt gruplarından fiziksel fonksiyon, fiziksel fonksiyona bağlı rol kısıtlılıkları,



**Tablo 3.** Hemşirelerin yaşam kalitesi ile işyeri zorbalığı ölçeği puan ortalaması arasındaki ilişki

| İşyeri zorbalığı ölçeği | Yaşam kalitesi ölçeği alt alanları |                   |            |              |                 |                  |                    |               |
|-------------------------|------------------------------------|-------------------|------------|--------------|-----------------|------------------|--------------------|---------------|
|                         | Fiziksel fonksiyon                 | Rol gücü fiziksel | Ağrı       | Genel sağlık | Vitalite enerji | Sosyal fonksiyon | Rol Gücü emosyonel | Mental sağlık |
| r                       | -0.288(**)                         | -0.374(**)        | -0.406(**) | 0.136        | -0.438(**)      | -0.135           | -0.322(**)         | -0.118        |
| p                       | 0.002                              | 0.000             | 0.000      | 0,159        | 0.000           | 0.160            | 0.001              | 0.222         |
| N                       | 109                                | 109               | 109        | 109          | 109             | 109              | 109                | 109           |

vitalite / enerji, ağrı, emosyonel sorunlara bağlı rol kısıtlılıkları arasında istatistiksel olarak ters yönlü anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır ( $p<0.05$ ).

### Tartışma

Bu araştırmada hemşirelerin işyeri zorbalığına maruz kalma durumları ve yaşam kaliteleri incelenmiştir. Literatürde sağlık çalışanlarına uygulanan işyeri zorbalığına yönelik çalışmalar az sayıda bulunduğu için diğer çalışanları (kamu-özel sektör) konu alan çalışmalar araştırmanın bulgularını değerlendirmek amacıyla kullanılmıştır. Araştırmada, hemşirelerin işyeri zorbalığı ölçeği

puan ortalamasıyla yaş, eğitim, görev yılı, çalışma yılı gibi tanımlayıcı özellikler ile işyeri zorbalığı toplam ölçek puanları arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Hemşirelerin farklı inançları nedeniyle psikolojik şiddetle maruz kalma durumları ile işyeri zorbalığı puanları arasında anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir ( $p<0.01$ ). Literatürdeki bazı çalışmalarda da çalışmamızın sonuçlarına benzer şekilde hemşirelerin tanımlayıcı özellikleri arasında olan cinsiyet ve farklı inanç sahibi olma durumunun işyeri zorbalığı puanlarını etkilediği belirlenmiştir (14,25,26). Diğer ülkelerde ve ülkemizde yapılan çalışmalar incelendiğinde sağlık çalışanlarının



Erişim Adresi: <https://www.mhlnews.com/labor-management/employers-can-stop-workplace-bullying-when-they-know-how>

çalışma yaşamında şiddete uğrama oranı %25-83 arasında değişmektedir (21-22).

Mevcut çalışma bulguları sağlık sektöründe yapılan diğer çalışmalarla benzerlik göstermektedir. Aydın'ın (22) yaptığı çalışmada son bir yıl içinde çalıştıkları kurumda şiddet içeren en az bir olaya tanık olduğunu söyleyen sağlık çalışanı oranı %56 olarak bulunmuştur. Diğer ülkelerde ve ülkemizde yapılan başka çalışmalar incelendiğinde; Boz ve arkadaşları acil servis çalışanlarının %88.6'sının sözel, %49.4'ünün fiziksel şiddet türüne; Fernandes ve arkadaşları "112 çalışanlarının" %86'sının fiziksel, %76'sının sözel işyeri şiddetine tanık olduğunu belirlemiştir (27,28).

Sağlık hizmetleri alanında çalışanlara yönelik şiddet araştırmalarında, farklı şiddet türlerine maruz kalma ile cinsiyet arasında farklı sonuçlar bulunmuştur. Şiddete uğrama sıklığı bazı araştırmalarda erkeklerde, (20) bazı araştırmalarda ise kadınlarda (27,28,29,30) daha fazla bulunmuştur. Araştırmamızda da işyeri zorbalığına maruz kalma durumu ve cinsiyet arasında anlamlı bir ilişki görülmektedir. ( $p<0,05$ ) Araştırmamızın %94,5'ini kadınlar %5,5'ini erkekler oluşturmaktadır. Aydın (22), çalışmasında kadın yardımcı sağlık elemanları dışında tüm uzman, pratisyen, asistan hekimler ve hemşire sağlık çalışanları içindeki kadın sağlık çalışanlarının meslek yaşamları boyunca işyerlerinde erkek sağlık çalışanlarından daha fazla oranda sözel veya fiziksel şiddete maruz kaldıklarını bulmuştur. Çamcı ise çalışmasında zorbalık/psikolojik tacize uğrama kadınlarda istatistiksel olarak anlamlılık ifade etmişken, diğer şiddet türlerine maruz kalma ile cinsiyet arasında anlamlı bir fark olmasa da kadınların şiddete daha fazla maruz kaldığı belirlemiştir. Kadınların sağlık sektöründe çalışan en büyük grubu oluşturması ve fiziksel olarak daha savunmasız, güçsüz olarak görülmelerinin bunun nedeni olabileceğini söylemiştir (25).

Çarıkçı ve ark. (30) çalışmasında sağlık sektöründe çalışanların yaşları arttıkça; mobbing (psikolojik şiddet) algılarıyla ilgili tutum puanlarının azaldığı bulunmuştur. Gençliğin tecrübesizliği, iş yapma heyecanı, mükemmeli arama arzusu, üstleri tarafından daha kolay eleştirilebilmeleri ve benzeri sebepler göz önüne

alındığında, bu sonucun beklenen bir sonuç olduğu belirtilmiştir. Çalışmamızda da yaş ile işyeri zorbalığı toplam ölçek puanı arasında ters yönlü anlamlı bir ilişki saptanmıştır.

Çamcı, çalışmasında şiddete uğrama ile medeni durum karşılaştırıldığında zorbalık/psikolojik tacize maruz kalma oranı bekârlarda daha yüksek bulunmuştur. Bu durumun, bekârların çoğunlukla genç ve tecrübesiz olmalarından dolayı yöneticileri tarafından zorbalık/psikolojik tacize daha fazla maruz kaldığını araştırmacılara düşündürmüştür (25). Mevcut çalışmamızda ise işyeri zorbalığı ile medeni durum arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır.

### Sonuç ve Öneriler

Sonuç olarak, toplumda şiddet içeren olaylar giderek yaygınlaşmaktadır. Toplumda yaygınlaşma eğilimi gösteren şiddet eylemleri sağlık kurumlarını da ciddi biçimde etkilemekte ve çalışanların tükenmişliğine ve verimsizliğine neden olmakta ve yaşam kalitelerini olumsuz yönde etkilemektedir. Chipps ve McRury'nin (2012) yapmış oldukları yarı deneysel bir çalışmada zorbalık ile baş etme konusunda hemşirelere verilen eğitimin etkili olduğu ve haftalık yaşanan zorbalık davranışlarında azalma olduğu saptanmıştır (31). Bu alanda yapılan araştırmalar, hemşirelerin yaşadığı zorbalık davranışları konusunda mesleki farkındalığın gelişmeye başladığının ve hemşirelerin bu konunun önemini kavradığının kanıtıdır. Ancak, ülkemizde hemşirelerin karşılaştığı zorbalık sorununu çözmeye odaklanan, daha fazla tanımlayıcı ve deneysel araştırmanın yapılmasına gereksinim duyulmaktadır.

**İletişim:** Dr. Nurgül Güngör Tavşanlı

**E-posta:** nurgul.gungor@hotmail.com

### Kaynaklar

1. Piskin M. Ankara'daki ilköğretim öğrencileri arasında akran zorbalığının incelenmesi. Eğitim ve Bilim 2010;35 (156):175-89.
2. Rigby K. Bullying in schools and what to do about it. Australia: ACER Press;2007.
3. Leymann H. The content and development of mobbing at work. European Journal of Work and Organizational Psychology 1996;5(2):165-84.
4. Einarsen S, Hoel H, Zapf D, Cooper CL. Bullying and emotional abuse in the workplace: International Perspectives in Research and Practice. London & New York: Taylor & Francis, 2003. p.3-31.

5. Tetik S. Mobbing kavramı: Birey ve örgütler açısından önemi. *KMÜ Sosyal ve Ekonomik Araştırmalar Dergisi* 2010;12(18):81-9.
6. Temizel Y. Mobbing ve türk hukuk sistemindeki yeri. *Adalet Dergisi* 2013;45:188-223.
7. Tutar H, Akbolat M. Sağlık çalışanlarının yönetici cinsiyetleri bakımından mobbing algıları. *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi* 2012;28:19-29.
8. Björkqvist K, Österman K, Hjelt-Back M. Aggression among university employees. *Aggressive Behavior* 1994;20:173-184.
9. Cooper B, Curzio J. Peer bullying in a pre-registration student nursing population. *Nurse Education Today* 2012;32:939-44.
10. Salin D. Ways of explaining workplace bullying: a review of enabling, motivating and precipitating structures and processes in the work environment. *Human Relations* 2003;56:1213-32.
11. Yıldırım D. Bullying among nurses and its effects. *International Nursing Review* 2009;56:504-11
12. Efe SY, Ayaz S. Mobbing against nurses in the workplace in Turkey. *International Nursing Review* 2011;57:328-34.
13. Johnson SL, Rea RE. Workplace bullying: concerns for nurse leaders. *Journal of Nursing Administration* 2009;39(2):84-90.
14. Körükcü Ö, Yıldırım N, Kukulu K. Hemşirelikte Önemli Bir Sorun: Zorbalık (Bullying), Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi. 2014; 3(2): 126-9.
15. Cheung T, Yip PS. Workplace violence towards nurses in Hong Kong: Prevalence and correlates. *BMC Public Health* 2017;17(1):196.
16. Rutherford A, Rissel C. A survey of workplace bullying in a health sector organization. *Australian Health Review* 2004;28:65-72.
17. Park M, Cho SH, Hong HJ. Prevalence and perpetrators of workplace violence by nursing unit and the relationship between violence and the perceived work environment: Workplace violence against nurses. *J Nurs Scholarsh* 2015;47(1):87-95.
18. Bowles C, Candela L. First job experiences of recent RN graduates: improving the work environment. *Journal of Nursing Administration* 2005;35(3):130-7.
19. Lin YH, Liu HE. The impact of workplace violence on nurses in South Taiwan. *International Journal of Nursing Studies* 2005;42:773-8.
20. Randle J. Bullying in the nursing profession. *Journal of Advanced Nursing* 2003;43(4):395-401.
21. Testa MA, Simonson DC. Assessment of quality of life outcomes. *The New England Journal of Medicine* 1996;334:835-40.
22. Aydın O, Öcel H. İşyeri zorbalığı ölçeği: Geçerlik ve güvenirlik çalışması. *Türk Psikoloji Yazıları* 2009;12(24):94-103
23. Einarsen S, Raknes BI. Harassment in the workplace and the victimization of men. *Violence and Victims* 1997;12:247-63.
24. Mikkelsen EG, Einarsen S. Bullying in Danish work-life: Prevalence and health correlates. *European Journal of Work and Organizational Psychology* 2001;10(4):393-413.
25. Çamcı O, Kutlu Y. Kocaelinde sağlık çalışanlarına yönelik işyeri şiddetinin belirlenmesi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi* 2011;2(1):9-16
26. Tınaz P. İşyerinde psikolojik taciz (Mobbing). *Çalışma ve Toplum Dergisi* 2006; 4(11):13-16.
27. Boz B, Acar K, Ergin A, Erdur B ve ark. Violence toward health care workers in emergency departments in Denizli, Turkey. *Adv Ther* 2006;23:364-9.
28. Fernandes C, Bouthillette F, Raboud JM, Bullock L, Moore C, Christenson JM ve ark. Violence in the emergency department: a survey of health care workers. *CMAJ* 1999;16:161-70.
29. Ayrancı U, Yenilmez C, Balci Y, Kaptanoğlu C. Identification of violence in Turkish health care settings. *J Interpers Violence* 2006;21:276-96.
30. Çarıkçı Hİ, Yavuz H. Çalışanlarda Mobbing (Psikolojik Şiddet) Algısı: Sağlık sektörü çalışanları üzerine bir araştırma. *Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi* 2009;2(10):47-62.
31. Chipps E, McRury M. The development of an educational Intervention to address workplace bullying. *Journal for Nurses in Staff Development* 2012;28:94-98.

Ayyüce Tuba Kulaksız<sup>1</sup>, Selda Arslan<sup>2</sup>

Geliş/Received : 26.11.2017  
Kabul/Accepted : 19.04.2018

#### Öz

**Amaç:** Bu araştırma hemodiyaliz tedavisi alan bireylerin sıvı kısıtlamasına uyumunu ve etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yapılmıştır.

**Yöntem:** Tanımlayıcı türdeki çalışmanın örneğini tam sayım yöntemi ile seçilmiş 200 hemodiyaliz hastası oluşturmuştur. Veriler Konya ilinde bulunan üç ayrı diyaliz merkezinden Hemodiyaliz Hastalarında Sıvı Kontrol Ölçeği (HHSKÖ) ve anket formu kullanılarak toplanmıştır. Araştırmanın yürütülmesi için etik kurul izni, araştırmanın yapılacağı kurumlardan gerekli izinler ve hastalardan onam alınmıştır. Verilerin istatistikinde SPSS 20.0 programı kullanılarak, ortalama, yüzde ve standart sapma hesaplamalarından yararlanılmıştır. İstatistik hesaplamalarında bağımsız gruplarda t testi, one way anova ve pearson korelasyonu kullanılmıştır ( $p < 0,05$ ).

**Bulgular:** Hastaların %53'ünün erkek, %53'ünün ilkökul mezunu, % 79'unun evli ve yaş ortalamasının  $57,4 \pm 13,9$  olduğu belirlenmiştir. Çalışmada Hemodiyaliz Hastalarında Sıvı Kontrol Ölçeği (HHSKÖ) toplam puan ortalaması  $53,5 \pm 5,4$ , ölçeğin; bilgi alt boyutu puanı ortalaması  $18,3 \pm 2,0$ , tutum alt boyutu puan ortalaması  $11,9 \pm 2,9$  ve davranış alt boyutu puanı ortalaması  $23,2 \pm 3,8$  bulunmuştur.

**Sonuç:** Çalışmada hemodiyaliz hastalarının bilgiyi, tutum ve davranışa yeterli düzeyde dönüştüremediği sonucuna ulaşılmıştır. Bu sonuçlar doğrultusunda hastaların bireysel özellikleri dikkate alınarak eğitim içeriklerinin hazırlanması, eğitimin düzenli aralıklarla verilmesi ve değerlendirilmesi önerilmektedir.

**Anahtar sözcükler:** Eğitim; hemodiyaliz; hemşirelik; tedavi uyumsuzluğu

#### Abstract

**Objective:** The study was conducted to examine the adaptation to liquid intake restriction by individual undergoing haemodialysis treatment and influencing factors.

**Methodology:** The sample of the descriptive survey covers 200 haemodialysis patients selected on the basis of full count. Data were collected from three different dialysis centres in Konya province by using the questionnaire form Fluid Control Scale in Haemodialysis Patients (FCSHP). Ethics committee approval, permissions from relevant institutions and consent of patients were secured to conduct the survey. The SPSS 20.0 programme was used in calculating averages, percentages and standard deviation. In statistical analysis, t-test, one-way ANOVA and Pearson correlation were used ( $p < 0.05$ ).

**Findings:** 53% of patients are males, 53% are primary school graduates, 79% are married and their average age is  $57.4 \pm 13.9$ . Findings are as follows: average score in Fluid Control Scale in Haemodialysis Patients (FCSHP) is  $53.5 \pm 5.4$ ; information sub-dimensional average score is  $18.3 \pm 2.0$ , attitude sub-dimensional average score is  $11.9 \pm 2.9$  and behaviour sub-dimensional average score is  $23.2 \pm 3.8$ .

**Conclusion:** The survey found that haemodialysis patients could not sufficiently transform their information into attitude and behaviour. Given this, it is suggested to prepare the content of education with due regard to individual characteristics of patients and to deliver and evaluate it in regular periods.

**Key words:** Education; haemodialysis; nursing; therapy non-compliance

1 Arş. Gör.; Selçuk Ü. Sağlık Bilimleri Fak. Hemşirelik Bölümü, Konya

2 Dr.; Öğr. Üyesi, Selçuk Ü. Sağlık Bilimleri Fak. Hemşirelik Bölümü, Konya



## Giriş

Kronik böbrek yetmezliği (KBY), böbrek fonksiyonlarının geriye dönüşsüz ilerleyici bir şekilde bozulması sonucu üremi tablosunun ortaya çıktığı diyaliz ve renal transplantasyon gibi renal replasman tedavilerine gereksinim duyulan kronik bir hastalıktır (1,2). 2016 yılı Sağlık Bakanlığı ve Türk Nefroloji Derneği ortak raporuna göre ülkemizde renal replasman tedavisi gören hasta sayısı giderek artmaktadır. 2016 yıl sonu itibarıyla yaklaşık 74,475 hastanın renal replasman tedavisi aldığı tespit edilmiştir. En sık uygulanan renal replasman tedavisi tipi 56,687 hasta sayısı ile (%76,1) hemodiyalizdir, transplantasyon (%19,1) ikinci, periton diyalizi (%4,7) ise üçüncü sırada gelmektedir (3).

Hemodiyaliz yarı geçirgen bir membran aracılığı ile hastanın kanı ve uygun diyaliz solüsyonu arasında sıvı solüt değişimini esas alan ve temel fizik kurallarının uygulandığı bir tedavi şeklidir (2,4,5). Hemodiyaliz hastalarının başarılı bir tedavi için düzenli ilaç kullanmaları, stresle başa çıkabilmeleri, diyetle ve sıvı kısıtlamasına uymaları gerekmektedir (6,7,8). Bu zorlu ve uzun tedavi süreci içerisinde sıvı kısıtlamasına uyum hastaların zorlandığı konuların başında gelmektedir (5). Ford- Anderson (9) çalışmasında, hastaların yarıdan fazlası sıvı kısıtlamasına uymanın zor olduğunu ifade etmiştir. Alınan sıvı miktarı, iyi bir klinik takip gerektiren sıvı volümünün değerlendirilmesinde önemlidir. Volüm değerlendirilmesi hastanın ödemine, ultrafiltrasyon (uf) miktarına, iki diyaliz arası aldığı kiloya, kan basıncına ve idrar miktarına göre düzenlenir (8,10). Literatürde hemodiyaliz hastalarının yüksek oranlarda sıvı kısıtlamasına uyumsuzluk yaşadığı bildirilmektedir (10,11,12,13). Günelay ve arkadaşlarının (10) çalışmasında hastaların %74'ünün, Efe ve Kocaöz'ün (13) çalışmasında %95'inin ve Silva ve arkadaşlarının (12) çalışmasında %52,4'ünün sıvı kısıtlamasına uymadığı bulunmuştur. Kalantar Zadeh'in (11) çalışmasına göre hastaların %86'sı iki diyaliz seansı arası 1,5 kilogramdan fazla, Cristóvão (5) çalışmasında ise hastaların %56,3'ünün 2 kilogramdan fazla sıvı aldığı tespit edilmiştir (5,10,11,12,13).

Sıvı kısıtlamasına uyulmadığı durumda bacaklarda şişlik, tansiyon yüksekliği, kalp yetmezliği ve nefes darlığının yanında diyaliz sırasında fazla sıvı

çekilmesine bağlı olarak kas krampları ve tansiyon düşüklüğü gibi belirtiler de görülebilir (8,14). İki diyaliz seansı arasında alınan fazla sıvı kalp hastalığı riskini arttıran etkenler arasındadır. Hipovolemi durumunda intradialitik hipotansiyon, halsizlik, yorgunluk ve kas krampları, hipervolemide ise hipertansiyon, kalp yetmezliği, sol ventrikül hipertrofisi ve mortalitede artış görülür. Hemodiyaliz hastalarında sıvı alımının etkin kontrolü kan basıncını düzeltir ve hastaların sağ kalımını artırır (2,11). Hemodiyaliz oluşturduğu ciddi komplikasyonlar nedeniyle hemşirelere önemli sorumluluklar yüklemektedir. Nefroloji hemşireleri KBY'ye sahip hastalara hastalığın yönetimi konusunda yardım eder, tedaviye uyum sağlamalarına katkıda bulunur (5), bütüncül bakış açısıyla yaklaşır (15) ve klinik sonuçları iyileştirmek amacıyla uyumu artırıcı müdahalede kritik bir rol oynar (6). Bu çalışma yüksek oranlarda sıvı kısıtlamasına uyumsuzluğu olan hemodiyaliz hastalarının durumunu ve olası etkenleri saptayarak, hasta bakımı ve tedavisinin planlanmasında yol gösterici olması amacıyla yapılmıştır.

## Gereç ve Yöntem

### Araştırmanın Amacı ve Türü

Araştırma hemodiyaliz tedavisi alan bireylerin sıvı kısıtlamasına uyumunu ve etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla tanımlayıcı türde yapılmıştır.

### Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Konya'da üç diyaliz merkezlerinde 15 Aralık 2016 ile 1 Şubat 2017 tarihleri arasında tedavi gören bireyler oluşturmuştur. Araştırmada örneklem yöntemine gidilmemiş olup, evrenin tamamı örneklemi oluşturmuştur. Araştırmanın yapıldığı üç diyaliz merkezinde 297 kayıtlı hemodiyaliz hastası bulunmakta bu bireylerden 230'u 18 yaş üstü, diyaliz merkezinde en az 3 aydır hemodiyaliz tedavisi alan ve iletişim engeli bulunmayan bireylerden oluşmaktadır. Veriler çalışmaya katılmayı kabul eden 200 bireyden toplanmıştır. Evrenin yaklaşık % 87'sine ulaşılmıştır.

### Veri Toplama Yöntemi

Veriler araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme tekniğiyle toplanmıştır. Diyaliz öncesi ve sonrası kilo, tansiyon ve diyaliz sırasında çekilen uf miktarı hastanın dosyasından elde edilmiştir.

## Veri Toplama Araçları

Verilerin toplanmasında bireylerin sosyodemografik ve hastalık özelliklerini değerlendirmek için araştırmacı tarafından geliştirilen bir anket formu, hemodiyaliz hastalarının sıvı kısıtlamasına uyumlarını ölçmek için Hemodiyaliz Hastalarında Sıvı Kontrol Ölçeği (HHSKÖ) kullanılmıştır.

## Anket formu

Araştırmacı tarafından (5,13,16) literatür bilgileri doğrultusunda hazırlanan 19 soruluk hasta tanılama anket formunun 7 sorusunu sosyodemografik özellikler, 12 sorusunu hastalık özellikleri oluşturmaktadır.

## Hemodiyaliz Hastalarında Sıvı Kontrol Ölçeği (HHSKÖ)

Hemodiyaliz hastalarının sıvı kısıtlaması hakkında bilgi, davranış ve tutumlarını ölçmek amacıyla Coşar ve Çınar (17) tarafından geliştirilen ölçeğin geçerlilik (benzer ölçek geçerliliği) ve güvenilirliği (iç tutarlılık, test tekrar test) yapılmıştır. Ölçeğin Cronbach alfa iç tutarlılık kat sayıları; bilgi alt boyutu için 0,92, davranış alt boyutu için 0,80, tutum alt boyutu için 0,67'dir. Üçlü likert tipteki ölçekte toplam 24 madde ve üç alt boyut bulunmaktadır. Bilgi alt boyutu: 1-7. sorulardan, davranış alt boyutu 8-18. sorulardan, tutum alt boyutu 19-24. sorulardan oluşmaktadır ve ölçekten alınan en düşük puan 24, en yüksek puan 72'dir. Ölçekten alınan puan arttıkça hastaların sıvı kontrol uyumu da artmaktadır.

## Etik Boyut

HHSKÖ ölçeğinin kullanımı için yazarlardan yazılı izin ve Etik Kurulu'ndan etik kurul onayı (E.131688) alınmıştır. Anket formları kullanılmadan önce katılımcılara araştırmanın amacı açıklanarak sözel izin ve araştırmanın yapıldığı diyaliz merkezlerinin bulunduğu kurumlardan yazılı izin alınmıştır.

## Verilerin Analizi

İstatistiklerde SPSS 20.0 programından yararlanılmış olup tanımlayıcı istatistiklerde ortalama, yüzde ve standart sapma hesaplamaları kullanılmıştır. Araştırmada bağımlı ve bağımsız gruplar belirlenmiş ve normal dağılım özelliği gösterip göstermemelerine bakılmıştır. Araştırmanın istatistik hesaplamasında bağımsız gruplarda t testi, one way anova ve pearson

korelasyonu kullanılmıştır ( $p < 0,05$  kabul edilmiştir).

## Bulgular

Tablo 1'de çalışmaya katılan hemodiyaliz hastalarının yaş ortalamasının  $57,4 \pm 13,9$  olduğu, % 47'sinin kadın, % 79'unun evli, %53'ünün ilkokul mezunu, %94'ünün çalışmadığı, %64,5' inin ekonomik durumunu orta olarak algıladığı ve %45,5' inin eşi ve çocuklarıyla yaşadığı görülmüştür.

Hastaların %68,5' i son dönem böbrek yetmezliğinden başka kronik hastalığa sahip olduğunu ifade etmiş, %31' i en az diabetes mellitusa, %44' ü en az hipertansiyona, %17'si

**Tablo 1.** Hastaların sosyodemografik özelliklerinin dağılımı (n =200)

| Özellik               | Ort. $\pm$ SS   |      |
|-----------------------|-----------------|------|
| Yaş                   | 57,4 $\pm$ 13,9 |      |
| Cinsiyet              | Sayı            | %    |
| Kadın                 | 94              | 47,0 |
| Erkek                 | 106             | 53,0 |
| Medeni durum          |                 |      |
| Evli                  | 158             | 79,0 |
| Bekar                 | 30              | 15,0 |
| Dul                   | 12              | 6,0  |
| Eğitim durumu         |                 |      |
| Okur-yazar değil      | 26              | 19,0 |
| Okur-yazar            | 18              | 9,0  |
| İlkokul               | 106             | 53,0 |
| Ortaokul              | 15              | 7,5  |
| Lise                  | 22              | 11,0 |
| Üniversite ve üzeri   | 13              | 6,5  |
| Çalışma durumu        |                 |      |
| Çalışıyor             | 12              | 6,0  |
| Çalışmıyor            | 188             | 94,0 |
| Ekonomik durum algısı |                 |      |
| İyi                   | 40              | 20,0 |
| Kötü                  | 31              | 15,5 |
| Orta                  | 129             | 64,5 |
| Kiminle yaşadığı      |                 |      |
| Eşyle                 | 63              | 31,5 |
| Çocuklarıyla          | 21              | 10,5 |
| Eşi ve çocuklarıyla   | 91              | 45,5 |
| Anne babasıyla        | 18              | 9,0  |
| Yalnız                | 7               | 3,5  |

**Tablo 2.** Sıvı Kontrol ölçeği ve alt boyut puanları ile yaş, diyaliz alma süresi, diyalizde çekilen uf, diyaliz sonrası sistol arasındaki korelasyon (n=200)

| Diyaliz bilgileri            | Bilgi<br>r  | Tutum<br>R | Davranış<br>r | Total ölçek<br>R |
|------------------------------|-------------|------------|---------------|------------------|
| Yaş                          | r= -0,3 *** | -          | -             | -                |
| Hd tedavisi alma süresi (ay) | r= 0,1*     | -          | -             | -                |
| Diyaliz öncesi kilo          | -           | r=0,1 *    | -             | -                |
| Diyalizde çekilen uf         | -           | r= -0,3*** | r=-0,1**      | r=-0,3***        |
| Diyaliz sonrası sistol       | -           | r=0,1**    | -             | r=0,1*           |

\*p<0,05, \*\*p<0,01, \*\*\* p<0,001

en az kalp ile ilgili hastalığa , %18' inin ise bu üç hastalıktan başka kronik hastalığa sahip olduğu belirlenmiştir. Hastaların tamamına yakını haftalık seans sayısının 3 olduğunu, bir seansın 4 saat sürdüğünü ve %87,5' i daha önce sıvı kısıtlaması konusunda eğitim aldığını, eğitim alanların %73'ü aldıkları bu eğitimi en az bir kez doktordan, %43 'ü ise en az bir kez hemşireden aldığını bildirmiştir. Çalışmada diyaliz tedavisi alma süresi 71,2± 75,1 ay, hastaların kuru ağırlığı

69.7± 14.4 ve diyalizde çekilen uf miktarı 2,6± 1 olarak hesaplanmıştır. Ayrıca çalışmada hastaların diyaliz öncesi kan basınçları ortalamaları; sistolik 127± 15mmHg, diyastolik 78± 9mmHg, diyaliz sonrası sistolik 113± 15 mmHg, diyastolik 70± 9 mmHg olarak bulunmuştur.

HHSKÖ'nden aldıkları toplam ölçek puanı 53,5±5,4, bilgi alt boyutu puanı 18,3± 2,0, tutum alt boyutu puanı 11,9± 2,9, davranış alt boyutu puanı 23,2± 3,8 olduğu bulunmuştur. Yaş arttıkça ölçek bilgi alt boyutu puanı azalmaktadır. Çalışmaya katılan erkek ve kadın hastaların bilgi alt boyut, tutum alt boyut ve toplam ölçek puanlarının ortalamalarının benzerken, kadınların davranış alt boyutu puanlarının erkeklere göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Eğitim durumu lise ve üzeri olan hastaların ölçek toplam puan ortalamalarının diğer eğitim düzeylerine göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu bulunmuştur. Kiminle yaşadığı ile bilgi alt boyut puanı ortalaması karşılaştırıldığında anne-babasıyla yaşayanların puan ortalamasının daha yüksek, çocuklarıyla yaşayanların daha düşük ve diğer grupların benzer olduğu saptanmıştır. Başka kronik hastalığa sahip olanların davranış alt boyutu puan ortalamasının sahip olmayanlara göre daha yüksek olduğu bulunmuştur.

Tablo 2'de görüldüğü gibi diyalize girme süresi arttıkça bilgi alt boyutu puanı ortalamasında artma saptanmıştır. Diyalizde çekilen uf miktarı arttıkça bireylerin tutum alt boyut puanı, davranış alt boyut puanı ve toplam ölçek puanı ortalaması düşmektedir. Çalışmaya katılan hastaların diyaliz öncesi kilosu ile bilgi, davranış alt boyutu ve toplam ölçek puanı arasında bir ilişki yokken, diyaliz öncesi kilosu arttıkça tutum alt boyutu



Fotoğraf: Ebru Maranalı



puanı azalmaktadır. Diyaliz sonrası sistolik tansiyon ile ölçeğin bilgi ve davranış alt boyut puanı ortalaması arasında ilişki saptanmamışken, diyaliz sonrası sistolik tansiyon arttıkça ölçek tutum alt boyut ve toplam puanı arttığı tespit edilmiştir.

Ölçeğin bilgi, tutum, davranış alt boyutu puanı ve toplam ölçek puanı ortalaması ile hastaların haftalık hemodiyaliz seansı, hemodiyaliz saati, sıvı kısıtlaması eğitimi alma durumu, idrar yapabilme durumu, fazladan diyalize girme, kuru ağırlığı, diyaliz sonrası kilosu, diyaliz öncesi sistolik ve diyastolik tansiyonu ve diyaliz sonrası diyastolik tansiyonu arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.

### Tartışma

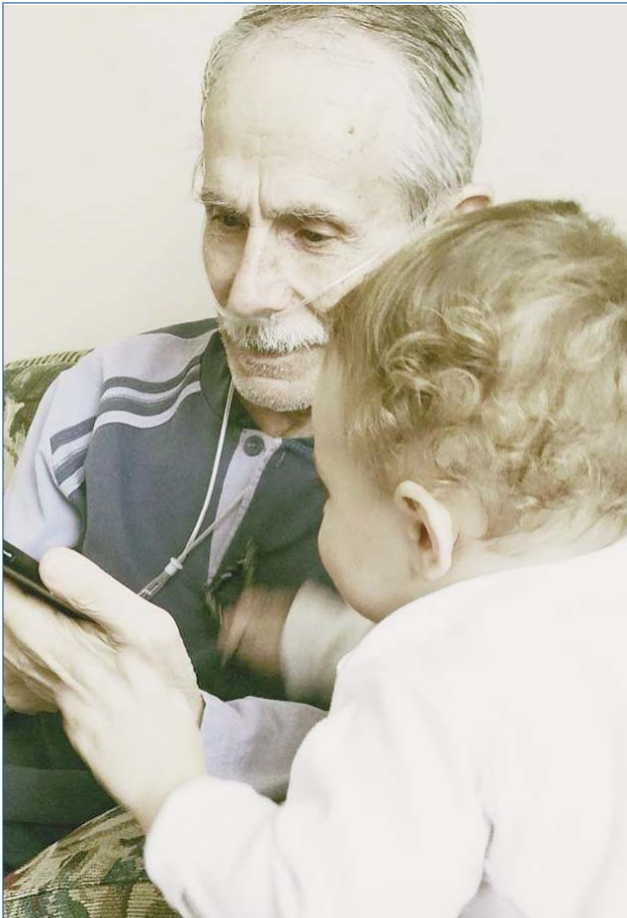
Hemodiyaliz hastalarının verilen tedaviye uymaları hastaların yaşam kalitesini ve yaşam süresini artırır. Sıvı kısıtlaması hastaların tedaviye uyumda sorun yaşadığı konulardan birisidir (5,12,18,20). Yapılan çalışmalar hastaların çeşitli oranlarda sıvı

kısıtlamasına uyumsuzluk yaşadığını göstermektedir (10,11,12,13,20 ).

Çalışmada ölçekten alınan toplam ölçek puan ortalaması  $53,5 \pm 5,4$ , ölçeğin; bilgi alt boyutu puanı ortalaması  $18,3 \pm 2,0$ , tutum alt boyutu puan ortalaması  $11,9 \pm 2,9$  ve davranış alt boyutu puanı ortalaması  $23,2 \pm 3,8$  bulunmuştur. Balım ve Çınar 'ın (16) çalışmasında, HHSKÖ toplam puan ortalaması  $43,8 \pm 4,8$ , ölçeğin; bilgi alt boyutu puanı ortalaması  $8,9 \pm 1,8$ , tutum alt boyutu puan ortalaması  $12,5 \pm 2,6$  ve davranış alt boyutu puanı ortalaması  $22,3 \pm 3,6$  olarak bulunmuştur. Coşar ve Çınar'ın (17) yaptığı çalışmada HHSKÖ toplam puan ortalaması  $56,5 \pm 6,3$ , ölçeğin; bilgi alt boyutu puanı ortalaması  $19,8 \pm 1,5$ , tutum alt boyutu puan ortalaması  $11,2 \pm 3,3$  ve davranış alt boyutu puanı ortalaması  $25,5 \pm 4,5$  olarak bulunmuştur. Yılmaz ve Karabulutlu'nun (21) çalışmasında bilgi alt boyutu ortalaması  $20,2 \pm 1$ , tutum alt boyutu ortalaması  $8,5 \pm 2,6$  ve davranış alt boyutu ortalaması  $22,4 \pm 4,2$  ve toplam ölçek puanı  $51,2 \pm 5,8$  olarak bulunmuştur.

Çalışmada HHSKÖ toplam ölçek puanı ile yaş arasında ilişki bulunmazken, hastaların yaşı arttıkça HHSKÖ bilgi alt boyutu puanının azaldığı tespit edilmiştir. Bazı çalışma sonuçları (4,21) çalışma sonuçlarımız ile uyumlu bulunmuşken bazı çalışmalarda ise çalışmamızın aksine yaşla birlikte sıvı kısıtlamasına uyumun arttığını belirtilmektedir (5,16,18). Bu sonuçlar doğrultusunda yaşla birlikte bireylerin hastalıklarını kabullenmelerinde artış olmasına bağlı sıvı kısıtlamasına uyumlarının artabileceği düşünülmektedir.

Çalışmada kadınların HHSKÖ davranış alt boyut puanının erkeklere göre daha fazla olduğu tespit edilmiştir. Bazı çalışmaların bulguları çalışmamızı destekler niteliktedir (5,18,21). Bununla birlikte çalışmada HHSKÖ toplam alt boyut puanının cinsiyete göre bir farklılık göstermediği belirlenmiştir. Bulgumuz yapılan diğer çalışmalar ile benzerlik göstermektedir (10,13,16). Kadınlar genellikle besinleri hazırlama görevini erkeklere göre daha fazla üstlendiğinden yemeklerin suyunu ve tuz kullanımını azaltma, baharat koymaktan kaçınma gibi sıvı kısıtlamasına uyumu artırıcı girişimleri daha fazla uyguladıklarından (5) erkeklere oranla daha fazla sıvı kısıtlamasına uyum gösterebildiklerini düşünebiliriz.



Fotoğraf: Ebru Maranalı



Hemodiyalize uyumda önemli faktörlerden biri de tedavi alan bireylerin öğrenim düzeyidir (13). Çalışmada lise ve üzeri eğitime sahip olanların bilgi alt boyutu ve toplam ölçek puanı ortalamalarının daha yüksek olduğu bulunmuştur. Bir çalışma bu bulgumuzu desteklemekteyken (16), bazı çalışmalarda ise çalışmamızın aksine bireylerin öğrenim düzeyi ile sıvı kısıtlamasına uyum arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (13,18,21). Bu durum bireylerin öğrenim düzeyi arttıkça verilen eğitimleri daha kolay anlayabildikleri ve tedavileri konusunda farkındalıklarının daha yüksek olduğu ile açıklanabilir.

Çalışmalarda sosyal desteğin sıvı kısıtlamasına uyumu arttırdığı bulunmuştur (4,15,22). Bir çalışmada erkeklerin daha çok eşleriyle birlikte yaşadığı ve eşlerinin kısıtlamaya uyumda önemli desteği olduğu sonucuna ulaşılmıştır (5). Bu çalışmada anne ve babasıyla yaşayan bireylerin ölçek bilgi alt boyutu puan ortalaması diğer gruplara göre daha yüksek, çocuklarıyla yaşayanların ise daha düşük olduğu bulunmuştur. Efe ve Kocaöz'ün (13) çalışmasında bakımlarında aile desteği alanların sıvı kısıtlamasına uyumlarının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Bir çalışmada da sıvı kısıtlamasında uyumda en büyük desteğin aile tarafından verildiği de bulgularımızı desteklemektedir (4). Türk toplumunun güçlü aile yapısı sağlığı sürdürme de önemlidir ve aile desteği geniş yer almaktadır (23). Anne ve babasıyla yaşayan bireylerin aile desteği sayesinde sıvı kısıtlaması tedavisine daha uyumlu olduğunu, benzer şekilde çocukları olan hasta ebeveynlerinde çocukların bakım yükünden dolayı kendi tedavileriyle yeterince ilgilenemediğini düşünebiliriz.

Çalışmada hastaların %68,5' inin en az bir kronik hastalığa sahip olduğu, en çok bulunan kronik hastalıkların ise hipertansiyon ve diabetes mellitus olduğu tespit edilmiştir. Bir çalışmada hastaların KBY'ye ek olarak %25,6' sının diabetes mellitus hastalığına sahip olduğu tespit edilmiştir (5). T.C. Sağlık Bakanlığı ve Türk Nefroloji Derneği Ortak Raporu'na göre kronik böbrek yetmezliğinin en büyük nedeni diyabet ve hipertansiyon olarak bildirilmiştir (3). Çalışmada son dönem böbrek yetmezliği dışında başka bir hastalığa sahip hastaların davranış alt boyut puanının daha yüksek olduğu tespit edilmiş, bu durum bireylerin

hastalığa uyumunun ve hastalığa karşı olan yaklaşımlarındaki ciddiyetin artmasından kaynaklanması ile açıklanabilir.

Çalışmada diyaliz tedavisi alma süresi  $71,2 \pm 75,1$  ay olarak hesaplanmıştır. Yapılan çalışmalarda oranların farklılık gösterdiği  $80,7 \pm 63,3$  (16),  $53,5 \pm 48,3$  (10) görülmektedir. Çalışmada diyalize girme süresi arttıkça ölçek bilgi alt boyut puanı artmıştır. Başka bir çalışmada bu bulguyu destekler niteliktedir (21). Fakat bu durum davranış alt puanında ve toplam ölçek puanında değişikliğe sebep olmamıştır. Hemodiyaliz tedavisinin ilk yıllarında bireyler tedaviye uyum sağlamaya çalışırlar. Hastalık süresi ilerledikçe de yorgunluk ve fiziksel yetersizlik gibi sebeplerle tedaviye uyum olumsuz yönde etkilenebilir (13).

Çalışmada diyalizde çekilen uf miktarı arttıkça bireylerin tutum, davranış alt boyut puanı ve toplam ölçek puanı ortalamasının düştüğü tespit edilmiştir. Balım ve Çınar'ın (16) çalışmasında uf miktarı arttıkça ölçek tutum alt boyut puanın düştüğü tespit edilmiştir. Bu durumda sıvı kısıtlamasına uymayan bireylerin sıvı kısıtlamasına dair bilgisi olmasına karşın bu bilgiyi tutum ve davranışa yansıtmada eksiklikleri olduğunu düşünebiliriz. Bu hastalarının sıvı kısıtlamasına dikkat etmemesi ciddi komplikasyonlara yol açar. Öncelikle hemodiyalizin etkinliği azalır, akciğer ödemi, hipertansiyon ve uzun dönemde kalp yetmezliği gelişir (20).

Çalışmada hastaların diyaliz öncesi kan basınçları ortalamaları; sistolik  $127 \pm 15$  mmHg, diyastolik  $78 \pm 9$  mmHg, diyaliz sonrası sistolik  $113 \pm 15$  mmHg, diyastolik  $70 \pm 9$  mmHg olarak hesaplandı. Balım ve Pakyüz'ün (2016) yaptığı çalışmada diyaliz öncesi kan basıncı sistolik  $129,2 \pm 25,9$  mmHg, diyastolik  $71,3 \pm 13,1$  mmHg, diyaliz sonrası kan basıncı sistolik  $105,6 \pm 16,9$  mmHg, diyastolik  $60,9 \pm 10,9$  mmHg olarak bulunmuştur. Sıvı kısıtlamasına uymayan bireylerde hipertansiyon gelişmekte, diyaliz sırasında çekilen uf miktarına bağlı olarak da hipotansiyon görülmektedir (13). Sıvı alımının ayarlanmasında kan basıncı, idrar miktarı ve iki diyaliz arasındaki kilo alımı güvenilir klinik belirtilerdir (24). Sıvı kontrolü iyi olmayan bireylerde kan basıncı kontrol altına alınamamakta ve bu durum kalp hastalığı gelişmesine neden olmaktadır (5,13). Çalışmada hastaların diyaliz

sonrası sistolik kan basıncı arttıkça HHSKÖ tutum alt boyutu puanı ve ölçek toplam puanının arttığı bulunmuştur. Fakat çalışmada diyaliz öncesi sistolik ve diyastolik kan basıncı ve diyaliz sonrası diyastolik kan basıncı ile ölçek arasında ilişki bulunmamıştır. İlişki olmayışının nedenlerini; hastaların yeni tedavi şekline uyum sağlayamaması, sıvı kısıtlaması eğitimin tek seferli ve yetersiz verilmesi ve hastaların sıvı alımını azaltacak alternatif yöntemleri bilmemesinden kaynaklandığını düşünebiliriz.

Çalışmada hemodiyaliz tedavisi alan bireylerin kuru ağırlık ortalaması  $69,7 \pm 14,4$ , Balım ve Pakyüz'ün (16) çalışmasında  $67,1 \pm 13,9$ , Kurt ve ark (20) yaptığı çalışmada ise  $71 \pm 13,4$  olarak bulunmuştur. Kuru ağırlığın hesaplanması diyaliz tedavisinde karşılaşılan en büyük zorluklardan birisidir. Tespit edilen kuru ağırlık diyaliz sırasında çekilecek olan uf miktarını belirler. Kuru ağırlık; olması gerekenden fazla hesaplanırsa hastadan yetersiz sıvı çekilmesine bağlı kronik sıvı yüküne sebep olur, az hesaplanırsa sıvı yükü hipertansiyon, sol ventrikül hipertrofisi (SVH), akciğer ödemi gibi komplikasyonlara neden olur (17,25).

Çalışmada hemodiyaliz tedavisi gören hastaların öz bildirimlerine dayanarak daha önce sıvı kısıtlaması eğitimi alma durumu sorgulandığında %87,5' inin eğitim aldığı ve bu eğitimi %43'ünün en az hemşireden aldığı tespit edilmiştir. Fakat verilen eğitimin bilgiyi tutum ve davranışa dönüştürmede yeterince etkili olmadığı bulunmuştur. Bir çalışmada hastaların %80,7'sinin hastalık ve tedavi süreci hakkında eğitim aldığı fakat HHSKÖ toplam puanı ile bilgi, tutum ve davranış ölçek alt puanlarında istatistiksel olarak bir anlamlılık bulunmamıştır (21). Bir çalışmada sıvı kısıtlaması tedavisine uymayan hastalara haftada birer kez olmak üzere arka arkaya iki hafta boyunca ilki görsel-yazılı, ikincisinde yalnız yazılı kaynaklara dayanan eğitim verilmiştir. Eğitim sonucunda hastaların iki diyaliz arası ortalama kilo alımının anlamlı ölçüde azaldığı tespit edilmiştir (20). Çalışmalardaki bu farklılığın eğitimin etkinliği ve sürekliliğinden kaynaklandığı düşünülmektedir. Hemodiyaliz hastaları ve aileleri hemodiyalize uyumlarının kolaylaştıracak sınırlı bilgiye sahiptirler. Uyum sürecinin sağlanması ve hemodiyaliz etkinliğinin sürdürülebilmesi için hastaların

eğitimine önem verilmelidir (15). Ayrıca eğitim programı hazırlanırken yalnız hasta değil hastaya bakım verenlerin eğitim programına katılmasına da dikkat edilmelidir (5). Hemodiyaliz hastalarının eğitiminde hemşireler önemli bir yere sahiptir (17). Fakat hemodiyaliz hemşireliğinde uygulanan bakım görev odaklı olarak sınırlı kalmaktadır (15). Bu nedenle hemşireler tarafından verilen eğitimin farklı sosyodemografik ve hastalık özelliklerine sahip hemodiyaliz hastalarında yeterli olmadığını, eğitimlerin sayısının artırılması ve yöntem ve içeriğinin yeniden düzenlenerek verilmesinin gerekli olduğunu düşünebiliriz.

### Sonuç ve Öneriler

Çalışmada hemodiyaliz hastalarının HHSKÖ bilgi puanının yüksek olmasına karşın tutum, davranış ve toplam ölçek puanı daha düşük kalmıştır. Çalışmada, hemodiyaliz hastalarının büyük çoğunluğu en az bir kez sıvı kısıtlaması eğitimi aldığını bildirmiştir. Alınan eğitimin bireylerin sıvı kısıtlamasına uyum ile ilgili bilgi düzeyini arttırmasına karşın tutum ve davranışa yansımada tespit edilmiştir. Bu sonuçlar doğrultusunda hastaların bireysel özellikleri dikkate alınarak eğitim içeriklerinin hazırlanması, eğitimin düzenli aralıklarla verilmesi ve değerlendirilmesi önerilmektedir.

**İletişim:** Ayyüce Tuba Kulaksız

**E-posta:** ayyuce\_akdeniz14@outlook.com

### Kaynaklar

1. Jha V, Garcia-Garcia G, Iseki K, Li Z, Naicker S, Plattner B, Saran R, Wang AY-M, Yang C-W. Chronic kidney disease: global dimension and perspectives. The Lancet 2013; 382: 260-72.
2. Sezen A. Hemodiyaliz. In: Diyaliz el kitabı. İstanbul: Nobel Kitapevi; 2013.p.56-71.
3. Süleymanlar G, Ateş K, Seyahi N. T.C. Sağlık bakanlığı ve Türk nefroloji derneği ortak raporu 2016. Türkiye'de Nefroloji, Diyaliz ve Transplantasyon, Ankara: Türk Nefroloji Derneği, 2017. Accessed Eylül 12, 2018, at [http://www.nefroloji.org.tr/folders/file/2016\\_REGISTRY.pdf](http://www.nefroloji.org.tr/folders/file/2016_REGISTRY.pdf)
4. Ahrari S, Moshki M, Bahrami M. The relationship between social support and adherence of dietary and fluids restrictions among hemodialysis patients in Iran. Journal of Caring Sciences 2014;3: 11-19.
5. Cristóvão AFAdJ. Fluid and dietary restriction's efficacy on chronic kidney disease patients in hemodialysis. Revista Brasileira De Enfermagem 2015;68: 1154-62.

6. Denhaerynck K, Manhaeve D, Dobbels F, Garzoni D, Nolte C, De Geest S. Prevalence and consequences of nonadherence to hemodialysis regimens. *American Journal of Critical Care* 2007;16: 222-35.
7. Kalender N, Tosun N. Determination of the relationship between adequacy of dialysis and quality of life and self-care agency. *Journal of Clinical Nursing* 2014; 23: 820-8.
8. Pasyar N, Rambod M, Sharif F, Rafii F, Pourali-Mohammadi N. Improving adherence and biomedical markers in hemodialysis patients: The effects of relaxation therapy. *Complementary Therapies in Medicine* 2015; 23: 38-45.
9. Ford-Anderson CA. Lived experiences: Hemodialysis and adherence. *Journal of Nephrology*, 2011;35: 33-39.
10. Günelay S, Taşkıran E, Mergen H. Hemodiyaliz hastalarında diyet ve sıvı kısıtlamasına uyumsuzluğunun değerlendirilmesi. *FNG & Bilim Tıp Dergisi* 2017;3: 9-14.
11. Kalantar Zadeh K, Regidor DL, Kovesdy CP, Van Wyck D, Bunnapradist S, Horwich TB, Fonarow GC. Fluid retention is associated with cardiovascular mortality in patients undergoing long-term hemodialysis. *Circulation* 2009;119: 671-9.
12. Silva LF, Lopes GB, Cunha TO, Protásio BM, Pisoni RL, James SA, Lopes AA. Coping with fluid restriction and the quality of life in hemodialysis patients with very low or no daily urine output. *The International Journal of Artificial Organs* 2014;37: 427-35.
13. Efe D, Kocaöz S. Adherence to diet and fluid restriction of individuals on hemodialysis treatment and affecting factors in Turkey. *Japan Journal of Nursing Science* 2015;12:113-123.
14. Hamişoğlu N, Uçar İ. Diyalizde Beslenme. In: *Diyaliz Hemşireliği*. İstanbul: Nobel tıp kitapçevleri; 2014.p. 317-33.
15. Lin C-C, Han C-Y, Pan I-J. A qualitative approach of psychosocial adaptation process in patients undergoing long-term hemodialysis. *Asian Nursing Research* 2015;9: 35-41.
16. Balım S, Pakyüz Çınar S. Hemodiyaliz hastalarının sıvı kısıtlamasına uyumlarının değerlendirilmesi. *Nefroloji Hemşireliği Dergisi* 2016;1: 35-43.
17. Çoşar AA, Çınar S. A Scale Development Study: Fluid Control in Hemodialysis Patients. *Japan Journal of Nursing Science* 2016;13:174-82.
18. Chan YM, Zalilah MS, Hii SZ. Determinants of compliance behaviours among patients undergoing hemodialysis in Malaysia. *PloS One* 2012;7: e41362.
19. Nerbass FB, Morais JG, Santos RGd, Kruger TS, Sczip AC, Luz Filho HAd. Factors associated to salt intake in chronic hemodialysis patients. *Jornal Brasileiro de Nefrologia* 2013;35: 87-92.
20. Turgut Kurt Y. Hemodiyaliz hastalarına verilen eğitimin kan basıncı ve kilo alımına etkisi. *Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi* 2012;21: 39-44.
21. Karabulutlu Yılmaz E, Yılmaz Çayır M. Hemodiyaliz tedavisi alan bireylerin sıvı kısıtlamasına uyum düzeyleri. *ACU Sağlık Bil Derg* 2017; Accessed Eylül 12, 2018, at [http://acibadem.dergisi.org/uploads/pdf/pdf\\_AUD\\_525.pdf](http://acibadem.dergisi.org/uploads/pdf/pdf_AUD_525.pdf).
22. Khalil AA, Frazier SK, Lennie TA, Sawaya BP. Depressive Symptoms and Dietary Adherence in Patients with End-Stage Renal Disease. *Journal of renal care* 2011;37: 30-39.
23. Kara B, Caglar K, Kilic S. Nonadherence with diet and fluid restrictions and perceived social support in patients receiving hemodialysis. *Journal of Nursing Scholarship* 2007;39: 243-248.
24. Yılmaz Z, Yıldırım Y, Aydın FY, Aydın E, Kadiroğlu AK, Yılmaz ME, Acet H. Evaluation of fluid status related parameters in hemodialysis and peritoneal dialysis patients: Clinical usefulness of bioimpedance analysis. *Medicina* 2014;50: 269-74.
25. Sinha AD, Agarwal R. Setting the dry weight and its cardiovascular implications. *Wiley Online Library* 2017: p. 1-8.



Elif Aşık<sup>1</sup>, Sevil Albayrak<sup>1</sup>, Menekşe Gül Kamanlı<sup>2</sup>, Selen Gadiş<sup>3</sup>, Seher Elibol<sup>4</sup>,  
Adem Çetin<sup>5</sup>, Tuğçe Özçelik<sup>6</sup>

Geliş/Received : 20.12.2017  
Kabul/Accepted : 14.05.2018

**Öz:**

**Amaç:** Bir Sağlık Bilimleri Fakültesinde okuyan öğrencilerin madde kullanım özelliklerini ve madde kullanımı ile ilgili damgalayıcı tutumlarını belirlemektir.

**Yöntem:** Çalışma tanımlayıcı tiptedir. Evren 1154 öğrenciden, örneklem 271 öğrenciden oluşmuştur. Veriler bilgi toplama formu ve Alkol ve Madde Bağımlılığı Damgalayıcı Tutumlar Ölçeği ile toplanmıştır.

**Bulgular:** Öğrencilerin %79,3'ü kadın, yaş ortalaması 20,84±1,58 idi. Öğrencilerin %8,9'u sigara, %5,2'si alkol ve bir öğrenci de madde kullandığını ifade etti. Alkol ve sigara içen öğrenciler, başlama nedeni olarak en çok arkadaş ortamının etkilediğini belirttiler. Bu öğrencilerin %59,4'ü sigaraya, %64,3'ü ise alkole 17 yaş ve üzerinde başladığını belirtti. Öğrencilerin %42,4'ü madde kullanımıyla ilgili bilgilerinin yetersiz olduğunu ve üniversitede bu konuda aktiviteler yapılırsa %14,8'inin bu aktivitelere gönüllü olarak destek verebileceklerini ifade ettiler. Öğrencilerin Alkol ve Madde Bağımlılığı Damgalayıcı Tutumlar ölçek puanı ile yaş, cinsiyet ve okudukları bölüm arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmazken, sınıflar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu ve sınıflar arttıkça damgalayıcı tutumların arttığı görüldü.

**Sonuçlar:** Alkol ve sigara kullanımına başlamada öğrencilerin arkadaş ortamından etkilendikleri ve bu maddelere başlamalarının üniversite yıllarında olduğu belirlendi. Madde kullanımı ile ilgili dördüncü sınıf öğrencilerinin daha fazla damgalayıcı tutum içinde oldukları söylenebilir.

**Anahtar sözcükler:** Madde kullanımı, Madde bağımlılığı, Tutum, Damgalama, Riskli sağlık davranışları

**Abstract**

**Objective:** The objective is to assess substance use characteristics of students attending to a Faculty of Health Sciences and their stigmatizing attitude to substance use.

**Methodology:** The study is of descriptive type. The universe consists of 1,154 students and the sample size is 271 students. Data were collected by using the form "Scale of Stigmatizing Attitudes in Alcohol and Substance Addiction."

**Findings:** 79.3% of students were women and their average age was 20.84±1.58. Of responding students, 8.9% stated that they smoke, 5.2% take alcohol and 1 student said he uses substance. Students who smoke and have alcohol state that they started these as a result of their circle of friends. 59.4% of smokers and 64.3% of alcohol users started these after age 17. 42.4% of students say their information about substance use is inadequate and 14.8% say they will voluntarily support if there are activities in the university in this regard. No statistically significant relationship was found between students' scores in Scale of Stigmatizing Attitudes in Alcohol and Substance Addiction and their ages, gender and departments they are attending to. However, grade levels in the school make statistically significant difference as stigmatizing attitudes increase as grade levels get higher.

**Conclusion:** it was found that smoking and alcohol use start in university years under the influence of friends. It can be said that stigmatizing attitude to substance use is adopted more widely by senior level students.

**Key words:** Substance use, Substance dependence, Attitude, Stigmatization, Risky health behaviour

\*Bu çalışma 3-4 Kasım 2016'da Kırıkkale'de düzenlenen "Uluslararası II. Adli Hemşirelik Kongresi ve I. Adli Sosyal Hizmet Kongresi"nde sözel bildiri olarak sunulmuştur.

1 Dr.; Kırıkkale Ü. Kırıkkale Ü. Sağlık Bilimleri Fak. Hemşirelik Bölümü

2 Hemşire, Sakarya Ü. Eğitim Araştırma Hastanesi, Sakarya

3 Hemşire, Darıca Farabi Devlet Hastanesi, Kocaeli

4 Hemşire, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hematoloji Onkoloji Eğitim ve Arş. Hastanesi, Ankara

5 Hemşire

6 Hemşire, Ankara Yüksek İhtisas Eğitim ve Arş. Hast. Ankara



## Giriş

Madde bağımlılığı dünyada olduğu gibi ülkemizde de başta gençler olmak üzere herkesi etkileyebilen biyolojik, ruhsal ve sosyal boyutları olan ve toplum sağlığını tehdit eden en ciddi sorunlardan biridir (1). Madde bağımlılığı; kullanılan madde için, sürekli alınan dozun istenilen etkiyi sağlamaması nedeniyle, maddenin dozunun giderek arttırılması ya da daha uzun zaman kullanılmasıdır. Maddenin bağımlılığında birey, kullandığı maddeyi aile, iş ve diğer sosyal sorumluluklarını yerine getiremeyecek kadar yineleyici bir biçimde ve fiziksel tehlikelerine karşın her gün alır. Birey, madde kullanımını durdurmayı istese de çoğu zaman başarılı olamaz (2).

Madde kullanımı genellikle ergenlik döneminde başlamaktadır. Madde kullanımında psikolojik, sosyal ve kültürel etkiler önemli rol oynamaktadır. Aile bireyleri ve yakın arkadaş çevresi bu dönemde belirleyici olabilmektedir. Aile içinde madde kullanılmasının gençlerin bu maddelere yönelimlerini arttırdığı bildirilmektedir. Üniversite öğrencileri bağımlılık oluşturan sigara, alkol ve uyuşturucu madde kullanımı açısından en riskli grubu oluşturmaktadır (3).

Türkiye İstatistik Kurumu tarafından yapılan sağlık araştırmasında 15-24 yaş grubunda sigara kullanım oranı %4,6, alkol kullanım oranı ise %10,4 olarak bulunmuştur. Türkiye Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi GPS araştırması (2011) verilerine göre ise 15-24 yaş grubunda madde kullanımı %2,9'dur. Diğer yaş grupları ile kıyaslandığında bu grup madde kullanımının en fazla olduğu yaş aralığıdır (4). Süngü'nün (2014) yaptığı çalışmaya göre, Bozok Üniversitesi'nde öğrencilerin en fazla kullandığı zararlı maddelerin sigara ve alkol olduğu görülmektedir. Çalışmaya katılan öğrencilerden düzenli olarak sigara kullanmakta olduğunu belirtenlerin oranı %20,6, alkol kullanmakta olduğunu belirten öğrencilerin oranı ise %6,9'dur. Uyuşturucu ve tiner/bali vb. uçucu maddeleri aktif olarak kullanan öğrenci bulunmazken; öğrencilerin %0,3'ü antidepresan ilaç kullanmakta olduklarını ifade etmişlerdir (5).

Sağlık çalışanları arasında madde kullanımı, hem kendi sağlıkları açısından, hem de baktıkları hastaları etkilediği için, toplum sağlığı açısından

önemlidir. Baloğlu'nun (2001) Denizli il merkezindeki hastanelerde yaptığı çalışmasında hemşirelerin % 2,8'inin madde kullandığı belirtilmiştir. Bu çalışmada, en sık sakinleştiriciler ve uyku ilaçlarının kullanıldığı tespit edilmiştir. Sağlık çalışanları arasında en sık kullanılan maddelerin meperdin hidroklorid, amfetaminler, alkol ve benzodiyazepinler olduğu belirtilmektedir (6).

Sağlık çalışanları arasında en yoğun damgalamaya uğrayan sorunların başında alkol ve madde kullanım bozuklukları gelmektedir (7). Psikiyatri dışındaki bölümlerde, özellikle genel sağlık alanında çalışanların alkol ve madde sorunu olan hastalara yardım etmede güçlükler yaşadıkları ve bu zorluğun genellikle hastalara karşı olumsuz tutumdan kaynaklandığı söylenmektedir (8). Sağlık çalışanlarının alkol ve madde bağımlılığına karşı olumsuz tutumları ise hem inkar hem de damgalanma kaygısıyla tedaviden çekinen hastalar için önemli bir engel yaratmaktadır (9). Hem toplumun hem de sağlık çalışanlarının algılarının ve ön yargılarının değişmesi alkol madde kullanıcılarının tedaviye başvurmaları ve tedaviden yararlanmasını artıracak için de gereklidir (7). Sağlık ekibindeki olumsuz yargılar bağımlılığı olan bireyin hastalığını kabullenmesini zorlaştırır. Bu durumda Sağlık Bilimleri Fakültesi öğrencilerinin madde kullanımıyla ilgili damgalayıcı tutumlarını tespit etmek önemli olmaktadır. Ersoy, Özdemir ve Savaş (2008) sağlık eğitimi alan öğrencilerde damgalayıcı tutumların hiç de küçümsenmeyecek seviyede olduğunu belirtmişlerdir (10).

## Amaç

Bu çalışma; Kırıkkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi öğrencilerinin madde kullanımıyla ilgili damgalayıcı tutumlarını ve madde kullanım özelliklerini tespit etmek amacıyla yapıldı.

## Yöntem

Bu çalışma; bir Sağlık Bilimleri Fakültesinde okuyan öğrencilerin madde kullanım özelliklerini ve madde kullanımıyla ilgili damgalayıcı tutumlarını tespit etmek amacıyla tanımlayıcı tipte yapıldı.

## Evren ve Örneklem

Bu çalışma, 2014-2015 öğretim yılında gerçekleştirildi. Sağlık Bilimleri Fakültesinde

toplam 1154 öğrenci vardı. Araştırmaya katılanlar, Sağlık Bilimleri Fakültesinin beş farklı bölümünde okuyan öğrencilerdir. Beslenme Diyetetik 87, Çocuk Gelişimi 201, Fizyoterapi 309, Hemşirelik 324, Sağlık Yönetimi 243, öğrenciden oluşmaktaydı. Evreni belli olan örnekleme formülüne ( $n = N \cdot t^2 \cdot p \cdot q / d^2 \cdot (N - 1) + t^2 \cdot p \cdot q$ ) göre 288 öğrenci örnekleme oluşturdu. Bu durumda ağırlıklı tabakalı örnekleme yöntemiyle belirlenen örnekleme öğrencilerin bölümlere göre dağılımı; Beslenme ve Diyetetik 22, Çocuk Gelişimi 50, fizyoterapi 77, Hemşirelik 81, Sağlık Yönetimi 60 öğrenci şeklinde oldu. Ancak 17 öğrenci veri toplama araçlarını uygun şekilde doldurmadığı için araştırma kapsamından çıkarıldı ve araştırma 271 öğrenciyle yürütüldü.

### Veri Toplama Araçları Anket Formu

Madde kullanımının yaygınlığını saptamaya yönelik ankette, demografik bilgiler, aile dinamikleri, maddelere yönelik sahip olunan bilgi ve deneyim, alkol-sigara-madde kullanımını önlemeye yönelik tutumlar, üniversite bünyesinde madde kullanımını önlemeye yönelik aktiviteleri içeren toplam 14 soru yer almaktadır.

### Alkol ve Madde Bağımlılığı Damgalayıcı Tutumlar Ölçeği (AMBDTÖ)

Bu ölçek Ersoy ve ark. (2008) tarafından oluşturulmuştur (10). Bu ölçekte alkol kullanımı ile ilgili tutumlara yönelik 10 ve madde kullanımı ile ilgili tutumlara yönelik 11 olmak üzere toplam 21 anket sorusu vardır. Her ölçek maddesine Katılıyorum=1", Katılmıyorum=0" puan ile değerlendirildi. Yanıtlar, cevap anahtarının öngördüğü şekilde, ikili gruplara ayrılarak puanlandı. Oluşan ölçekte toplam puan 0-21 arasında değişebilmektedir. Sonuç olarak ortaya çıkan ölçekte, puanın yüksek oluşu alkol ve madde kullanımıyla ilgili damgalayıcı tutumların yüksek olduğu anlamına gelir. AMBDT Ölçeğinin cronbach alfa değeri 0,871, Guttman iki-yarım tutarlık katsayısı 0,775'tir. Bu çalışmada AMBDT Ölçeğinin cronbach alfa değeri 0,909 bulundu.

### Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmada elde edilen veriler bilgisayar ortamında SPSS 15.0 programında değerlendirildi. Araştırmaya katılanların, demografik özellikleri için yüzdelik ve ortalama, bağımsız değişkenlerle bağımlı değişkenlerin karşılaştırılmasında, normal

dağılıma uymadığı için ortalamaların karşılaştırılmasında Mann Witney U ve Kruskal wallis testi kullanıldı. İstatistiksel anlamlılığa  $p < ,05$  düzeyinde bakıldı.

### Araştırmanın Etik Yönü

AMBDT Ölçeği için Ersoy'dan izin alındı. KÜ Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan Karar No: 06/05 ile 05.03.2015 tarihinde etik onay alındı. Araştırmanın yapılması için Kırıkkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekanlığından yazılı, öğrencilerden sözlü izin alındı. Araştırmaya katılan öğrencilere araştırma hakkında bilgi verildi, araştırma sonunda elde edilen bilgilerin, araştırma raporu dışında herhangi bir yerde kullanılmayacağı açıklandıktan sonra araştırmaya katılıp katılmama kararı kendilerine bırakıldı.

### Araştırmanın Kısıtlılıkları

Bu araştırmanın verileri Kırıkkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi öğrencilerinden toplanan veriler ile sınırlıdır.

### Bulgular

Öğrencilerin sosyo-demografik bilgilerinin dağılımı, sigara, alkol ve madde kullanım durumları, AMBDT Ölçeği puanları ile sosyo-demografik bilgilerinin karşılaştırılması bu bölümde sunuldu.

Öğrencilerin %79,3'ü kadındır. Öğrencilerin %24,7'si 1., %28,1'i 2., %22,5'i 3. ve %24,7'si 4. sınıfta okumakta olup yaş ortalamaları 20,841,58'dir (Tablo 1).

Öğrencilerin ailelerinin %46,5'i 1501-3500 arasında gelire sahiptir. Öğrenciler kendilerinin madde kullanmaları halinde ailelerinin %79,3'ünün bu duruma şiddetle karşı çıkacaklarını ifade ettiler. Öğrencilerin %4,3'ü ise ailelerinin bu davranışlarından kesinlikle haberleri olmayacağını belirttiler (Tablo 2).

Öğrencilerin %8,9'unun sigara içtiği, sigara içenlerin %59,4'ünün sigara içmeye 17 yaş üzerinde başladığı ve %41,7'sinin arkadaş ortamı nedeniyle sigaraya başladığı belirlenmiştir. Öğrencilerin %5,2'sinin alkol kullandığı, alkol kullananların %64,3'ünün 17 yaş ve üzerinde ve %50,0'ünün arkadaş ortamı nedeniyle alkole başladığı tespit edilmiştir (Tablo 3).

**Tablo 1.** Cinsiyet, sınıf dağılımı ve yaş ortalaması

| Cinsiyet     | Sayı    | %                |
|--------------|---------|------------------|
| Kadın        | 215     | 79,3             |
| Erkek        | 56      | 20,7             |
| <b>Sınıf</b> |         |                  |
| 1            | 67      | 24,7             |
| 2            | 76      | 28,1             |
| 3            | 61      | 22,5             |
| 4            | 67      | 24,7             |
|              | Min-Max | $\bar{X} \pm ss$ |
| <b>Yaş</b>   | 18-26   | 20,84 $\pm$ 1,58 |
| Toplam       | 222     | 100,0            |

Öğrencilerin madde kullanımıyla ilgili bilgi durumları incelendiğinde (Tablo 4) öğrencilerin %42,4'ünün madde kullanımıyla ilgili bilgilerinin yeterli olmadığını belirtti. Öğrencilerin %70,1'inin üniversitedeki madde kullanımıyla ilgili aktivitelerden haberinin olmadığını belirtirken, %4,2'si bu tür aktivitelerden haberdar olduğunu ve görev aldığını ve %14,8'inin madde kullanımıyla ilgili aktivite yapıldığı takdirde katılmak isteyeceğini ifade ettiği görüldü.

Öğrencilerin cinsiyet, yaş ve bölüm göre AMBDT Ölçeğinden aldıkları puanlara bakıldığında (Tablo 5) istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmediği ( $p>.05$ ) ancak sınıflara göre damgalayıcı tutumların değiştiği ve bu durumda istatistiksel olarak anlamlı olduğu görüldü. Sınıflar büyüdükçe damgalama artmaktadır.

**Tablo 2.** Öğrencilerin aileleri ile ilgili bilgilerin dağılımı (n=271)

| Cinsiyet     | Sayı    | %                |
|--------------|---------|------------------|
| Kadın        | 215     | 79,3             |
| Erkek        | 56      | 20,7             |
| <b>Sınıf</b> |         |                  |
| 1            | 67      | 24,7             |
| 2            | 76      | 28,1             |
| 3            | 61      | 22,5             |
| 4            | 67      | 24,7             |
|              | Min-Max | $\bar{X} \pm ss$ |
| <b>Yaş</b>   | 18-26   | 20,84 $\pm$ 1,58 |
| Toplam       | 222     | 100,0            |

**Tablo 3.** Sigara ve alkol kullanım durumu (n=271)

| Sigara kullanma durumu   | Sayı | %    |
|--------------------------|------|------|
| İçiyor                   | 24   | 8,9  |
| İçmiyor                  | 247  | 91,1 |
| Sigaraya başlama yaşı*   |      |      |
| 14 yaş ve altı           | 5    | 20,3 |
| 15-16 yaş                | 5    | 20,3 |
| 17 yaş ve üzeri          | 14   | 59,4 |
| Sigaraya başlama nedeni* |      |      |
| Merak                    | 6    | 25,0 |
| Arkadaş ortamı           | 10   | 41,7 |
| Sıkıntıdan kurtulmak     | 6    | 25,0 |
| Diğer                    | 2    | 8,3  |
| Alkol kullanım durumu    |      |      |
| Kullanıyor               | 14   | 5,2  |
| Kullanmıyor              | 257  | 94,8 |
| Alkole başlama yaşı**    |      |      |
| 15-16 yaş                | 5    | 35,7 |
| 17 yaş ve üzeri          | 9    | 64,3 |
| Alkole başlama nedeni**  |      |      |
| Merak                    | 3    | 21,4 |
| Arkadaş ortamı           | 7    | 50,0 |
| Aile etkisi              | 2    | 14,3 |
| Sıkıntıdan kurtulmak     | 2    | 14,3 |

\*n=24, \*\*n=14

### Tartışma

Bu çalışmada sağlık çalışanı olmaya aday sağlık bilimleri fakültesi öğrencilerinin madde kullanım özellikleri ve madde kullanımıyla ilgili damgalayıcı tutumları incelendi. Madde kullanımı bazı kaynaklarda sadece uyuşturucu bağımlılığı olarak ifade edilirken bazı kaynaklarda sigara, alkol ve uyuşturucuyu içine almaktadır. Bu çalışmada önce sigara içme durumu, sonra alkol ve uyuşturucu kullanımı ve sonra da tüm bunlara karşı öğrencilerin damgalama tutumları tartışıldı.

Bu çalışmadaki öğrencilerin sigara içimi, üniversitelerde yapılan hem ülke içinde (5,11-14) hem de yurt dışındaki araştırmalardan (15,16) oldukça düşüktür. Küresel Yetişkin Tütün Araştırması Türkiye 2012 (2014)'ye göre sigara içimi 2008 ve 2012 yıllarında olmak üzere iki kez yapılmıştır. Bu 4 yıllık sürede Türkiye'de sigara kullanım sıklığı %13,4 azalmıştır (17). Bu çalışma ile diğer çalışma arasındaki fark Türkiye'de sigara içimi ile ilgili düşüşten kaynaklanabilir.

| <b>Tablo 4. Madde kullanımıyla ilgili bilgi durumu (n=271)</b>           |             |          |
|--------------------------------------------------------------------------|-------------|----------|
| <b>Madde hakkında bilgisini</b>                                          | <b>Sayı</b> | <b>%</b> |
| Yeterli buluyor                                                          | 156         | 57,6     |
| Yeterli bulmuyor                                                         | 115         | 42,4     |
| Üniversitede madde ile ilgili aktiviteler <b>Aktivitelerden haberdar</b> |             |          |
| oluyorum ve görev alıyorum                                               | 13          | 4,8      |
| Haberim yok                                                              | 190         | 70,1     |
| Üniversitede bu tür aktiviteler yok                                      | 24          | 8,8      |
| Aktivite olsa ve duysam aktif rol almak isterim                          | 40          | 14,8     |
| Diğer                                                                    | 4           | 1,5      |

Sigaraya başlamada, bizim çalışmamıza benzer en çok arkadaş faktörünün etkili olduğunu gösteren çalışmalar vardır (5,11-14) ve çalışmamızda bulunan sigaraya başlama yaşı Küresel Yetişkin Tütün Araştırması Türkiye 2012 (2014) ortalamasına benzerdir (17). Sağlık çalışanlarının daha fazla ya da daha az sigara, alkol ve madde kullanımı olduğunu gösteren net çalışmalara rastlanmamıştır. Tüm sağlık çalışanları arasında madde kullanımının ortalama toplumun geri kalanıyla benzer olduğunu (9), sağlık çalışanlarının, sağlık kurumlarında bağımlılığa yol açan ilaçların bulunması ve ilaçlara kolay ulaşabilmesinin hemşireler arasında madde kullanımı için risk oluşturduğunu (18), hemşirelerin önemli oranda sigara içtiğini ve %2,8'inin madde kullandığını (6) ortaya koyan çalışmalar vardır. Bizim çalışmamızda yer alan öğrencilerde alkol ve madde kullanımı, yapılan diğer çalışmalara göre oldukça düşük çıkmıştır (5,15,19). Ancak sağlık çalışanı olacaklarından risk grubu olarak değerlendirilebilir.

Alkol ve madde kullanımında damgalama her ülkede, her etnik grupta, her meslekte görülebilmektedir. Almanya'da son 20 yılda alkole bağlı damgalanmayı değerlendiren bir araştırmada damgalamanın azaldığı belirtilmektedir (20). Ancak göçmenlerin daha fazla damgalamaya maruz kaldığı ve aynı zamanda damgaladığını gösteren çalışmalar hala vardır ve sağlık çalışanlarının (hekimlerin, psikolog ve hemşire gibi) madde kullanan hastaları damgaladığı çalışmalarda tespit edilmiştir (9,21-23). Madde kullanımında damgalama sağlık çalışanlarından geldiğinde hem madde bağımlılığının tedavisini hem de hastanın diğer medikal sorunlarının giderilmesini engelleyebilmektedir (22). Bu

çalışmada da, sağlık çalışanı olmaya aday sağlık bilimleri fakültesi öğrencilerinin damgalayıcı tutumlarının düşük olduğu ancak birinci sınıflara göre dördüncü sınıfların daha fazla damgalayıcı tutum içinde olduğu belirlenmiştir. Bu durumun öğrencilerin kendi üzerlerinde sağlık kontrolünü öğrendikçe alkol ve madde kullanımını hastalık olarak görmemelerinden ve kişinin iradesine bağlı olarak algılamalarından kaynaklı olabilir. Sağlık çalışanlarının büyük bölümü bağımlılığı bir hastalık olarak görmektedir. Ancak ruhsal zayıflık olduğu görüşü de desteklenmektedir (alkol %85,3, madde %87,2) (9).

Üniversite ortamında yer alan ve sağlık bilimleri fakültesinde okuyan öğrencilerin madde kullanımı hakkında bilgi sahibi olması beklenirken bu konuda yeterince bilgi sahibi olmadıkları ve önemli bir bölümünün üniversitedeki madde kullanımıyla ilgili aktivitelerden haberlerinin olmadığını belirtmeleri dikkat çekicidir. Yine bu öğrencilerin önemli bir bölümünün haberleri olması halinde bu tür aktivitelerle katılmak istedikleri belirlenmiştir. Üniversitelerde bu konuların işlenmesi oldukça önemlidir.

### Sonuç ve Öneriler

Araştırmaya katılan öğrencilerde alkol ve sigara kullanım oranları düşüktür. Alkol ve sigara içimine başlama daha çok lise son sınıf ve üniversite yıllarında gerçekleşmektedir ve öğrencilerin çoğunluğu arkadaş ortamından etkilenecek, bu maddeleri kullanmaya başladıklarını ifade etmişlerdir. Madde kullanımı ile ilgili dördüncü sınıf öğrencilerinin daha fazla damgalayıcı tutum içinde oldukları söylenebilir.

Üniversitelerde madde kullanımına yönelik farkındalık çalışmalarının yapılması ve öğrencilerin boş vakitlerini geçirmeleri için sağlıklı ortamların oluşturulması, spor ve sanat aktivitelerinin artırılması ve bu tür aktivitelerle öğrencilerin katılımının teşvik edilmesi önerilebilir. Farklı Sağlık Bilimleri Fakültelerinde daha geniş örneklemde çalışma yapılabilir. Öğrencilerin derslerinde meslek ahlakı açısından, profesyonel yaşantıda madde kullananlara damgalayıcı tutum sergilememelerinin pekiştirilmesi konularına yer verilebilir.

**İletişim:** Sevil Albayrak

**E-posta:** sevilalbayrak@kku.edu.tr



## Kaynaklar

1. Türkiye Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi. GPS Araştırması. 2011. <http://www.kom.pol.tr/tubim/Sayfalar/default.aspx> adresinden 25.11.2014 tarihinde edinilmiştir.
2. Çam O, Ergin E. Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Bakım Sanatı, 1. Baskı. İstanbul: İstanbul Tıp Kitabevi; 2014.
3. Altındağ A, Yanık M, Yengil E, Karazeybek A.H. Şanlıurfa'da Üniversite Öğrencilerinde Madde Kullanımı. Bağımlılık Dergisi 2005;6: 60-4.
4. Türkiye İstatistik Kurumu. Sağlık Araştırması. 2012. [http://www.tuik.gov.tr/Kitap.do?metod=KitapDetayKT\\_ID=1KITAP\\_ID=223](http://www.tuik.gov.tr/Kitap.do?metod=KitapDetayKT_ID=1KITAP_ID=223) adresinden 25.02.2015 tarihinde edinilmiştir.
5. Süngü H. Üniversite Öğrencilerinin Zararlı Madde Kullanımına İlişkin Tutumları. Mustafa Kemal Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi 2014;26:167-94.
6. Baloğlu M. Denizli İl Merkezindeki Hastanelerde Çalışan Hemşirelerde Psikoaktif Madde Kullanımı (Yüksek Lisans Tezi, Pamukkale Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Denizli). 2001; <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/> adresinden edinilmiştir.
7. Ögel K. Sigara, Alkol ve Madde Kullanım Bozuklukları: Tanı, Tedavi ve Önleme. İstanbul: Yeniden Yayınları; 2010. Bostancı N, Aştı N. Hemşirelerin Ruh Sağlığı Bozukluğu Olan Bireylere Karşı Tutum ve Davranışlarının Değerlendirilmesi. Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi 2004;17:87-93.
8. Bostancı N, Aştı N. Hemşirelerin Ruh Sağlığı Bozukluğu Olan Bireylere Karşı Tutum ve Davranışlarının Değerlendirilmesi. Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi 2004;17:87-93.
9. Mutlu E, Bilici R, Çetin MK. Sağlık Çalışanlarının Bağımlılık Hakkındaki Tutumları. Bağımlılık Dergisi 2014;3:118-23.
10. Ersoy MA, Özdemir N, Savaş HA. Tıp Fakültesi ve Hemşirelik Öğrencilerinde Alkol ve Madde Bağımlılığıyla İlgili Tutumlar. Bağımlılık Dergisi 2008;9:9-13.
11. Kaya N, Çilli AS. Üniversite Öğrencilerinde Nikotin, Alkol ve Madde Bağımlılığının 12 Aylık Yaygınlığı. Bağımlılık Dergisi 2002;3 (2):91-7.
12. Tot Ş, Yazıcı K, Yazıcı AE, Erdem P, Bal N, Metin Ö. ve ark. Mersin Üniversitesi Öğrencilerinde Sigara ve Alkol Kullanım Yaygınlığı ve İlişkili Özellikler. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2002;3 (4): 227-31.
13. Türkşen Ö, Atakan C. Üniversite Öğrencilerinin Sigara Alışkanlığı Üzerine Bir Çalışma. Çukurova Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi 2003;2 (25): 101-106.
14. Yılmaz ME. Yüzüncü Yıl Üniversitesi Öğrencilerinde Alkol, Sigara Kullanımı ve İlişkili Olduğu Etmenler (Yüksek Lisans Tezi, Yüzüncü Yıl Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Van). 2007. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/> adresinden edinilmiştir.
15. Pearson MR, Liese BS, Dvorak RD. CollegeStudentMarijuanaInvolvement: Perceptions, Use, andConsequencesacross 11 CollegeCampuses. AddictiveBehaviors 2017;66:83-9. <http://dx.doi.org/10.1016/j.addbeh.2016.10.019>
16. Tavoracci MP, Ladner J, Grigioni S, Richard L, Villet H, Dechelotte P. PrevalenceandAssociation of PerceivedStress, SubstanceUseandBehavioralAddictions: A Cross-SectionalStudyamongUniversityStudents in France, 2009–2011. BMC PublicHealth 2013;13;724:1-8. <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/13/724>.
17. Küresel Yetişkin Tütün Araştırması Türkiye 2012, Sağlık Bakanlığı Yayın No: 948, Ankara; 2014. ISBN : 978-975-590-502-0.
18. Bekar EÖ. Bağımlılık Yapıcı Madde Kullanımı Olan Hemşireler ve Hemşirelik Hizmetleri Yönetiminin Yaklaşımı: Bir Literatür İncelemesi. Sağlık ve Hemşirelik Yönetim Dergisi 2014;1(1):43-7. doi:10.5222/SHYD.2014.043.
19. Dennhardt AA, Murphy JG. PreventionandTreatment of CollegeStudentDrugUse: A Review of the Literatüre. AddictiveBehaviors 2013; 38:2607-18. <http://dx.doi.org/10.1016/j.addbeh.2013.06.006>.
20. Schomerus G, Matsching H, Lucht MJ, Angermeyer MC. Changes in ThePerception of Alcohol-RelatedStigma in Germany overTheLastTwoDecades. DrugandAlcoholDependence 2014;143:225-31. <http://dx.doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2014.07.033>.
21. Florez KR, Derosé KP, Breslau J, Griffin BA, Haas AC, Kanouse DE. et al. AcculturationandDrugUseStigmaAmongLatinosand AfricanAmericans: An Examination of a Church-BasedSample. J ImmigrantMinorityHealth 2015;17:1607-14. Doi: 10.1007/s10903-015-0161-9.
22. VanBoekel LC, Brouwers EP, vanWeeghel J, Garretsen HF. StigmaamongHealthProfessionalstowardsPatientswithSubstanceUseDisordersandItsConsequencesfor Healthcare Delivery: SystematicReview. DrugandAlcoholDependence 2013;131:23-35. <http://dx.doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2013.02.018>.
23. Yıldız N, Sevi OM, Soykal İ, Odabaşıoğlu G, Genç Y. Psikoloji Öğrencileri ve Mezunlarının Psikiyatrik Rahatsızlıklar ve Bağımlılığa İlişkin Bakış Açılarının Değerlendirilmesi, Bağımlılık Dergisi 2014;15(4): 173-9.



Aysel BÜLEZ<sup>1</sup>, Arzu Kul UÇTU<sup>2</sup>

Geliş/Received : 13.07.2017  
Kabul/Accepted : 11.12.2017

### Öz

Kozmetik ürün; insan vücudunun dış kısımlarına; epiderma, tırnaklar, kıllar, saçlar, dudaklar ve dış genital organlarına veya dişler ile ağız mukozasına uygulanmak üzere hazırlanmış, tek ya da temel amacı bu kısımları temizlemek, koku vermek, görünümünü değiştirmek, bunları korumak, iyi bir durumda tutmak veya vücut kokularını düzeltmek olan bütün madde veya karışımlardır. Kozmetoloji ise; dermatoloji, plastik cerrahi, kadın doğum ve diş hekimliğinin yanı sıra güzellik merkezleri gibi farklı birimlerde kullanılan bir uygulama alanıdır. Kozmetolojik ürünler doğru uygulanmadığında yarar yerine zararlı ve geri dönüşümsüz etkileri ortaya çıkmaktadır.

İlk olarak, fetus intrauterin yaşamda çeşitli derecelerde birçok kimyasalla tanışmaktadır. Takip eden süre içerisinde ise, beslenme gibi oral yolla alınan besinler ya da kullanılan ürünler ile maruziyet devam etmektedir. Gebeliğin geç dönemlerinde ve/veya laktasyon dönemlerinde gelişen bebek beyni, çevre toksinlerine karşı özellikle hassaslaşmaktadır. Fetus ve emen bebekler annelerine beslenmek için bağıdırlar ve aynı zamanda anneden plasenta yoluyla gelen metil cıva (MeHg), kurşun (Pb), arsenik (As), kadmiyum (Cd) ve selenyum (Se) gibi maddelere maruz kalmaktadırlar.

Günlük yaşamın içine girmiş olan kozmetik kimyasallar kanser, infertilite ve doğum defektlerine kadar pek çok patolojinin etiolojisinde suçlanmaktadır. Bu derlemede, ebelik bakış açısı ile çevresel kimyasalların gebelik ve yenidoğana etkileri incelenmeye çalışılmıştır.

**Anahtar sözcükler:** Gebelik, Ağır metaller, Fetus, Yenidoğan

### Abstract

Cosmetic products are all substances or mixtures prepared to be applied on outer parts of human body, on epidermis, nails, bristles, hair, lips and external genital organs or on teeth and oral mucosa for purposes of cleaning, giving odour, changing appearance, protecting, keeping in good condition or repressing body odour. Cosmetology is an application used in various areas including dermatology, plastic surgery, gynaecology, dentistry and beauty centres. When not used correctly, cosmetic products do more harm than good and lead to irremediably negative outcomes.

Firstly, the foetus meets many chemicals in its intrauterine life. Then, exposure continues with food intake and some products used. Baby brain growing in late phases of pregnancy and/or lactation gets particularly sensitive to toxins in the immediate environment. The foetus and breastfed babies are nutritionally dependent to their mothers and exposed to substances like methyl mercury (MeHg), lead (Pb), arsenic (As), cadmium (Cd) and selenium (Se).

Cosmetic chemicals as a part of daily life are blamed for the aetiology of many cases of pathology from cancer to infertility and birth defects. This compilation examines the effects of environmental chemicals on pregnancy and newborns from nurse's point of view.

**Key words:** Pregnancy, Heavy metals, Foetus, Newborn

1 Dr.; Kahramanmaraş Sütçü İmam Ü. Sağlık Bilimleri Fak. Ebelik Bölümü, Kahramanmaraş

2 Yozgat Bozok Ü. Sağlık Bilimleri Fak. Ebelik Bölümü, Yozgat

## Giriş

Kozmetik ürün; insan vücudunun dış kısımlarına; epiderma, tırnaklar, kıllar, saçlar, dudaklar ve dış genital organlarına veya dişler ile ağız mukozasına uygulanmak üzere hazırlanmış, tek veya temel amacı bu kısımları temizlemek, koku vermek, görünümünü değiştirmek, bunları korumak, iyi bir durumda tutmak veya vücut kokularını düzeltmek olan bütün madde veya karışımlar (1).

Kozmetoloji ise; dermatoloji, plastik cerrahi, kadın doğum ve diş hekimliğinin yanı sıra güzellik merkezleri gibi birçok farklı birimde kullanılan bir uygulama alanıdır. Ayrıca; kırışıklıklardan kurtulmak, vücudun, dişlerin ve genital bölgenin istenen şekilde olmasını sağlamak gibi bireysel konfor temelli uygulamalardır. Ancak bilinçli bir şekilde uygulandığında yarar sağladığı belirtilmekte olup, doğru zamanda doğru kişiler tarafından uygun malzemelerin kullanımıyla sağlıklı sonuçlar elde edileceği vurgulanmaktadır. Kozmetoloji doğru uygulanmadığında ise; yarar yerine zararlı ve geri dönüşümsüz etkileri olan bir alan olarak ifade edilmektedir (2,3).

Günlük yaşamın içine girmiş olan kozmetik kimyasallar kanser, infertilite ve doğum defektleri gibi pek çok patolojinin etiolojisinden sorumlu tutulmaktadır. Kozmetiklerin çoğunluğu deri yoluyla emilim sağlanmakta olup, sistemik toksisiteye yol açabildiği belirtilmektedir. Makyaj ürünlerinden, şampuanlara ve hatta traş losyonlarına kadar pek çok kozmetik üründe sayısız kimyasal ürün kullanılmaktadır (4). Metal toksisitesine bağlı kanser, solunum yolu hastalıkları, organ disfonksiyonları ve mental retardasyon gibi bir çok hastalığın görülebildiği bildirilmektedir (5). Tüm bu bilgilerden yola çıkarak, bu derlemede, ebeklik bakış açısı ile çevresel kimyasalların gebelik ve yenidoğana etkileri incelenmeye çalışılmıştır.

Yaşadığımız çevrede Kurşun (Pb), Kadmiyum (Cd), Nikel (Ni) ve Arsenik (As) gibi toksik metal içeriğe sahip birçok etken bulunmaktadır. Kanser Araştırmaları Uluslararası Ajansı (IARC) göre, Pb bileşikleri ve inorganik Pb 2006'da insanlarda muhtemel kanserler arasında (Grup 2A) sınıflandırılmaktadır (6). Toksik metaller ve çevresel kimyasal kontaminantlarına özellikle oral, inhalasyon ve dermal yollarla maruz kalınmakta olup, etkileri ömür boyu sürebilmektedir. Yaşamın

her dönemi toksik metallerle maruz kalmak tehlikeli olduğu ifade edilmekteki doğum öncesi, doğum ve doğum sonrası yaşamın ilk yılları maruziyetin yol açacağı hasarların geri dönüşümsüz olduğu belirtilmektedir (7). Kurşun, kadmiyum gibi ağır metallerin anne sütünde bulunma durumlarını değerlendiren bir çalışmaya göre; benzer insanlardan kanda bulunan %20 seviyesinde ya da çözünenlerden daha düşük düzeyde anne sütünde ağır metallerin bulunduğu rapor edilmiştir. Bu eritrositlere yüksek bağlanma ve yağın düşük çözünürlüğüne atfedilmektedir. Sonuç olarak, bebeklerin yüksek seviyede ağır metallerle doğumdan önce, emzirme sırasında daha çok maruz kalması olası sonuçlar arasında yer almaktadır (8).

İlk olarak, fetus intrauterin yaşamda çeşitli derecelerde birçok kimyasalla tanıştığı, takip eden süre içerisinde beslenme gibi oral yolla alınan besinler ile maruziyeti devam ettiği bildirilmektedir. Fetus, anneden plasenta yoluyla gelen metil cıva (MeHg), kurşun (Pb), arsenik (As), kadmiyum (Cd) ve selenyum (Se) gibi maddelere maruz kalmaktadırlar. Bu nedenle gebelik ve laktasyon döneminde annenin beslenmesi ve kullandığı her şey önem taşımaktadır (7). Laktasyon dönemlerinde ise; gelişen bebek beyni, çevre toksinlerine karşı hassaslaştığı, anne sütünden geçen ağır metaller doğrudan bebeği etkilediği belirtilmektedir (9). Bu metallerin etki mekanizmalarının ve zararlı etkilerinin ortaya konulması korunma yöntemlerinin belirlenmesi açısından önem arz etmektedir.

Kurşun; Tüketim toplumunda özellikle estetik kaygısı yaşayan bireylerde en fazla kadınların tercih ettikleri güneş koruyucuları, fondötenler, ojeler, rujlar ve diş beyazlatıcı macunlar gibi pek çok üründe kurşun bulunmaktadır. Kurşun toksisitesinde; puberte başlangıcında gecikme, her iki cinsten infertilite ve gebe kadınlarda düşüklere yol açabildiği belirtilmektedir (7,3).

Kurşun vücuttaki birçok organı etkilemesine karşın başlıca sinir sistemini etkilemektedir. Fetus ve çocukların hızlı büyümeleri yüzünden sinir sistemleri kurşun maruziyetine karşı özellikle korunmasızdır. Kurşun plasentadan kolaylıkla geçmekte, böylelikle prenatal dönemde etkene

maruz kalınmaktadır. Yetişkinlerde, Pb' na maruz kalma anksiyete ve depresyon ile ilişkili olduğu tespit edilmiştir. Benzer şekilde, Cd' da nörotoksit bir ajandır. Yapılan insan ve hayvan deneylerinde davranış değişikliklerine sebep olduğu görülmüştür (8).

Oral yoldan maruz kalınan kadmium metalinin hedef aldığı organların başında böbreklerin geldiği belirtilmektedir. Kadmium kaynaklı renal etkilerin ayırıcı özelliği tubuler proteinüria olduğu, idrarda artan kadmium ile idrarda düşük moleküler ağırlıklı proteinler arasında ilişki bulunduğu ifade edilmektedir. Diğer etkilerinin ise; kalsiyum metabolizma bozukluğu, hipercalsiüria, oluşan böbrek taşları ve hamilelikte hipertansiyon olabileceği bildirilmektedir (10).

İnsanlarda karsinogen etkisi olduğu çok iyi bilinen ağır metal olan kadmiyumun, DNA yanlış eşleşmelerinin düzeltilmesini inhibe ederek malignitelere yol açabilmektedir. Bebeklerin beyin gelişimlerini olumsuz etkilediği ve erken doğum riskine neden olduğu ifade edilmektedir. Absorbe edilen kadmium karaciğerlere taşınmakta, metallothionein (MT) sentezini başlatmakta ve MT ile bağ kuran kadmiyum kana karışarak böbrek tarafından işlenmektedir. Bu yolla kadının yaşamı boyunca renal korteksinde kadmiyum bulunmaktadır. Civa ve Kurşunun aksine, çok az kadmiyum plasental yolla aktarılır ve çok az bir oranda süte karışmaktadır (11). Araştırmalar kadmiyum maruziyetinin bazı nörolojik bozukluklarda artırdığını, bunların arasında hiperaktivite ve şiddet eğiliminin olduğu belirtmektedir. Bununla birlikte, gözlemsel klinik veriler sonucunda anksiyete ya da depresyon ve Cd maruziyeti arasında bir ilişki olduğu ifade edilmektedir (10,12).

Pb ve Cd yenidoğanlarda büyümeyi olumsuz etkileyebilmektedir. Yapılan çalışmalar antropometrik arasında ters bir ilişki bildirilmektedir. (Yenidoğan ve plasental veya göbek kordonunun ölçümleri Pb / Cd seviyesi). Bebeklik dönemi ve çocukluk döneminde antropometrik ölçümler Pb maruziyetinden etkilendiği ifade edilmektedir (7).

Ağır metaller dışında günlük kullanım arasında yer alan kozmetik ürünler deri ve eklerini temizlemek

ya da güzelleştirmek amacıyla kullanılmaktadır. Ürün içerikleri incelendiğinde; karbon siyahı, saç boyası, renk açıcılar veya paraben kullanımı gibi ürünler karşımıza çıkmaktadır.

Karbon siyahı makyaj ürünlerinde renklendirici olarak kullanılmaktadır. Fondötenler, eyelinerlar, farlar, maskaralar ve ojelerde bulunur. Kozmetiklerde karbon siyahı konsantrasyonu %0,001 ile % 10 oranında değişir (ojelerde %5, göz makyaj ürünlerinde % 10 konsantrasyonda). Karbon siyahının ratlarda ve farelerde inhalasyon, dermal uygulama ve subkutan enjeksiyon şeklinde uygulamalar sonunda karsinogenik oldukları saptanmış olması nedeniyle IARC tarafından insanlarda muhtemel karsinogenik oldukları belirtilmiştir (4).

Saç boyası içeriğindeki parafenilendiamine bağlı anjiyodem, rabdomiyolize bağlı akut böbrek yetmezliği, intravasküler hemoliz ve methemoglobinemi olguları bildirilmiş olmakla birlikte bu olgular sıklıkla saç boyalarının yanlışlıkla yutulması nedeniyle gelişmiştir (13,14). Saç boyaları mesane kanseri ve lenfoma etiyolojisinde suçlanmışlardır. Mesleki boya maruziyeti (kuaförler, berberler ve güzellik uzmanları) ve mesane kanseri riski ilişkisi ile ilgili 7 kohort ve 11 olgu kontrollü çalışmanın derlendiği bir makalede, boya maruziyetine bağlı rölatif risk 1,4 olarak saptanmıştır. Çalışmaya dahil edilen hastalarda sigara kullanımı gibi mesane kanseri ile kuvvetli ilişkisi olan etiyolojik faktörlerin birlikteliği bilgisi verilmemiştir. Kişisel boya kullanımı ile mesane kanseri ilişkisi hakkında 5 çalışmada ise risk bulunmamıştır (15,16). Aynı derlemede, 9 kohort ve 8 olgu kontrollü çalışma değerlendirilmiş; saç boyası ile lenfoid neoplazm riski araştırılmış, kohort çalışmalarda rölatif risk Hodgkin dışı lenfoma için 1,5 iken multipl myeloma için 1,1 olarak saptanmıştır (15).

Olgu kontrol çalışmalarında ise çalışılan olgu sayısı oldukça azdır. Beş olgu kontrollü çalışmada kişisel saç boyası kullanımı ile lenfoid neoplazm arasındaki ilişki incelenmiş; üçünde Hodgkin dışı lenfoma ve multipl myeloma ile ilişki olabileceği belirtilmiştir. Bu çalışmalar hem lenfoid neoplazmlar hem de saç boyası kullanımını etkileyen sosyal sınıf farkları ve hasta yaşları gibi faktörlerin değerlendirilmemesi açısından eksiktir (15, 16). Yapılan bir çalışmada 1980 öncesi



yıllarda saç boyamaya başlayan kadınlarda foliküler lenfoma ve kronik lenfositik lösemi insidansında artış saptandığı bildirilmiştir (17).

Gebelikte saç boyalarının kullanımının güvenli olup olmadığı şüphelidir. Bu konuda yapılmış geniş kontrollü çalışmaların mevcut olmaması nedeniyle genellikle hekimlerce gebelikte saç boyası kullanımı önerilmemektedir. Hayvan çalışmaları fenilendiamin, aminofenos, etanolamin gibi çeşitli saç kimyasallarına yüksek doz maruziyete bağlı teratojenite riskini göstermiştir. Ancak saçlı deri yanıklarında bile emilim sınırlıdır. Yüksek oranda emilim söz konusu ise kimyasallar fetusa plasenta ile ulaşabilir (18).

2010 yılında bir olgu sunumunda halsizlik, uykusuzluk ve baş ağrısı semptomlarına olan ve uzun süreli boya ve saç boyasına maruz kaldığı belirlenen anne babanın iki çocuğundan brinde 2. kromozomda delesyon ve diğerinde 4, 12, 15 translokasyonu olduğu saptanmıştır. Bu nedenle gebeliğin erken döneminde saç boyaları ve diğer boyalarla uzun süreli maruziyetin embriyo gelişimini etkileyerek kromozomal mutasyonlara neden olabileceği öne sürülmüştür (19). Gebelik ve emzirme döneminde saç boyası ve saç düzleştirici kimyasal kullanımı ile lenfoproliferatif hastalık ilişkisini inceleyen multimerkez bir çalışmada 1. trimesterde kullanımı erken yaşta ALL (akut lenfoblastik lösemi), emzirme döneminde kullanımı ise AML(Akut miyeloid lösemi) gelişimi ile ilişkili bulunmuştur (20).

Renk açıcı kremler başta civa olmak üzere ağır metaller, hidrokinon ve kortikosteroid içerebilirler. Bir çocuk olguda %2 hidrokinon içeren renk açıcı solüsyonun yutulmasına bağlı status epileptikus gelişimi bildirilmiştir (21). Civa içeren kremler toksisiteleri nedeniyle artık sık kullanılmamakla beraber; hala karışım olarak kullanılabilmektedir. Bu kremler halk arasında aklık kremi ya da arnavut kremi olarak bilinmektedir. Civa yüksekliği ile başvuran hastalarda renk açıcı kremlerin kullanılıp kullanılmadığı yönünde hasta sorgulaması atlanmamalıdır.

İnsanlar uc değişik civa formuyla temas edebilir; elemental civa, inorganik civa ve organik civa (11). İnsanların inorganik civa temasında en önemli kaynak amalgam diş dolgusudur (22).

Metil civa temasında civa ile kirlenmiş sularda yaşayan büyük balıklar en önemli kaynaktır (23).

Organik Hg bileşikler yağda çözünür, organik yapısı ve kısa hidrokarbon zinciri olması nedeniyle kolayca gastrointestinal sistemden emilir. Metilciva kan-beyin bariyerinden, plasentadan ve sut kanallarından geçer. Metilciva esas olarak gaita ile vucuttan atılır. Metilcivanın önemli bir kısmı bağırsaklarda demetilasyona uğrayarak inorganik civa formunda atılır. Anne sacı Hg düzeyi, anne kanı ve kord kanı ile ilişkisinden dolayı fetusun intrauterin Hg temasını gösteren bir belirtectir. Grandjean ve ark. gebeliği boyunca balina eti yiyen annelerin sac Hg düzeyi ile kord kanı Hg düzeyi arasında pozitif korelasyon bulmuşlardır. Yüksek kord kanı ve anne sacı Hg düzeyleri artmış balık eti tüketimi (özellikle balina), ileri anne yaşı, doğum sayısının fazlalılığı ile ilişkili bulunmuştur (24).

Civa, küçük çocukların üzerindeki zehirli etkileri, çevrede yaygın bir şekilde bulunması, düşük miktarlarda bile yüksek zehirliliği ve biyolojik sistemlere girebilmesi dolayısıyla bir toplum sağlığı meselesidir. Bebekler civaya anne sütü aracılığıyla maruz kalıyor olabilir. Civa ve metil civa insanlara nörolojik toksisitandır. Ek olarak, metil civa olası insan kanserleri sınıflandırmasında C grubudur (10).

Bir bildiride civa içeren renk açıcı kremlerin 2-6 ay arasında kullanılmasına bağlı 4 olguda böbrekte minimal değişiklik hastalığı saptanmıştır. Tüm olguların kadın olduğu ve olgularda 8,35-20,69 g/d düzeyinde şiddetli proteinüri varlığı saptanmış olup tüm hastalarda renal biyopsi sonucunda minimal değişiklik hastalığı tanısı konulmuştur. Hastalarda renk açıcı kremlerin kullanımı sonlandırılmıştır (25).

Bir başka bildiride ise 42 yaşında bir kadında renk açıcı olarak uzun süreli yüksek içerikli (%17,5) civa içeren krem kullanımına bağlı yüzde civaya bağlı hiperpigmentasyon, kanda ve idrarda yüksek civa seviyeleri ve nöropsikiyatrik bulgular saptanmıştır. Sıklıkla yüksek oranda civa içeren kremler paketli ürünler olmayıp eczanelerde özel olarak hazırlanan yapma ilaçlardır, bu nedenle eczacıların da kozmetik ürün toksisitesi hakkında bilgilendirilmesi önem taşımaktadır (26).

Perineal bölgeye talk pudra kullanımı ile over kanser riskine artış olduğu belirtilmiş olmakla birlikte net doz ve risk ilişkisi saptanamamıştır. Talk, bir magnezyum silikat mineralidir. 2006'da uluslararası kanser araştırma ajansı (IARC) perineal talk kullanımının insanlarda muhtemel karsinogenik olduğunu belirtmiştir. Endometrium kanseri ile ilişki ise gösterilememiştir (27).

Parabenler kozmetik ürünlerde, ilaçlarda ve gıdalarda antimikrobiyal amaçlı kullanılan koruyuculardır. Ucuz olmaları ve düşük toksisiteye sahip olmaları nedeniyle tercih edilirler. Kozmetik ürünlerde günlük kullanılan paraben içeriğinin, erişkinlerde 17,76 g, yeni doğanlarda 378 mg olduğu tahmin edilmektedir (28). Parabenler sindirim yoluyla alınabilir ya da kullanılan topikalere bağlı deriden absorbe olabilirler. Stratum korneuma penetrasyon sonrasında keratinositlerde parahidroksibenzoik asite hidrolize olurlar ve karaciğerde glisin, sülfat ya da glukronat ile konjuge olabilirler. Feçes ve idrarla atılırlar. Kronik maruziyet sonrasında dahi depolanmazlar (29). Parabenler östrojen reseptörlerine bağlanarak östrojenik etki gösterirler. Östrojenik etkilerinden dolayı meme kanseri ve erkek infertilitesi etiyolojisinde yer almaktadır. Invitro ortamda insan meme kanser hücrelerinin büyümesini tetikledikleri gösterilmiştir. Meme kanserlerinin sıklıkla üst dış kadranda olması, bu alanın da antiperspirant uygulanan alanda olması bu şüpheyi desteklemektedir.

Fareler üzerinde yapılan bir deneyde gebelik ve emzirme döneminde annenin yüksek dozlarda butilparaben maruziyetinin (100mg/kg dozda subkutan uygulama) epididimiste sperm sayı ve motilitesinin azaldığı gösterilmiştir (30). Çeşitli genotoksik çalışmalarda parabenlerin genel olarak mutajenik olmadıkları belirtilse de etil ve metilparabenlerin hamster over hücrelerinde kromozomal anomalileri arttırdığı saptanmış olmakla birlikte parabenlerin maternal toksisite oluşturan dozlarda dahi fetal anomali oluşturmadığı hayvan çalışmalarında gösterilmiştir (28).

### Sonuç ve Öneriler

Yaşamın her döneminde kullanılan ürünlerin toksisite oranlarının bilinerek kullanılması gerekmekte olup, gebelik döneminde fetal

yaşama olumsuz etkileri bakımından hassasiyet gösterilmesi gerekmektedir. Günümüzde kozmetik ürünlerin bir sınıflandırmasının olmaması, yapılan çalışmaların azlığı nedeni ile tüketicilerin ürün kullanımı konusunda hassas davranmaları gerekmektedir. Deneysel çalışmaların artırılmasıyla ürünlerin içeriklerinin zararsız olduğu kanıtlanana kadar kozmetik ajanlara şüphe ile yaklaşılması önerilmektedir. Araştırmacıların kullanılan kozmetik ürünlerin potansiyel riskleri açısından içindekilerin yaş, cinsiyet, uygulama bölgesi, uygulama süresi vb., değişkenler göz önünde bulundurularak değerlendirilmesi ve sonuçların toplumda tüm bireylere ulaştırılacak şekilde eğitim programlarının oluşturulması, denetleyici kurumların ürünlerin ruhsatlarının olup olmasının takibini yapması ve gerektiği noktada caydırıcı cezaların uygulanmasını sağlaması, ilaç gibi takip sistemleri ile kullanılıp süregelen etkilenim açısından bireylerin izlenmesi konularında daha fazla çalışma sürdürmesi toplum sağlığı açısından büyük önem taşımaktadır.

Bu alanda yapılacak çalışmaların sayıca artırılmasının yanı sıra, gebelik dönemindeki kadınların sağlık çalışanları özellikle de ebeler tarafından bilgilendirilmesi intrauterin fetüs sağlığı açısından olumlu katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

**İletişim:** Dr. Aysel Bulez

**E-posta:** ayselbulez@hotmail.com

### Kaynaklar

1. Resmi Gazete. Kozmetik ürün veya hammaddelerinin etkinlik ve güvenlik çalışmaları ile klinik araştırmaları hakkında yönetmelik. 2015; sayı:29481, madde 4(i).
2. Yalvaç S, Kandemir NÖ. Gebelikte kozmetoloji: yüz-cilt bakımı, makyaj ve saç boyalarının gebeliğe etkisi. Türkiye Klinikleri. Journal Of Gynecology And Obstetrics Special Topics. 2013; 6(3): 46-50.
3. John EM, Savitz DA, Shy CM. Spontaneous abortions among cosmetologists. Epidemiology. 1994; 5(2): 147-155.
4. Baan R, Straif K, Grosse Y, Et al. Carcinogenicity of carbon black, titanium dioxide, and talc. The Lancet Oncology. 2006;7: 295-6.
5. Ayenimo JG, Yusuf AM, Adekunle AS, Makinde OW. Heavy metal exposure from personal care products. Bulletin Of Environmental Contamination And Toxicology. 2010; 84:814.

6. Güler Ç, Çobanoğlu Z. Kimyasallar Ve Çevre. Çevre Sağlığı Temel Kaynak Dizisi, 1997; 50. Erişim Tarihi: 23.10.2018. Erişim Adresi: <https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/css5.pdf>
7. Çağlar AB, Saral S. Kozmetolojide toksisite sorunu. Turkish Journal Of Dermatology. 2014; 8(4).
8. Örün E, Yalçın SS, Aykut O, Orhan G, Morgil, GK, Yurdakök K, Uzun R. Breast milk lead and cadmium levels from suburban areas of Ankara. Science Of The Total Environment. 2011; 409(13): 2467-2472.
9. Hallen IP, Jorhem L, Lagerkvist BJ, Oskarsson A. Lead and cadmium levels in human milk and blood. Science Of The Total Environment. 1995; 166(1-3):149-155.
10. Goudarzi MA, Parsaei P, Nayeypour F, Rahimi E. Determination of mercury, cadmium and lead in human milk in Iran. Toxicology And Industrial Health. 2013; 29(9): 820-823.
11. Clarkson TW. Human Toxicology Of Mercury. J Trace El Exper Med. 1998; 11:303-317.
12. Clarkson TW, Vyas JB, Ballatori N. Mechanisms of mercury disposition in the body. American Journal Of Industrial Medicine. 2007;50(10): 757-764.
13. Abdelraheem M, Ali El T, Hussien R, Zijlstra E. Paraphenylene diamine hair dye poisoning in an adolescent. Toxicology And Industrial Health. 2011; 27: 911-3.
14. Ryoo SM, Sohn CH, Oh BJ, Et Al. A case of severe methemoglobinemia caused by hair dye poisoning. Human & Experimental Toxicology. 2014;33:103-5.
15. Turati F, Pelucchi C, Galeone C, Et Al. Personal hair dye use and bladder cancer: a meta-analysis. Annals Of Epidemiology. 2014;24:151-9.
16. La Vecchia C, Tavani A. European Journal Of Cancer Prevention : The Official Journal Of The European Cancer Prevention Organisation. 1995;4:31-43.
17. Zhang Y, Sanjose SD, Bracci PM, Et Al. Personal use of hair dye and the risk of certain subtypes of non-hodgkin lymphoma. American Journal Of Epidemiology. 2008;167:1321-31.
18. Bozzo P, Chua-Gocheco A, Einarson A. Safety of skin care products during pregnancy. Can Fam Physician. 2011;57:665-7.
19. Xie J, Liu YH, Li LF, Wu YM. A clinical analysis of fetal chromosomal aberration induced by paint and hair dye. Journal Of Southern Medical University. 2010;30:1651-3.
20. Couto AC, Ferreira JD, Rosa AC, Et Al. Pregnancy, maternal exposure to hair dyes and hair straightening cosmetics, and early age leukemia. Chemicobiological Interactions. 2013;205:46-52.
21. Burns JM, Marino A, Manno M, Et Al. Status epilepticus in a child secondary to ingestion of skin-lightening cream. Pediatric Emergency Care. 2013;29:662-4.
22. Davidson, PW, Myers, GJ, Weiss B. Mercury exposure and child development outcomes. Pediatrics. 2004;113:1023-29.
23. World Health Organization (WHO) Regional Office For Europe. Mercury Air Quality Guidelines. 2000; Second Ed. Chapter 6.9, 1-15. Copenhagen, Denmark. Erişim tarihi: 20.02.2017 Erişim adresi: [Http://www.Euro.Who.Int/Document/Aiq/6\\_9mercury.Pdf](http://www.Euro.Who.Int/Document/Aiq/6_9mercury.Pdf)
24. Grandjean P, Weihe P, Jorgensen PJ, Clarkson T, Cernichiari E, Videro T. Impact of maternal seafood diet on fetal exposure to mercury, selenium, and lead. Arch Environ Health. 1992; 47(3):185-95.
25. Tang HL, Mak YF, Chu KH, Et Al. Minimal change disease caused by exposure to mercury-containing skin lightening cream: a report of 4 cases. Clinical Nephrology. 2013;79:326-9.
26. Dyall-Smith DJ, Scurry JP. Mercury pigmentation and high mercury levels from the use of a cosmetic cream. The Medical Journal Of Australia. 1990;153:409-10.
27. Neill AS, Nagle CM, Spurdle AB, Webb PM. Use of talcum powder and endometrial cancer risk. Cancer Causes & Control: CCC. 2012;23:513-9.
28. Crinnion WJ. Toxic effects of the easily avoidable phthalates and parabens. Alternative medicine review. A Journal Of Clinical Therapeutic. 2010;15:190-6.
29. Larsson K, Ljung Bjorklund K, Palm B, Et Al. Exposure determinants of phthalates, parabens, bisphenol a and triclosan in swedish mothers and their children. Environment International. 2014;73:323-33.
30. Kang KS, Che JH, Ryu DY, Et Al. Decreased sperm number and motile activity on the f1 offspring maternally exposed to butyl p-hydroxybenzoic acid (Butyl Paraben). The Journal Of Veterinary Medical Science / The Japanese Society Of Veterinary Science. 2002;64:227-35.

Melek Ardahan<sup>1</sup>, Ceren Akdeniz<sup>2</sup>

Geliş/Received : 30.10.2017  
Kabul/Accepted : 02.04.2018

### Öz

Gün geçtikçe mobil teknolojilerin kullanımının artmasıyla mobil sağlığın, sağlık sistemleri içerisindeki yeri daha da önem kazanmaktadır. Mobil sağlık, mobil telefonlar, hasta takip araçları, kişisel dijital asistanlar gibi mobil teknolojiler ve iletişim araçları ile sağlık hizmetlerinin sunulması olarak tanımlanmaktadır.

Toplumu hastalıklar hakkında bilinçlendirme, sağlıklarını korumaları ve sürdürmeleri konusunda yönlendirme ve uyarılarda bulunma amacıyla mobil sağlığın günümüzde önemli gelişmelere yol açacağı düşünülmektedir. Mobil teknolojilerin sağlık sisteminde kullanılmasıyla da hemşirelik hizmetlerinin etkili bir şekilde yürütülmesinde büyük avantajlar sağlayacaktır. Bu derlemede de, günümüzün sağlık sisteminde yeni bir kavram olan mobil sağlığın sağlık sistemindeki ve hemşirelik hizmetlerindeki yeri ele alınmaktadır.

**Anahtar sözcükler:** Hemşirelik, Sağlık hizmetleri, Mobil teknoloji

### Abstract

As mobile technologies are used more and more widely, the place of mobile health in health systems gains further importance. Mobile health is defined as delivery of health services through mobile technologies and means of communication like mobile phones, patient follow up instruments and personal digital assistants.

It is considered that mobile health will provide significant opportunities in our day in informing and warning communities about diseases and ways of protection and sustaining their health. The use of mobile technologies in health systems will bring along significant advantages in delivery of nursing services. This compilation addresses the place of mobile health as a new concept in in our present day health system and nursing services.

**Key words:** Nursing, Health services, Mobile technology

1 Doç. Dr.; Ege Ü. Hemşirelik Fak. Halk Sağlığı Hemşireliği AD, İzmir  
2 Dr.; Ege Ü. Hemşirelik Fak. Halk Sağlığı Hemşireliği AD, İzmir



## Giriş

Mobil teknolojilerin gün geçtikçe kullanımının artması ve ucuz hale gelmesi değişik sektörler için imkânlar sunmuştur. Pazarlama, üretim, finans gibi sektörlerin yanı sıra sağlık hizmetleri alanında da mobil teknolojiler artarak kullanılmaya başlanmış ve mobil sağlık uygulamalarının sayısında artışa neden olmuştur. Mobil teknolojilerin sunduğu hizmetler ile sağlık alanının ve kişisel sağlığın gelişmesinin önünü açmıştır (1,2,3,4). Toplumu bilinçlendirme, hastalıklar hakkında uyarılarda bulunma ve yönlendirme amacıyla mobil sağlığın, sağlık hizmetlerinin sunumunda önemli gelişmelere yol açacağı düşünülmektedir (5,6). Şöyle ki; nüfusun az olduğu kırsal kesimlerde doktor, bazen hemşire/ebe bulunmazken, cep telefonu olan bireye sağlık hizmeti götürmek mümkün olabilecektir (7).

Mobil sağlık (m-Sağlık) doktorlar, sağlık çalışanları, sağlık hizmet sunumcularının (hastaneler, mobil sağlık kuruluşları, ortak sağlık ve güvenlik birimleri-OSGB'ler, eczaneler, vb.) yanı sıra hemşirelik hizmetlerinin sunum şeklini de etkilemekte ve hemşirelik hizmetlerinin gerçekleşmesinde büyük avantajlar sağlamaktadır. (8). Bu derlemenin amacı da gelişen teknolojik gelişmelerle birlikte ortaya çıkan mobil sağlığın, sağlık hizmetlerinde ve hemşirelik hizmetlerinin sunumundaki yeri ve önemi hakkında hizmeti alanlara ve özellikle hemşirelere bakış açısı katmaktır.

## Mobil Sağlık

Günümüzde m-Sağlık'ın standart bir tanımı olmamakla birlikte, Dünya Sağlık Örgütü, mobil sağlığı, tıbbi sağlık uygulamalarının mobil telefonlar, hasta takip araçları, kişisel dijital asistanlar gibi mobil teknolojiler ile desteklenen halk sağlığı uygulamaları olarak tanımlamaktadır (9). Ulusal Sağlık Enstitüleri Vakfı (Foundation for the National Institutes of Health)'na göre mobil sağlık, mobil iletişim cihazları aracılığı ile sağlık hizmetlerinin sunulmasıdır (10).

Tele sağlık kavramı; sağlık personeli ile hasta, öğrenci ve diğer sağlık personeli arasında iletişim teknolojilerinin kullanılması ile sağlık verilerinin, bakım bilgisinin, eğitimin, telekomünikasyon aracılığı ile paylaşılması olarak ele alınmıştır (11,12). Günümüzde mobil sağlık ile bu

teknolojileri her bir birey için kullanmak mümkün kılınmıştır. Yani mobil cihazlar tüketicilerin sahip olabileceği en kişisel teknolojiyi oluşturmakta ve kişilerin paylaşım ve iletişimde kişisel tercihlerini kullanmalarını mümkün kılmaktadır. Mobil teknolojiler aynı şekilde, geniş kitlelere sağlık ve iyilik hali (wellness) sağlanmasında kullanılabilmektedir (5,6,10,13).

Toplumu bilinçlendirme, hastalıklar hakkında uyarılarda bulunma ve yönlendirme amaçlı SMS mesajlarından, görüntülü tele konsültasyon ve tele ziyaret uygulamalarına; cep telefonundan veya internet sitesinden randevu almaktan, taşınabilir veya giyilebilir cihazlardan tıbbi verilerin gönderilmesine; bireyin akıllı telefon uygulamaları ile kendine renk körlüğü testi uygulamasından, uzaktan kronik hastalık yönetimine kadar çok geniş bir yelpazede uygulama alanı bulmaktadır. Mobil sağlık hem gelişmekte olan hem de gelişmiş ülkelerde yaygınlaşmaktadır (1,5,7,13,14,15,16,17).

## Mobil Sağlık Teknolojileri

### Oyunlaştırma

Oyunlaştırma, bireylerin kendi sağlıklarını ve davranışlarını kontrol edebilmesi için eğlenceli ve cazip aktiviteler ile oyun tekniklerinin kullanıldığı uygulamalardır (18).

### Taşınabilir Tıbbi Cihazlar

Taşınabilir tıbbi cihazlar ile kişilerin sağlık durumlarının uzaktan izlenmesi ve bakımı sağlanabilmektedir. Taşınabilir cihazlar, çevrim-içi ve çevrim-dışı çalışabilmekte, gün içerisinde verileri toplayıp, internete bağlandığı zaman veri aktarımı yapabilmektedir (1,4,19,20).

### Giyilebilir Teknolojiler

Medikal anlamda genel olarak sağlık durumunu izleme, tanı koyma ve tedavi gibi ana başlıklar altına alabileceğimiz giyilebilir teknolojiler hem klinik (nabız, şeker seviyesi) hem de davranışsal (yürüme, merdiven çıkma) veri toplama amacıyla kullanılmaktadır. Bu cihazların kullanıcıları, genç, spora meraklı ve harcama eğilimi yüksek bir kitledir (5,16,21,22).

### Evde Bakım Teknolojileri

Evde bakım kavramı son yıllarda teknoloji ile birleşip, teknolojik evde bakım konseptinin hayatımıza girmesini sağlamıştır. Bu konseptin

amacı, sağlık kuruluşuna ihtiyaç kalmadan hastanın tüm sağlık ihtiyaçlarını evde sağlayabilmektir (13,23).

### **Akıllı Telefon Sağlık Uygulamaları (Aplikasyonlar)**

Akıllı mobil telefon sayısındaki artışa paralel olarak mobil sağlık uygulamaları, gelişmiş ülkelerde artan oranda kullanılmaya başlanmıştır. Hastalıkların tedavi edilmesi, sağlık okuryazarlığının artırılması ve davranış değişikliği sağlamak üzere yürütülen programlarda teşhis, tedavi, izleme gibi süreçleri kolaylaştırıcı fırsatlar da sunulmaktadır (1,15,24,25).

### **Mobil Sağlıkta Kısa Mesaj (SMS) Kullanımı**

Sağlık kuruluşlarına maliyet yönetimi, bireylere ise yaşam kalitesi açısından katkı sağlayan uygulamalardır. SMS ile randevu hatırlatma, kronik hastalık yönetimi, sağlık uyarıları, durum verisi toplama gibi kullanım alanları mevcuttur (1,4,13,15,26).

### **Mobil Sağlık Alanındaki Örnek Uygulamalar**

**Dünyada Mobil Sağlık Uygulama Örnekleri**  
Dünya Sağlık Örgütü'nün 2011 senesinde mobil sağlık ile ilgili yaptığı araştırmada, 112 üye ülkenin %83'ünden ülkelerinde en az bir mobil sağlık girişi/ projesi gerçekleştirildiği raporlanmıştır. Bu ülkelerin %75'inden 4 ve daha fazla proje raporlanmış, sadece 19 ülkeden herhangi bir mobil sağlık girişi bildirilmemiştir. Söz konusu araştırma incelendiği zaman, bu tür projelerin çoğunun pilot proje olması, sektörün henüz başlangıç aşamasında olduğunu göstermektedir (27).

Dünyada kullanılan veya henüz pilot proje aşamasında olan mobil sağlık örnekleri;

**Mango Health:** Oyunlaştırma uygulamasıdır. Uygulama, bireylere ilaç kullanım kontrolü sağlamaktadır. İlacın dozu, saati, ilaç bilgileri hatırlatılır ve kullanıcı ilaç takvimine uyduğunda ise oyunda puanlar kazanabilmektedir (13).

**Change Talk (Childhood Obesity and Overweight):** Çocukluk çağı obezitesine yakalanan hastalar ve hasta yakınlarının daha etkili iletişim kurabilmeleri için geliştirilmiş bir uygulamadır. Bu uygulama ile hastanın güdülenmesini artırmak, sağlık davranışlarında

değişiklik yapmak amaçlanmaktadır. Uygulama, sanal pediatrist (sağlık çalışanı) ile çocukluk çağı obezitesi hastası ve annesi arasında kurgulanmıştır. Sanal hasta ve annenin davranışları pediatristin sorularına göre değişmektedir (2).

**Google'un akıllı kontak lensi:** 7/24 kişinin kan glukoz değerlerini doktora göndermektedir. Google'ın yeni teknolojik buluşu akıllı kontak lensler gözyaşından glukoz seviyesini ölçmektedir (28).

**Spread the Message Stop the Virus:** Royal Nederland Üniversitesi (Hollanda) tarafından 2008'de ve 2009'da Uganda'da gerçekleştirilen bu proje ile Mabarara Bölgesi'nde yaşayan aktif olarak mobil kullanan 15.000 kişi hedeflenmiştir.

HIV/AIDS hastalığına karşı farkındalığı artırmak ve danışmanlık almaya yönelten çalışmada binlerce cep telefonu kullanıcısı SMS ile gönderilen HIV/AIDS testini cevaplandırdıktan sonra konu hakkında bilgi sahibi olmaları için mesajlar gönderilmiştir (29).

### **SMS to Monitor Malaria in Remote Areas:**

Uganda Sağlık Bakanlığı; Innovative New Diagnostics Vakfı (FIND) tarafından düzenlenen pilot projedir.

Proje amacı, sağlık çalışanlarının birbirlerine SMS yoluyla sıtma sonuçlarının bildirmesini ön gören ve merkezle irtibatlandıran, saha çalışmasını çok çabuk bir şekilde hastalık izlemesine çeviren bir çalışmadır (30).

**X out TB projesi:** Massachusetts Institute of Technolog (MIT) (İngiltere) tarafından Nikaragma'da yaşayan tüberküloz hastalarında tedavi şansını artırmak için ilaç alım izlemiyle birlikte idrar tahlili yapmalarını sağlayan ve idrar tahlili kutusu üzerinde yazılı olan kodu hastaların mobil telefon aracılığıyla bildirmesini ön gören bir çalışmadır (31).

**Wired Mothers:** Kopenhag Üniversitesi'nin başlattığı ve Tanzanya Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı ile ortaklaşa çalıştığı projedir. Tanzanya (Zanzibar)'da anne ve yeni doğan ölümlerini azaltmak amacıyla gebeleri rutin doğum öncesi bakım randevularına katılmaya, nitelikli doğum

görevlilerini yerine getirmelerine ve doğum sonrası bakıma erişmeye teşvik eden SMS hatırlatıcıları sağlayan pilot proje geliştirilmiştir. Bu pilot projeye yaklaşık 8.836 gebeye ulaşılmıştır (9).

**Real-Time Biosurveillance Program:** Hindistan ve Sri Lanka'da epidemik salgınlara mani olabilmek için köy hemşirelerinin cep telefonu ve bir yazılım aracılığı ile hastalık durumlarını girmesine dayanan erken uyarı sistemidir. Periyodik olarak (günde ortalama bir kez) epidemiyolog, bilgiyi, web arabirim yazılımını kullanarak analiz eder. Herhangi bir sorunda sağlık çalışanlarını aynı yolla bilgilendirir (32).

**Text4 Baby:** Gebe ve anne adaylarına gebelik konusunda destek olmak amacıyla Hispanik Amerikan geliştirmiştir.

Bu uygulamada gebe; gebelik ayı, yaşı gibi bilgiler hakkında mesaj atar. Mesaj bilgilerine yönelik anne adayına haftada en az 3 kez gebelik dönemiyle ilgili ipuçları gönderilir (33).

**Skin Scan:** Nevus analiz programıdır. Benlerin düşük, orta veya yüksek risk özelliklerini göstermektedir. Nevusun fotoğrafı çekilir ve cep telefonuna yüklenir. Fotoğraf analizi sonucuna göre atipik özellik görüldüğünde dermatoloğa yönlendirilir (34).

**Türkiye'de Mobil Sağlık Uygulama Örnekleri**  
**Merkezi Hekim Randevu Sistemi (MHRS):** Bu uygulama ile Bakanlığa bağlı hizmet sunmakta olan tüm hekimlerden, telefon ve internetin yanı sıra, mobil cihaz uygulamalarıyla da muayene randevusu alınması sağlanmıştır. 2011 sonuna gelindiğinde 80 ilde kullanılan sistemdir (35).

**enVision mobil:** Sağlık çalışanları EBYS (Elektronik Belge Yönetim Sistemi) yazılımında işlerini sınırlı ölçülerde cep telefonları üzerinden enVision mobil uygulama ile gerçekleştirebilmektedir (11).

**Sağlık Bakanlığı Mobil Uygulama:** Mobil cihaz uygulaması, güncel Bakanlık haberlerinin okunması, obezite konusuna dikkati çekmek amacıyla kişilerin kendi kilo ve boy bilgilerini ilgili alanlara girerek vücut kitle indeksini hesaplayabilmesine yarayan ücretsiz bir sağlık

uygulamasıdır (13).

**İlaç Takip Sistemi (İTS):** Sağlık Bakanlığı tarafından karekod (QR kod) yöntemini kullanarak cep telefonlarına yüklenen özel yazılım aracılığıyla kodların tanıtılıp ilacın sahte olup olmadığını anlamak amacıyla oluşturulan projedir. Eğer ilaç, veri tabanında gözüküyorsa sistem otomatik uyarı ile ilgili merkezi, durumdan haberdar edebilmekte ve Bakanlık bu duruma müdahale edebilmektedir (36).

**En Yakın Eczane:** Kişilerin bulundukları yerlere yakın eczaneleri öğrenebilmelerini sağlayan akıllı telefon uygulamasıdır (37).

**eNabız:** Kişisel sağlık kayıdır. Akıllı telefon, tablet ve web üzerinden vatandaşın tıbbi verilerine ulaşmasını, doktorunu görmesi için yetkilendirmesini sağlayan uygulamadır (38).

**Aile Hekimim Kim:** Bireylere, kendi aile hekimlerini öğrenebilmesini sağlayan akıllı telefon uygulamasıdır (39).

#### **Mobil Sağlığın Avantajları**

m-Sağlığın sağlayabileceği imkan ve fırsatlar neredeyse sınırsızdır. Sağlık çalışanları arasında iletişim aracı olarak işlev görebilmesinin yanı sıra kişilerin sağlık durumunu uzaktan izleyip raporlandırabilen cihazlardır. Ayrıca mobil cihazların kişileri egzersiz yapma ve ilaçlarını alma konusunda motive eden araçlar olabilme özellikleri vardır (40).

Mobil sağlığın avantajları ise aşağıdaki gibi özetlenebilir;

- Daha iyi tanı ve tedavi,
- Kendi sağlıklarını sürdürebilen sağlıklı bireyler,
- Artan koruyucu sağlık uygulamaları,
- Kronik hastalıkların daha etkin takibi,
- Sürdürülebilir bir sağlık sistemi,
- Sağlık çalışanları için, harcanan zamandan tasarruf
- Daha az hastane yatış ihtiyacı nedeniyle maliyetlerde azalma olacaktır.

m- Sağlığın sunabileceği imkanlar oldukça fazla olmasına karşın sağlık hizmetlerinin önemli ve riskli bir alan olduğu unutulmamalıdır. Bundan

dolayı mobil uygulama geliştirilirken dikkatli ve özenli olunması önemli bir kriterdir (13,27,41).

### **Mobil Sağlığın Dezavantajları**

Mobil sağlığın dezavantajlarından biri maliyet yapısıdır. Her ne kadar gün geçtikçe teknoloji ucuzlasa da mobil sağlık teknolojileri için kimin ödeme yapacağının karmaşası ortaya çıkmaktadır.

Mobil sağlık teknolojilerinde birey, bilgiye ulaştığında, bilgiyi anlamada ve değerlendirmede sağlık okuryazarlığı düzeyi belirleyici olmaktadır. Sağlık okuryazarlığı düzeyi düşük olan bireyler sağlıkları için mobil teknolojileri kullanamayabilirler. Bu durum mobil sağlık için olumsuzluklar yaratmaktadır (16,25).

Yeni teknolojilerin veya pilot projelerin ne yazık ki çok fazla gücünü ve yeterliliğini kanıtlayan ölçüm çıktıları bulunmamaktadır. Bu durum da mobil teknolojilerin etkinliğini kanıtlamada olumsuzluklar yaratmaktadır (42).

Mobil sağlığın bir diğer dezavantajı ise; sağlık sunucusundan kaynaklanan engellerdir. Hizmet sunucusu tarafından rekabetin çok güçlü olması ve birbirlerinin başarılı uygulamalarını kullanmayı tercih etmemeleri nedeniyle iki farklı hastanede iki farklı uygulama kullanılacaktır. Bu sebeple hastanelerde kullanılan uygulamaların birbiriyle uyuşmaması sonucunda hastalar kendi tıbbi bilgisine ulaşamayabilecektir (16)

### **Mobil Sağlık ve Hemşirelik**

Teknolojideki gelişmeler ve yaşlı nüfusun artmasına bağlı olarak, kronik hasta sayısının ve evde bakım hizmetleri kapsamının genişlemesi, hemşirelik hizmetlerinin sunum şeklini de etkilemektedir. Bu nedenle hemşireler, hasta bakımlarını ve mesleki bilgilerini geliştirmek için teknolojiyi izlemeli ve kullanmalıdırlar (8). Geçmişte tele hemşirelik uygulamaları, gelişen teknoloji ile birlikte mobil sağlığın ortaya çıkmasıyla hemşireye düşen görev ve sorumluluklar yeni bir boyut kazanmıştır. Özellikle kronik hastaların kendi kendine sağlık yönetimine ağırlık verildiği birinci basamakta m-sağlık teknolojileri kritik öneme sahiptir. Hemşireler, hastalıkları önleyici ve koruyucu bakımda m-sağlık teknolojilerinin farkındalığını ve kullanılabilirliğini arttırarak hastaları kendi bakımlarını proaktif bir şekilde yönetmelerinde rol oynamaktadırlar. Mobil

sağlık teknolojilerini kullanarak kişisel sağlık yönetiminde hemşireler, bireylere bu teknolojileri öğretmek için öncelikle teknoloji araçlarının sınırlılıklarını, kapasitesini ve hangi hastaya ne tür mobil sağlık aracı kullanılması gerektiğini bilmelidir. Örneğin; obezite sorunu olan hastalara hemşire, giyilebilir bir fitness izleme cihazının seçimi ve kullanımı konusunda eğitim vererek kullanmasını sağladıktan sonra hastayı evine gönderebilir. Bu şekilde hastayı evden takip edebilmektedir (12).

Mobile sağlık; hasta eğitimini, hastalıkların önlenmesini, tanı ve tedavi yöntemlerinin gelişmesini, daha az sağlık bakım harcamalarını, sağlık bakım servislerini ve kanıta dayalı araştırmaların potansiyel olarak gelişmesini sağlayan ve hızla büyümekte olan bir alandır. Hemşirelik alanındaki m-sağlık uygulamaları;

- Gelecekte hemşirelik bakımının ve eğitiminin uygulanmasında fırsatlar sunar.

- Hemşirelerin iş yükünü azaltır.

- Birbirlerine uzak mesafede bulunan sağlık personelleri arasında iletişim sağlar.

- Yakınında sağlık birimi olmayan veya sağlık birimine çeşitli nedenlerle ulaşamayan hasta ya da sağlıklı bireylerin durumları moniterize edilebilir. Böylece daha fazla hastaya kısa sürede ulaşmayı sağlar.

Sonuç olarak, uygulamalar ile talep edilen sağlık hizmetleri yerine getirilmekte, bireyler eğitilmekte, yüksek risk grubundakilere danışmanlık yapılmakta, kronik hastalığı olan hastalarla iletişim sürdürülmektedir (43).

Her sağlık hizmetinin sunumunda olduğu gibi mobil sağlık alanındaki hemşirelik uygulamalarının gerçekleşmesinde de bazı engeller vardır. Bunlar; mesleki eğitim, yetkilendirme standartları ve politikaları konusunda yaşanan belirsizlikler, teknoloji kullanımında eğitsel ve uygulamaya yönelik sınırlılıklar, kurumların ve toplumun teknolojik donanımındaki sınırlılıklar yanında uygulamada hemşirelerin mesleki özerkliğinin sınırlı olması şeklinde sıralanabilir. Ancak, toplumumuzun yaşam şeklindeki ve sağlık hizmetlerine olan gereksinimindeki değişimler mobil alandaki hemşirelik uygulamalarını gerekli kılmaktadır. Hemşireler, mobil sağlık alanındaki



engelleri tanımlamalı, hemşirelik hizmetlerini ona göre planlamalıdır (23).

### Sonuç

Mobil teknolojilerin gün geçtikçe daha güçlü ve ucuz hale gelmesiyle gelecekte, sağlık sektöründe, mobil sağlığın önemli bir yere sahip olacağı düşünülmektedir. Mobil sağlık teknolojileri, kronik hastalıkları daha etkin tedavi ederek, sağlık çalışanlarının birbirleriyle iletişimini arttırarak, hastaneye yatış süresini azaltarak ve dolayısıyla tedavi masraflarını da düşürerek daha etkin ve sürdürülebilir bir sağlık sistemi oluşturacaktır.

Toplumumuzun yaşam şeklindeki ve sağlık hizmetlerine olan gereksinimindeki değişimler mobil alandaki hemşirelik uygulamalarını gerekli kılmaktadır. Hemşireler, kişilerin kendi sağlıklarını korumalarının ve geliştirmelerinin sağlanması için m-sağlık teknolojilerinin farkındalığını ve kullanılabilirliğini arttırmalı, mobil sağlık alanındaki engelleri tanımalı ve sonuç olarak hemşirelik hizmetlerini ona göre planlamalıdır.

**İletişim:** Dr. Melek Ardahan

**E-posta:** melekardahan@hotmail.com

### Kaynaklar

1. Free C, Phillips G, Watson L. The Effectiveness of Mobile-Health Technologies to Improve Health Care Service Delivery Processes: A Systematic Review and Meta-Analysis. *PLOS Medicine*.2013;10(1):1-26
2. Güler, E. Mobil Sağlık Hizmetlerinde Oyunlaştırma. *Açıköğretim Uygulamaları ve Araştırma Dergisi(AUAd)*.2015; 2:82-101.
3. Martínez-Pérez B, De la Torre-Díez I., López-Coronado M. Mobile Health Applications for the Most Prevalent Conditions by the World Health Organization: Review and Analysis. *J Med Internet Res Jun*.2013; 15(6): e120.
4. Ventola, C.L. Mobile Devices and Apps for Health Care Professionals: Uses and Benefits. *P&T*.2014; 39(5):356-364
5. Handel M.J. Mhealth (Mobile Health)-Using Apps For Health And Wellness. *Explore*.2011; 7(4):256-261
6. Istepanian, R. S. H., Wang, H. Telemedicine in UK. European Commission—Information Society Directorate. Brussels.2003; 1159-1165,
7. Arslan, P. Mobile Technologies as a Health Care Tool. "Mobile Technologies as a Support Tool for Health" Springer, ss. 11-37. Switzerland, 2016.
8. Pazar, B, Taştan, S, İyigün, E. Tele Sağlık Sisteminde

- Hemşirenin Rolü. *Bakırköy Tıp Dergisi* 2015; 11:1-4.
9. WHO. Reducing maternal and child mortality in Zanzibar: Wired Mothers. Geneva.2014
10. Torgan, C. The mHealth summit: local & global converge.2009, Erişim: 02. 01. 2017 <http://caroltorgan.com/mhealth-summit/>
11. Ebys-Mobil Uygulama Üzerinde Sevk Süreçleri Eğitim Dokümanı. Erişim: 04.09.2017 [http://edysyardim.ege.edu.tr/files/Envision\\_Mobil\\_Uygulama.pdf](http://edysyardim.ege.edu.tr/files/Envision_Mobil_Uygulama.pdf)
12. Samples, C, Ni, Z, Shaw, R. J. Nursing and mHealth. *International Journal of Nursing Sciences*.2014; 1(4): 330-333.
13. Tezcan, C. Sağlığa Yenilikçi Bir Bakış Açısı : Mobil Sağlık. TÜSİAD.İstanbul.2016
14. Aslantaş, V, Kurban, R, Çağlıkantar, T. Kablosuz Taşınabilir Uzaktan Sağlık İzleme Sistemle-rinde Sayısal İmza Kullanımı. Gazi Üniversitesi. Mühendislik-Mimarlık Fakültesi Dergisi. 2008; 23(3): 531-538.
15. Kahn J.G, Yang J.S, Kahn J.S. Mobile' Health Needs And Opportunities In Developing Countries. *Health Affairs*.2010; 29(2):254-260
16. Tezcan, C. Sağlık Dünyasından Gelecek Yansımaları. *Hospital Manager*. 2016; 20-26.
17. West, D. How Mobile Devices are Transforming Healthcare. *Issues in Technology Innovation*, 2012; 1-14.
18. Lee J-A, Nguyen A-L, Evangelista L. Attitudes and Preferences on the Use of Mobile Health Technology and Health Games for Self-Management: Interviews With Older Adults on Anticoagulation Therapy. *JMIR mHealth and uHealth*.2014;2(3).e32
19. Kurban, R. Kablosuz Taşınabilir Uzaktan Sağlık İzleme Sistemi: Mobil Sağlık Danışmanı. Erciyes Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü. Kayseri.2006
20. Zhang Y, Liu H, Su X, Jiang P, Wei D. Remote Mobile Health Monitoring System Based on Smart Phone and Browser/Server Structure. *Journal of Healthcare Engineering* 2015; 6(4): 717-738
21. Bostancı, E. Medikal Alanda Kullanılan Giyilebilir Teknolojiler: Uygulamalar, Karşılaşılan Sorunlar ve Çözüm Önerileri. Ankara Üniversitesi Bilgisayar Mühendisliği Bölümü. Ankara.2015
22. Lewy, H. Wearable technologies: future challenges for implementation in healthcare services. *Healthcare Technology Letters*, 2015; 2(1):2-5
23. Erdemir, F, Akman, A. Tele-Hemşirelik. VI. Ulusal Tıp Bilişimi Kongresi Bildirileri. 2009; 5(1):367-368.
24. Atienza A.A, Patrick K. Mobile Health-The Killer App for Cyberinfrastructure and Consumer Health. *PlumX Metrics*.2011;40(5): 151-153
25. Öney Doğanıyığıt, S. (Ed; Yıldıırım F, Keser A.) Sağlık Okuryazarlığı "Mobil Sağlık ve Sağlık Okuryazarlığı", Ankara Üniversitesi Basımevi. Ankara, 2015; 101-113
26. Kwan, A, Mecheal, P, Kaonga, N.N. (Ed. J. Donner,

- P. Michael) State of behaviour change initiatives and how mobile phones are transforming it. "Mhealth in practice: Mobile technology for health promotion in the developing world." Bloomsbury Academic. USA,2013
27. WHO. mHealth: New horizons for health through mobile technologies. Geneva.2011
28. Elgan M. Why a smart contact lens is the ultimate wearable.2016, Erişim: 07.08.2017. <http://www.computerworld.com/article/3066870/wearables/why-a-smart-contact-lens-is-the-ultimate-wearable.html>
29. Henriquez, K. Text To Change: Spreading the Message to Stop the Virus. 2009, Erişim:02.04.2017 <https://ict4uganda.wordpress.com/2009/03/31/text-to-change-spreading-the-message-to-stop-the-virus/>
30. Asimwe, C, Gelvin, D, Lee, E. Use of an Innovative, Affordable, and Open-Source Short Message Service-Based Tool to Monitor Malaria in Remote Areas of Uganda. The American Society of Tropical Medicine and Hygiene, 2011; 26-33.
31. Leshen, E. X Out TB. 2008 Erişim:02.04.2017. <https://www.on.lung.ca/Document.Doc?id=48>
32. Waidyanatha, N, Prashant, S, Ganesan, M, Dubrawski, A, Careem, M. Real-Time Biosurveillance Pilot in India and Sri Lanka. IEEE. 2010
33. CDC, What is text4baby? 2013. Erişim:07.08.2017. <https://www.cdc.gov/women/text4baby/index.htm>
34. Önder, M., Narin, B. Akıllı telefonlar ve mobil uygulamaların (Apps) dermatolojide kullanımı. *Türkderm*.2013; 47:1-6
35. Merkezi Hekim Randevu Sistemi Çalışma Usul Ve Esasları Hakkında Yönerge. Erişim:05.09.2017. [http://www.asm.gov.tr/UploadGenelDosyalar/Dosyalar/143/MEVZUAT/19\\_04\\_2016\\_10\\_36\\_42.pdf](http://www.asm.gov.tr/UploadGenelDosyalar/Dosyalar/143/MEVZUAT/19_04_2016_10_36_42.pdf)
36. Yorulmaz M. ,Altunkan S.M., Yasemin A., Keleş N. Türkiye'de İlaç Takip Sistemi (İTS) Uygulaması ve Çalışma Biçimi. Akademik Bilişim'12 - XIV. Akademik Bilişim Konferansı Bildirile-ri.2012;385-392
37. <https://itunes.apple.com/tr/app/eczane/id305819863?l=tr&mt=8> Erişim tarihi:19.08.2017
38. <https://enabiz.gov.tr/Yardim.html> Erişim:19.08.17
39. <https://itunes.apple.com/tr/app/hekimim-kim/id970013457?l=tr&mt=8> Erişim:19.08.2017
40. Güler, E, Eby, G. Akıllı Ekranlarda Mobil Sağlık Uygulamaları. Eğitim ve Öğretim Araştırmaları Dergisi, 2015;45-51.
41. Gruessner V. The Advantages of Mobile Health Apps Today and Tomorrow.2015, Erişim:19.08.17. <https://mhealthintelligence.com/news/the-advantages-of-mobile-health-apps-today-and-tomorrow>
42. A.T Kearney. Mobile Health, Who Pays?. 2010 Erişim: 04.09.2017 [https://www.atkearney.de/documents/10192/178350/mobile\\_health.pdf](https://www.atkearney.de/documents/10192/178350/mobile_health.pdf)
43. Doswell, W, Braxter, B, Dabbs, A. D, Nilsen, W, Klem, M. L. mHealth: Technology for nursing practice, education, and research. *Journal of Nursing Education and Practice*.2013; 3(10), 99-109.



*Burcu Genç Köse<sup>1</sup>, Birsen Canan Demirbağ<sup>2</sup>*

Geliş/Received : 01.08.2017  
Kabul/Accepted : 24.04.2018

### Öz

Hemşirelik, bireyi yaşamı boyunca sağlık ya da hastalık durumlarında destekleyen bir meslektir. Hemşirelerin mesleklerini profesyonel anlamda gerçekleştirebilmeleri için geniş bakış açısına sahip olmaları ve sistematik bir yol izlemeleri gerekmektedir. Sistematik bir yol izlemek ancak analitik düşünmekle ve hemşirelik bakım sürecini takip etmekle mümkün olmaktadır. Hemşirelik bakım sürecini planlarken yol gösterici hemşirelik teori ve modellerinden yararlanmak bakımın kalitesini de arttırmaktadır. Bu durumda hemşireler sağlığı korumak ve geliştirmek adına bireyin ya da toplumun gereksinimlerini belirlerken hemşirelik teorilerini temel alarak yol izlemelidirler. Bu modellerden biride Neuman Sistemler Modelidir. Birey, sağlık/hastalık, hemşirelik ve çevre kavramlarını bir arada alan bu model, yalnızca sağlık ya da hastalık değil insan odaklı bir holistik ve bütüncü yaklaşım kavramına değinmiştir. Model, stres ve stresörleri temel alarak tüm girişimlerin planlanması gerektiği üzerine odaklanmıştır. Bu derlemenin amacı; Neuman Sistemler Modeli'nin daha iyi kavranmasına yardımcı olmak, profesyonel bakım sağlamada hemşirelere yol gösterici bir kaynak sağlamak ve sağlık hizmetlerindeki önemini incelemektir.

**Anahtar sözcükler:** Sağlık hizmetleri, Bakım, Hemşirelik, Neuman sistemler modeli

### Abstract

Nursing is a profession that supports individuals throughout their life in states of health and illness. Nurses need to have a wide perspective and follow their way systematically in order to meet the requirements of their profession. Systematic course, in turn, requires analytical thinking and keeping track of the nursing process. The quality of care is higher if existing nursing theories and models are utilized in the process. To protect and improve the health status of individuals, nurses must take nursing theories as basis while identifying the needs of individuals or communities. The Neuman Systems Model is one of the models that nurses must consider. The model taking the concepts of individual, health/illness, nursing and environment together in fact denotes a human-focused and holistic approach going beyond specific cases of health and illness. The model focuses on the need to plan for all initiatives on the basis of stress and stressors. The objective of this compilation is to help in grasping the model better, provide guide to nurses in professional care and to examine the importance of nursing in health services

**Key words:** Health services, Care, Nursing, Neuman Systems Model

*1 Öğr. Gör.; Recep Tayyip Erdoğan Ü. Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu, Rize  
2 Doç. Dr.; Karadeniz Teknik Ü. Sağlık Bilimleri Fak. Trabzon*

## Giriş

Betty Neuman Ohio'da Lowell civarındaki bir çiftlikte 1924 yılında doğmuştur. Annesi ev hanımı babası ise bir çiftçiydi. Kırsal kesimde büyürken halkın ihtiyaçlarını gözlemleyen Neuman idealist bir hemşireydi. Çünkü onun babası 6 yaşından beri aralıklı olarak hastaneye yatıyor ve hemşireleri övüyordu. Gönül borcu olarak, mükemmel bir başucu hemşiresi olmak için kendine, güçlü bir söz vermişti (1,2).

Betty Neuman 2. Dünya Savaşı'nın başlangıcından kısa bir süre sonra liseden mezun olmuştur. Yakınlarındaki Marietta Kolejine katılmayı hayal etmiş olmasına karşın mali açıdan yoksunlardı (2).

Hemşirelik eğitimini, Ohio, Adron'da General Hospital olarak bilinen Peoples Hospital School of Nursing'de 1947 yılında bitirmiş ve bir süre Los Angeles'de yaşamıştır. Kariyeri sırasında okul hemşireliği, endüstri hemşireliği, özel görev hemşireliği dahil olmak üzere çeşitli alanlarda çalışmıştır. Ayrıca Dahiliye- Cerrahi, Bulaşıcı Hastalıklar ve Yoğun Bakım ünitelerinde klinik eğitimliği yapmıştır (1,2).

1957'de hemşirelikte baccalaureate derecesi ile ve 1966'da halk sağlığı hemşireliğinde yüksekisans derecesi ile UCLA'dan mezun olmuş, Ocak 1967'de UCLA'da öğretim üyesi olmuştur (2).

1970'de Neuman Sistemler Modeli'ni geliştirmiştir. Bu model ilk olarak 1972'de "hasta problemlerine bütüncül insan yaklaşımında bir öğreti modeli" olarak incelenmiştir. Aynı yılda Mayıs-Temmuz dönemlerinde Hemşirelikte Araştırmalar adıyla da ilk kez yayınlanmıştır. Neuman modelde kişiyi, çevresiyle açık sistem olarak tanımlamıştır. 1980'den beri birkaç önemli değişiklik ile modeli geliştirmiştir. Modelini geliştirdikten sonra profesyonel yayınları, danışmanlığı ve konferansları olan çeşitli etkinliklerde bulunmuştur. 1985'de Los Angeles de Pasific Western Üniversitesi'nde klinik psikoloji de doktor derecesini tamamlamıştır (2,3).

Bir hemşirelik süreci tasarlayan Neuman 1989'da çevre ve manevi değerler olarak bir concept geliştirmiştir. 1998'de Michigan da Grand Valley

State Üniversitesi'nde fahri doktora ünvanına ulaşmıştır. Amerikan Akademik Hemşireliği'nde fahri akademik üyesidir (2).

## Neuman Modeli'ni geliştirirken on temel varsayımdan bahsetmiştir

1. Her bir hasta sistemi, temel yapı içinde, belirli bir cevap aralığındaki faktör ve karakterlerin bileşimidir ve eşsizdir.
2. Birçok bilinen, bilinmeyen ve evrensel stres kaynakları vardır. Bunların her birinin hastanın normal savunma hattını etkileme potansiyeli farklıdır.
3. Her hasta/hasta sistemi normal yanıt aralığı geliştirmiştir. Buna normal savunma hattı denir. Normal savunma hattı sağlık sapmasını ölçmek için bir standart olarak kullanılabilir
4. Esnek savunma hattı, hasta sistemini çevresel stresörlere karşı koruyamadığında stresörler normal savunma hattı boyunca kırılmaya neden olur.
5. Hastanın iyilik ya da hastalık durumunda olup olmadığı değişkenler arasındaki ilişkilerin dinamik bileşimindedir. Fiziksel, psikolojik, sosyokültürel, gelişimsel ve spiritüel.
6. Her hasta sistemi hastayı her zamanki sağlık durumunda dengelemek üzere işlev gören direnç halkası ile çevrilidir.
7. Birincil koruma, olası ve gerçek risk faktörlerinin tanımlanması ve azaltılması için hastanın değerlendirilmesinde uygulanır.
8. İkincil koruma, strese tepki sonrası müdahale önceliklerinin uygun sıralaması ve zararlı etkilerini azaltmak için uygulanan girişim sürecidir.
9. Üçüncül koruma adaptasyon süreci ile ilgilidir.
10. Hasta dinamik bir sistem olarak çevre ile sürekli enerji değişimi içindedir (4,5).

Bu derlemenin amacı; Neuman Sistemler Modeli'nin daha iyi kavranmasına yardımcı olmak ve profesyonel bakım sağlamada hemşirelere yol gösterici bir kaynak sağlamaktır.



### **Betty Neuman Açık Sistemler Modeli**

Modele göre kişi çevresiyle sürekli etkileşim ve değişim durumunda açık bir sistemdir. Modelin alt yapısında, kişinin ve toplumun stresörlere karşı vermiş olduğu tepki ve hemşirenin birincil, ikincil ve üçüncül önleme ile hemşirelik sürecini başlatması vardır (6).

Neuman Sistemler Modeli, kişinin maksimum iyilik haline ve kişiyi bir bütün olarak değerlendirilmesine dayanmaktadır. Kişi tanımlanırken bölüm ve alt bölümlerden söz edilmiş ve hastanın bakımı için bunların birbirleriyle ilişkisine bakılması gerektiği vurgulanmıştır (7).

### **Betty Neuman Açık Sistemler Modeli'nde Kullanılan Teoriler**

Geleneksel hastalık yaklaşımından farklı olarak bütüncü yaklaşımı benimseyen Neuman Modeli'nin gücü, interdisipliner yaklaşımı ve hastalıktaki tedavi kadar korunma, sağlık eğitimi ve sağlığa verilen değerde yatar. Neuman Modeli'ni oluştururken birçok teoriden faydalanmıştır.

- Pierre Tielhard deChardin teorisi,
- Gestalt teorisi,
- Sistemler teorisi,
- Stres adaptasyon teorisi,
- Bunlar dışında alan teorilerinden de faydalanmıştır (1,8,9).

Neuman Sistemler Modeli, Gestalt, stres ve dinamik organize sistemler teorisi ile bağlantılıdır. Model, hastayı çevresiyle bütün olarak ele almış ve stresörlere karşı oluşan tepkiler üzerine odaklanmıştır. Gestalt teorisi iç denge denilen fonksiyonların çeşitli etkiler altında organizmayı dengelediğini ve sonuçta sağlığın devam etmesini gerçekleştiren bir süreç olduğunu öngörür. İç denge denilen fonksiyonlar belli derecelerde bozulur ve organizma dengesizlik yaşarsa, gereksinimler karşılanamayacağından dolayı hastalık dediğimiz süreç oluşmaktadır. İç denge süreci kontrol edilemeyecek düzeyde bozulursa ölüm gerçekleşmektedir. Buna bağlı olarak Gestalt teorisi, kişiyi çevrenin bir fonksiyonu olarak değerlendirir ve bireyin davranışlarını da çevreyle olan ilişkisinin yansıması olarak açıklamaktadır (1,9).

Bu model Bernard Marx ve Dechar'ın felsefik bakış açılarından ortaya çıkmıştır. Marxist felsefesi, parçaların özelliklerinin dinamik olarak örgütlenmiş sistemlerin daha büyük parçalar tarafından belirlendiğini ileri sürmektedir. Neuman'a göre de bütünü anlamak ancak parçaların anlaşılmasıyla gerçekleşebilmektedir. Bu bakış açısı Chard'ın yaşamın bütünlüğü felsefesinden ileri sürülmüştür (1).

Selye'nin stres teorisi de Neuman'ın modelinde önemli bir teoridir. Neuman stresi tanımlarken bu teoriden yararlanmıştır. Selye'ye göre stres bedenden beklenene karşı bedenin farklı bir tepki vermesidir. Stres, karşılaşılan yeni duruma uyum gerektiren bir süreçtir. Stresör ise kişide dengesizlik yaratan, durumsal (travma, hastalık vb.) ya da gelişimsel (doğum, ölüm vb.). krizler ortaya çıkarabilen uyaranlardır (1,10).

Neuman modelinde genel sistemler teorisinden de faydalanmıştır. Bu teoriye göre bütün öğeler organizma içinde etkileşim halindedir. G. Caplan'ın koruma düzeylerini içeren teorisinden faydalanan Neuman bu düzeyleri de tanımlamıştır (1).

### **Betty Neuman Açık Sistemler Modelinde Dört Temel Kavram**

**Hemşirelik:** Neuman kişiyi, hastayı veya toplumları "Hasta Sistemi" şeklinde benimsemiştir. Hemşireliği ise, hasta sisteminin karşılaştığı stresörlere verdiği tepkileri ve bunları etkileyen değişkenleri saptamaya çalışan, kişiyi bütüncü ele alan bir meslek olarak tanımlamıştır (11,12).

**İnsan:** Neuman'a göre insanlar, bütüncül ve dinamik sistemler olup beş boyutlu (fizyolojik, psikolojik, sosyokültürel, gelişimsel, maneviyat). değişkenliklere sahip çok boyutlu varlıklardır. Ve hasta sistemi, temel yapı, normal ve esnek savunma hattı ve direniş hattından oluşmuştur (13).

**Sağlık:** Sağlık iyi olma ile eşdeğerdir ve insanoğlunun hayat enerjisini temsil etmektedir. Model de sağlık, tüm değişkenlerin hastanın bütünlüğü ile uyumlu olması anlamına gelmektedir. Hasta çevresiyle sürekli etkileşim içinde ve sağlık durumu iyi olması ile dinamik dengededir (13).

**Çevre:** Açık sistemler modeline göre çevre genel olarak iç ve dış faktörler tarafından belirlenmektedir. Çevreden gelen dışsal veya içsel güçler, herhangi bir zaman ya da yerde insanları kuşatabilmektedir. iç çevre hasta sistemini etkileyen kişiye özgü stresörlerdir. Dış çevre ise hasta sisteminin sınırlarının dışında oluşan kişilerarası ve kişi dışı stresörlerdir (13,14).

### Betty Neuman Açık Sistemler Modeli'ndeki Tanımlar

Betty Neuman Açık Sistem Modeli'nin orijinal şeması Şekil 1'de gösterilmiştir.

**Bütüncü İnsan Yaklaşımı:** Bireyi ve onu etkileyen çevreyi tanılamak, hemşirelik problemlerine uygun yaklaşımda bulunabilmek adına birleştirici bir odak oluşturmayı hedefleyen hasta sistemine bütüncü insan yaklaşımı denir. Bu yaklaşım, modeli diğer sağlık disiplinleri içinde uygulanabilir kılmaktadır (1).

**Holistik kavram:** Bütünü anlamak için parçaları tanımlamak gereklidir savunusunu yapan Neuman Modeli holistik kavram yaklaşımını benimsemektedir. Fizyolojik, psikolojik, sosyokültürel, gelişimsel ve maneviyat gibi bireyi

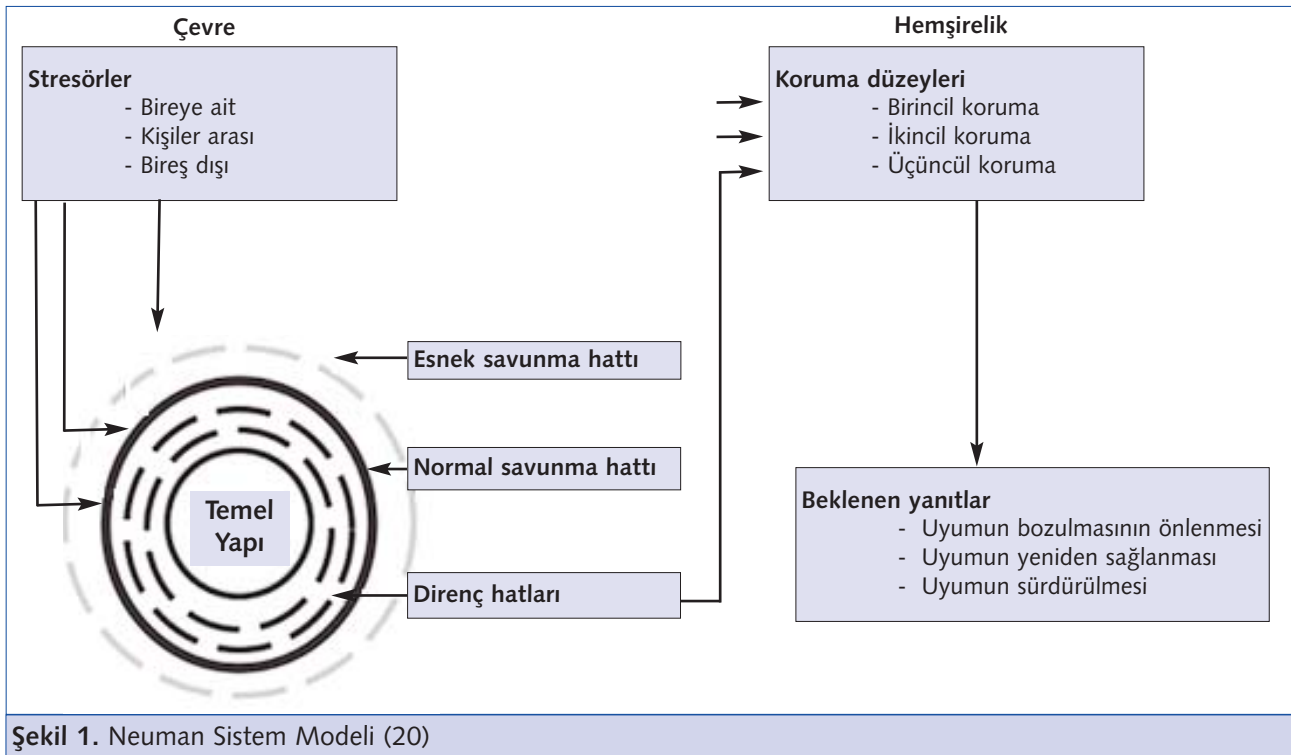
etkileyen tüm değişkenleri benimsediğinden dolayı model çok boyutlu tanımlanmaktadır (1).

**Temel yapı:** Temel yapı, kişiye özgü ve temel yaşamsal faktörlerdir. Kişinin kendine özgü vücut ısı, kan basıncı ve bunları koruma mekanizması, kalıtsal özellikleri, bedeninin güçlü ve zayıf tarafları temel yapıya örnek olabilmektedir (1,14).

**Direnç halkası:** Temel yapı dediğimiz çekirdeği koruyan en içteki halkadır. Stresörler normal savunma halkasını geçtiği zaman direnç halkası hareke geçmektedir. Direnç halkası hem temel yapıyı hem de normal savunma halkasını korumakla görevlidir (14,15).

**Normal savunma halkası:** Direnç halkasını saran bölünmez halkadır. Bireyin sağlıklı olma durumunu veya bireyin devam ettirdiği uyum sürecini gösterir. Bireyin kullandığı başatme yöntemleri ve yaşam stili gibi değişkenlerin bileşimidir (1).

**Esnek savunma halkası:** Çekirdeği en dıştan saran kesik kesik olan çizgiler esnek savunma halkasını ifade etmektedir. Bu halkayı bireyin denge durumunu koruyan tampon olarak



Şekil 1. Neuman Sistem Modeli (20)

tanımlayabiliriz. Akordion gibi çalışan bu halka genişledikçe temel yapıyı koruma gücü artmakta, daraldıkça da koruma gücü azalmaktadır (1,14).

**Stresörler:** Modele göre, stresörler mutlak negatif değildir ve herkes üzerinde aynı olumsuz etkiyi göstermezler. Ancak stresörler normal savunma halkasına girdiğinde, hasta sistemi dengesizleşmektedir. Model, stres kaynaklarının bireyin sağlığı üzerindeki etkilerini ele almaktadır ve üç başlık altında toplamaktadır;

Kişilerin içindeki güçler (Motivasyon, duygular vb.).

Kişilerarası ilişkilerden gelen güçler (Beklentiler, roller vb.).

Kişinin dışından gelen güçler (İşsizlik, fakirlik vb) (13).

Açık Sistemler modeline göre, bu güçler hasta sisteminde dengesizliğe sebep oluştursa koruyucu önlemler hemşireler tarafından ele alınmalıdır.

**Birincil koruma:** Bir stres sahibi bulunduğu anda birincil koruma gerçekleştirilmelidir. Amacı, stresörlerin normal savunma halkasına nüfus etmesini önlemek, esnek savunma halkasını güçlendirmektir.

**İkincil koruma:** Stresörlere karşı ilk müdahalenin yapıldığı süreçtir. Amacı, savunmanın iç halkalarını güçlendirmektir.

**Üçüncül koruma:** Hasta sisteminin stabil seviyesine uygun olarak hastanın restorasyon yani adaptasyonunun gerçekleştiği koruma düzeyidir. Amacı, varolanı korumak, gerilemeyi önlemek ve yeniden uyum yapmak üzerine odaklanmaktadır (13,15,16).

### **Betty Neuman Açık Sistemler Modeli'nin Hemşirelik ve Araştırmalarda Kullanımı**

Betty Neuman Modeli hemşireler tarafından kullanıldığı zaman, hastaya etki eden stresörler ile hemşirelerin gözlemledikleri sorunlar rahatlıkla karşılaştırılabilmektedir. Böylelikle hemşire ve hasta aynı sorun üzerine odaklanabilmektedir. Neuman hemşirelik bakımının sürecini üç aşamada dizayn etmiştir (1,8).

Bunlar;

- 1- Hemşirelik tanısı
- 2- Hemşirelik amaçları
- 3- Hemşirelik sonuçları

Neuman tanılama aşamasını kolaylaştırmak için de bir veri toplama formu oluşturmuştur (1,15). Hastanın stresörlerini anlamak için Neuman altı temel sorunun hasta ve hemşireler tarafından sorulması ve cevaplanması gerektiğini söylemiştir (1).

### **Bu altı soru;**

1. Zorluk ya da ilgili alanı bakımından en büyük sorununuzun ne olduğunu düşünüyorsunuz?

2. Bu, yaşam biçiminizi ve yaşam tarzınızı nasıl etkiledi?

3. Daha önceden hiç buna benzer sorunla karşılaştınız mı? Varsa sorun neydi? Nasıl ele aldınız? Sorunu ele almanız başarılı mıydı?

4. Mevcut durumunuzu dayanarak gelecekteki durumunuz konusunda ne düşünüyorsunuz?

5. Kendinize yardım etmek için ne yapıyorsunuz, ne yapabilirsiniz?

6. Bakım verenlerin, aile, arkadaş ve diğerlerinin sizin için ne yapmasını istiyorsunuz?

Literatür taraması yapıldığında Neuman açık sistemler modelindeki bu aşamaların kullanılarak birçok çalışma yapıldığı göze çarpmaktadır.

Güner ve Kavlak'ın (2015). endometriyum kanserli bir hastayı olgu sunumu olarak yaptıkları çalışmalarında hastanın algıladığı ve hemşirenin hasta ile ilgili algıladığı stresörler belirlenerek hasta bakım sunumu yapılmıştır (15).

Mert ve Demir Barutçu (2013). kalp yetersizliğinde Neuman sistemler modelinin kullanımına bakmışlar ve kalp yetersizliğinde oluşan stresörleri, direnç halkası, normal savunma halkası ve esnek savunma halkalarının neler olduğunu tartışmışlardır (12).

Özer ve Gökçe'nin (2015). hemodiyaliz tedavisi gören bir bireyde yaptıkları olgu çalışmasında da Neuman sistemler modeli kullanılmış ve

modeldeki altı temel soru sorularak hastanın hemşirelik süreci tanımlanmıştır (6).

### Tartışma

Her bireyi fizyolojik, psikolojik, sosyokültürel, gelişimsel ve maneviyat şeklinde beş değişken çeşidinden etkilenen temel bir yapıda varsayan Neuman sistemler modelinin oluşturulduğu günden beri güvenilirliği, bilimsel olarak bütünlüğü, hemşirelik teorik tabanında kolayca anlaşılabilirliği denenmiştir (17,18).

Model hemşirelik uygulamalarında kapsam alanını arttırmayı sağlamakta, ayrıca sıklıkla hemşirelik uygulamaları için bir rehber olarak kullanılmaktadır. Hasta sisteminin iyi olması için, mümkün olan en iyi sağlık durumuna zamanında ulaşmayı kolaylaştırarak temel hemşirelik uygulamalarına katkıda bulunmaktadır (19).

Bu model hemşirelik uygulamalarında çok çeşitli bölümlerinde uygulanabilmekte, hasta sisteminin analizi için de kavramsal bir çatı oluşturabilmektedir. Neuman Modeli'ni, "hemşirelik tanısı, hemşirelik bakım amaçları ve hemşirelik çıktıları" biçiminde sistemik hale getirmiş, ortak bakış açısı ve ortak kültür ile hemşirelik bakım planı uygulamalarında kullanımını sağlamıştır. Model hemşireliği, çevreyi ve beklenen yanıtları açıkça belirtmektedir (1,20).

Geniş bir alana adapte edilmiş olan model birçok araştırmada, tez de vb. çalışmalarda yazarlara yol gösterici olmuştur.

Neuman modeli hasta bireyler dışındaki çalışmalarda da karşımıza çıkmaktadır. Albayrak'ın (2012). "Okulda uygulanan zorbalığı önleme programının zorbalığın azaltılmasında etkisi" çalışmasında Neuman sistemler modelinin aşamaları izlenmiştir (16).

Başka bir çalışmada ise, işyeri güvenliği için Neuman Sistemler Modeli kullanılarak iş yerindeki stresörlerin (tehlikelerin). sağlık çalışanlarındaki yaralanmalara nasıl etkisi olabileceği ortaya koyulmuştur (21).

Model içinde bazı kavramlar net tanımlanmamış olsa bile ( iç ve dış çevre). terminolojisi anlaşılır düzeydedir. Neuman sistemler modeli biraz karmaşık yapıdadır ancak sistemli şekilde düzenlenmiş kavramlardan oluşmaktadır. Bütüncü

insan yaklaşımından ve hemşire bakım planına uygulanabilirliğinden genellenebilir olarak kabul edilmektedir (22).

Neuman sistem modeli, hemşirelikte zorlukları yenme analizinde uygulanabilir bir kavramsal çerçeve olarak işlev görmektedir (23).

### Sonuç ve Öneri

Derleme sonucunda görebilmekteyiz ki; Neuman Açık Sistemler Modeli'nin hemşirelik uygulamalarında yol göstericidir. Modelinin basamakları takip edilerek yapılan bakım planı, veri kaybını önlemekte ve hemşirelik bakım girişimlerini doğru şekilde planlanmasını sağlamaktadır. Sağlık/hemşirelik bakım kalitesini artırabilmek için hemşirelerin uygulamalarda veri kaybını önlemek ve doğru tanıları belirlemek adına Neuman Açık Sistemler Modelini kullanmaları önerilmektedir.

**İletişim:** Burcu Genç Köse

**E-posta:** gencburcu@hotmail.com

### Kaynaklar

1. Velipğlu P. Hemşirelikte Kavram ve Kuramlar. Akademi Basın ve Yayıncılık 2012; 2. Baskı.
2. Parker E M, Smith M C. Nursing Theories&Nursing Practice 2010; 3. Edition
3. Uysal N, Khorshid L, Eşer İ. Neuman Sistemler Modeline Göre Bir Vaka Çalışması. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2009;12(3):74-81.
4. Betty Neuman's System Model. 2012; [http://currentnursing.com/nursing\\_theory/Neuman.html](http://currentnursing.com/nursing_theory/Neuman.html) Erişim tarihi: 08.02.2017.
5. Parker E. M (2005). Nursing Theories and Nursing Practice. 2. Edition.
6. Özer S, Gökçe S. Neuman Sistemler Modeli'nin Hemodiyaliz Tedavisi Gören Bir Olguda Uygulanması. Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi 2015;12(1):69-77.
7. Dağ H, Kavlak O, Şirin A. Neuman Sistemler Modeli ve İnfertilite Stresörleri. Türkiye Klinikleri J Nurs Sci 2014;6(2):121-127.
8. Fitzpatrick J J, Whall A. Conceptual Models of Nursing Analysis and Application, Appleton and Large 2005; 4. Edition.
9. Sistem Modeli. 2014; <http://bilgiekseni.blogspot.com.tr/2014/01/betty-neuman-sistemler-modeli.html> Erişim tarihi: 07.02.2017.
10. Akça Ay F. Sağlık Uygulamalarında Temel Kavramlar ve Beceriler. Edt: Akça Ay F. Mesleki Kuramlar ve Teorisyenler. Nobel Tıp Kitabevleri 2013; 5. Baskı



11. Tatar Yüksel Ç. Engelli Çocuğa Sahip Ebeveynlerin Yaşam Deneyimlerinin Betty Neuman'ın Sistemler Modeli ile Değerlendirilmesi, Gülhane Askeri Tıp Akademisi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doktora Tezi, Ankara, 2008.
12. Mert H, Demir Barutcu C. Neuman Sistemler Modelinin Kalp Yetersizliğinde Kullanımı. Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi 2013;2(2):64-70.
13. Jarosova D. Nursing Theories and Models. Modernization – Diversification – Innovation 2014.
14. Coşan Yılmaz M. Neuman ve Omaha Hemşirelik Sistem Modellerinin Bakımın Sürekliliğinin Sağlanmasında Kullanımının Değerlendirilmesi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doktora Tezi, Ankara, 2007.
15. Güner Ö, Kavlak O. Neuman Sistemler Modeline Göre Endometriyum Kanseri Hastanın Bakımı: Olgu Sunumu. Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi 2015;4(2):94-102.
16. Albayrak S. Okulda Uygulanan Zorbalığı Önleme Programının Zorbalığın Azaltılmasında Etkisi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimler Enstitüsü Doktora Tezi, İstanbul, 2012.
17. Greco M R ve ark. Labour Conditions And Theory of Betty Neuman: Third-Party Workers of A Public University. J Nurs UFPE on line, Recife 2016;10(2):727-735
18. Neuman B. Newman D M L. Holder P Leadership-Scholarship Integration: Using the Neuman Systems Model for 21st- Century Professional Nursing Practice. Nursing Science Quarterly 2000;13(1):60-63.
19. Neuman B. The Neuman Systems Model in Research and Practice. Nursing Science Quarterly;9(2):67-70.
20. Özkan S, Öztürk C. Neuman'ın Sistemler Modeli Kullanımına Bir Örnek: Pnömonili Bir Bebeğin Hemşirelik Bakımı. Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 2013;4(3):109-114.
21. Greenawalt J. Applying the Neuman Stressor Model for workplace safety. Journal of Healthcare Risk Management 2011;30(3):16-22.
22. Betty Neuman Sistemler Modeli Eleştiriler, 2013; <http://hastalikbitmez.blogspot.com.tr/2013/12/betty-neuman-sistemler-modeli.html> Erişim tarihi:07.02.2017.
23. Turner S B, Kaylor S D. Neuman Systems Model as a Conceptual Framework for Nurse Resilience. Nursing Science Quarterly 2015;28(3):213-2017.



Canan Sari<sup>1</sup>, Birsal Canan Demirbağ<sup>2</sup>

Geliş/Received : 01.08.2017  
Kabul/Accepted : 24.04.2018

## Öz

Hemşirelik kuram ve modellerinin hemşireliğin eğitim, yönetim, uygulama ve araştırma alanlarında kullanılması, bu alanlara kavramsal bir çerçeve sunarak temel oluşturmakta ve rehberlik etmektedir. Kuram ve modeller, hemşirelik mesleğinin gelişim ve profesyonelleşmesine katkıda bulunmaktadır. Bu kuramcılardan biri olan Kathryn E. Barnard geliştirdiği Ebeveyn Çocuk Etkileşim Modeli ile kuramını psikoloji ve insan gelişimine dayandırmakla birlikte, teorisinin özünü çevre ve anne bebek etkileşimine odaklandırmaktadır. Barnard çalışmalarını önce fiziksel ve mental geriliği olan çocuklardaki anne bebek iletişimine, daha sonra sağlıklı çocukların büyüme gelişmelerini değerlendirme yöntemlerine yöneltmiştir. Bu olguda Down Sendrom'lu bir çocuğun, bakım vericisi olan annesi ve çevresine sergilediği farklı davranışlar ile vermek istediği mesajın, Barnard'ın geliştirdiği "Ebeveyn Çocuk Etkileşim Modeli"ne göre analizi yapılmıştır. Anne tarafından mesajın doğru algılanması ve uygun cevabın verilmesi ile birlikte anne çocuk arasında etkili iletişimin sağlanması konusuna yönelik hemşirelik bakımı verilmesi bu olgu sunumunda hedeflenmiştir.

**Anahtar sözcükler:** Çocuk, Ebeveyn, Etkileşim, Down sendromu, Kuram

## Abstract

The use of nursing theory and models in nursing care process offers a conceptual framework to this area forming a basis and guiding. The theory and the models contribute to the development and professionalisation of nursing. Kathryn E Barnard who the mother's interaction model and the theory focuses on psychology and human development, as well as on the nature of the baby interaction. Barnard of the first step in their work was the communication of mothers to infants in children with physical and mental stress after that the methods of evaluating the growth and development of healthy children. In this case, the analysis of a child with Down Syndrome was based on the "Parent Child Interaction Model" developed by Barnard, the message that the child with the different behaviors displayed to the mother and the caregiver. It was aimed to give nursing care for the effective communication between the mother and the child with the correct perception of the message by the mother and giving the appropriate answer

**Key words:** Child, Parent, Interaction, Down Syndrome, Theory.

1 Karadeniz Teknik Ü. Tonya Meslek Yüksek Okulu, Trabzon  
2 Dr.; Karadeniz Teknik Ü. Halk Sağlığı Hemşireliği AD, Trabzon

## Giriş

Down Sendromu (DS) trizomi 21 olarak bilinen otozomal genetik geçişli bir hastalıktır. Halk arasında daha çok mongol (mongoloid) olarak bilinir. Hastalık 1866 yılında İngiliz doktor John Langdon Down tarafından tanımlanmıştır. DS oluşumuna neden olan faktörler arasında kronolojik anne yaşının 35 yaş ya da daha üstü olması, hamilelik döneminde sigara ve içki kullanımı, pestisitlerin toksik etkileri, elektromanyetik radyasyon ve X-Ray ışınlarına maruz kalmak sayılabilmektedir. DS'nin, bütün etnik grupları ve ekonomik sınıfları içerecek şekilde 800-1000 canlı doğumda bir görüldüğü belirtilmekte ve insanlığın doğuşundan itibaren varolduğu düşünülmektedir (1,2). Ülkemizde ortalama yılda 2500- 3000 DS'li bebek dünyaya gelmektedir. Bu rakam, ülkemiz ile ilgili olarak günde ortalama 8 DS'li bebek doğumunun gerçekleştiğini bize bildirmektedir (3,4). DS'li çocukların çoğunluğunun fiziksel özelliklerinde anomalilik, çeşitli organlarında konjenital malformasyonlar ve bilişsel yeteneklerinde bozulmalar mevcut olup, akranlarına göre daha küçük görünömlü, mental ve fiziksel olarak daha yavaş gelişimlidirler (5). Bunlara ilaveten DS'li çocuklarda meydana gelen konjenital malformasyonlara baktığımızda ise %50 olarak konjenital kalp anomalileri, tiroid fonksiyon bozuklukları, gastrointestinal, hematolojik ve endokrin sistem hastalıkları, solunum ile ilgili sorunlar, ortopedik ve immün sistem hastalıkları, duyuşsal bozukluklar ve zihinsel yetersizlikler görülmektedir.

DS'li çocuklar özel bakım gereksinimi olan çocuklardır. Çocukların tedavisi, fiziksel, fizyolojik ve bilişsel fonksiyonların yönetilmesi üzerine odaklanır. DS'li çocuklarda dil ve motor yeteneklerinde olan gelişimsel gecikme yaşamın ilk yılları boyunca belirginleşmeye başlamaktadır (6). Bilişsel yetersizlik, görsel işlemlerden daha çok sözel kısa süreli bellekte ortaya çıkmakta olup bilişsel yeteneklerde bozulma değişik derecelerde olabilir (7). Bu nedenle bazı DS'li çocuklar yaşamlarını sürdürmek için başkaları tarafından bir denetime gereksinim duyabilirler (8). Bu çocukların yaşam süresince onlara bakan ailelerine önemli sorumluluklar düşmektedir. Ailelerin başatma becerilerini desteklemek, çocuğa bakım verenlere fiziksel, rehabilitasyon ve

konusma terapisini kapsayan kısa ya da uzun dönem kaynakları sağlamak, sağlık durumlarını yönetmede tedavi sonrası izlemin önemini anlatmada sağlık profesyonellerine ihtiyaç vardır (7,8). Özellikle hemşirelerin bakım verme, danışmanlık, eğitim, rehberlik etme görevleri doğrultusunda ihtiyaç sahiplerine gerekli ve uygun bakımın verilmesinde sundukları hizmetlerin anlam kazanması hemşire modeller aracılığı ile oluşmaktadır.

Modeller hemşirelik uygulamalarına yön verip hemşirelik mesleğine yeni bir bakış açısı getirmektedir. Hemşirelik modellerinin odak noktası birey olduğu için, yapılan aktiviteleri "iş merkezli" olmaktan uzaklaştırmıştır. Ayrıca hemşirelik bilgisini ve yapılacak olan uygulamaları sistemleştirerek hemşireye rehberlik edip, profesyonel bir iletişim ortamı kurulmasına da kuram ve modeller yardımcı olmaktadır (9). Son yıllarda bütün dünyada hemşire liderleri, hemşirelik bilgisini doğrulamak/modifiye etmek ve geliştirmek için araştırma sürecinde teorisinin kullanılmasının önemini vurgulamaktadır (10). Aynı zamanda teori ve modellerin hemşirelere bakım verdiği bireylerin sağlığını değerlendirme, bakım sürecinde elde ettiği birçok veriyi organize ve analiz etme, sonrasında bilgiyi açıklama olanağı sağlayarak araştırmalara da rehberlik etmektedir (10,11).

Bu doğrultudan bakıldığında, Ebeveyn Çocuk Etkileşim Modelini geliştiren Kathryn Eleain Barnard'ın (Barnard), ebeveyn ilişkisinin bebeklikte başladığını bebeklerden gelen bazı mesajların gönderilmesi yoluyla iletişimin geliştiğini ve bebekler ile ebeveynlerin bireysel karakterlerinden kaynaklanan etkileşimlerinin sonucu ihtiyaçların karşılıklı olarak giderildiğini ana fikir olarak ifade etmektedir (12,13). Barnard, çalışmalarında fiziksel ve mental engelli çocuklarla anne ve bebek iletişimi, çevrenin çocuklar ve ailelerin gelişimini etkileme biçimi, sağlıklı çocukların büyüme ve gelişmelerini değerlendirme yöntemlerine yönelmiştir. Teorisinde odaklandığı bir diğer konu ise ebeveyn ile çocuk arasındaki etkileşimli ilişkinin bilişsel büyüme ve gelişimi doğrudan etkilediğini savunmaktadır. Barnard'ın PCI modelinin odağı çevre, ebeveyn ve çocuktur. Modele göre; bakım vericinin eğitim düzeyi, fiziksel sağlığı ve baş

etme becerilerinin değerlendirilmesinin, çocuk sağlığını değerlendirmedeki etkisinin dikkate alınması gerektiği üzerinde durulmasına dikkat çekmektedir. Kurama göre çocuğun bulunduğu çevrede sağlığını etkileyebilecek canlı ve cansız tüm etmenler ve mevcut kaynaklar değerlendirilmelidir. Çünkü Barnard geliştirdiği teorisinde çocukların yaşadıkları ortamdan etkilenerek mizaç/huyunun geliştiğini düşünmektedir (14).

Barnad'ın teorisinde önemle üzerinde durduğu çevre, hemşirelik, kişi ve hastalık/sağlık kavramlarını kısaca özetleyecek olursak:

**Çevre:** Teorinin esas noktasıdır. Bakım veren kişiyi etkileyen olaylar da dahil olmak üzere, bireyin karşılaştığı herhangi bir tecrübe, insan, obje, yer yada ses olabilir. Barnard çevreyi canlı ve cansız olmak üzere iki gruba ayırır. Canlı olarak çevre bakımı üstlenen kişi, cansız olan çevre ise çocuğun etrafındaki objeler olarak tanımlanmaktadır.

**Hemşirelik:** 1966 yılında Barnard hemşireliği hastanın bağımsızlığının tanımlandığı ve bakımının desteklenmesiyle yoluyla oluşan bir süreç olarak tanımlamıştır. Bu süreç eğitim, teropati ve restorasyonu içeren bir faaliyet değişimidir. Fakat 1981'de bir hemşirelik konferansında hemşireliği insanın sağlık problemlerinin teşhis ve tedavisinden sorumlu kişi olarak tanımlar.

**Kişi:** İki tarafında dahil olduğu bir etkileşime katılan birey olarak tanımlar. Kişi bebek, çocuk yada adölesan olabilir.

**Sağlık:** Sağlığın tanımını yapmamakla birlikte, sağlık bakımının tanımını yapmıştır. Sağlık bakımının öncelikli amacını da hastalıkların önlenmesi olarak tanımlanmıştır (15).

### **Ebeveyn Çocuk Etkileşim Modeli ile ilgili temel kavramlar**

**1- Bebek Bakıcısına İp Uçları Verir:** Bebek bakıcısına eş zamanlı mesaj vermek zorundadır. Bebeğin mesajını algılamak bazen zor olabilir. Eğer mesaj yanlış anlaşılırsa adapte olacağımız davranışlar kesintiye uğrar. Bebek mesajı uykusuzluk, huysuzluk, açlık, susuzluk ve ajitasyonla verebilir.

**2. Bebeğin Bakıcısına Mesaj Verme Yeteneği:** Eğer bebekte bakıcısına mesaj vermekte zorlanır ise, adaptasyon mümkün olmaz.

### **3.Çocukların Mesajında Ailelerin Duyarlı Olması:**

Eğer çocukların mesajlaşına ailesi açıkça uymak istiyorsa verilen mesajı algılayabilmelidir.

### **4. Annelerin Yetenekleri Bebeklerin Stresini Azaltabilir:**

Öncelikle stresin kaynağı belirlenmelidir. Stresi azaltmak için uygun davranışı bilinmelidir. Bu bilgiyi hayatında kullanmak zorundadır.

### **5. Ebeveynlerin Sosyal Ve Duygusal Gelişme**

**Faliyetleri:** Sosyal ve duygusal büyümenin başlangıçtaki yeteneği daha global ebeveyn adaptasyonuna bağlıdır. Ebeveynler çocukları ile daha etkili daha etkin oyunlara ihtiyaç duyarlar

### **Teorik varsayımları ise:**

1. Çocuk sağlığını değerlendirmede temel amaç sorunları gelişmeden önce saptamak ve en etkili zamanda müdahaleyi yapmaktır.

2. Bakım veren kişinin kendine özgü bir stili, beceri düzeyi ve uyum kapasitesi vardır. Bu kapasite çevre desteğinden etkilenir.

3. Uyumlu bir ebeveyn çocuk etkileşiminde; ebeveyn davranışı çocuğu, çocuğun davranışı da ebeveyni etkiler ve her ikisi de değişir.

4. Bireyin uyum süreci, kişiliğine göre değişebilir bir özelliğe sahiptir. Bu nedenle hemşirelik girişimleri, annenin tepki ve duyarlılığına destek olmayı gerektirir.

5. Öğrenmeyi teşvik etmek; çocuk tarafından başlatılan davranışların üzerinde durmak ve yeni şeyler denemesi için çocuğun girişimini desteklemek önemlidir.

6. Hemşirelikte en önemli olan konu, çocuğun bakıcısına çocuğun daha ilk yılında destek verilmesidir.

7. Ebeveyn çocuğuna bebeklik döneminde sorumluluk sahibi ve duyarlı bir tutum ile yaklaşırsa bebeğin güven duygusu gelişir.

8. Ebeveyn çocuğuna çocukluk döneminde seçenekler sunması çocuğun keşfetmesine olanak



sağlayacak ve benlik gelişimini destekleyecektir (15-17).

Bu olgu sunumu Barnard'ın kuramı doğrultusunda geliştirdiği Ebeveyn çocuk etkileşim modeline göre yapılmıştır.

**Olgu:** B.E.T 4 yaşında DS tanısı almış Trabzon il merkezinde bir hastanede sezeryan ile doğan erkek çocuktur. Doğum kilosu 3250 gr olup boy uzunluğu 53 cm'dir. Ailenin 2. çocuğu olan B.E.T'nin annesi 33 yaşında doğumunu gerçekleştirmiştir. Diğer kardeşinin herhangi bir konjenital anomalisi bulunmamaktadır. Sistemsel olarak Hipotiroidi, ASD, Fallot Tetroloji anomalileri vardır. Kalp anomalisi ve tiroid tedavisi için gerekli kontrolleri hastanede yapılmaktadır. Kullandığı ilaçlar Euthyrox ve Digoxindir. Gebelikte bebeğin tanısının konulmasına rağmen anne tarafından gebeliğin sonlandırılmasına izin verilmemiştir. Şu anda anne 37, baba ise 41 yasındadır. Anne ve baba lise mezunu olup, aile orta düzey gelire sahiptir. Aile içinde bakım verme rolünü anne üstlenmektedir. B.E.T. özel eğitim için okula gitmektedir. Algılama sorunu yaşamadığı için öğretmenleri normal çocukların gittiği kreşe gönderilmesinde sakınca olmadığını aileye belirtmiştir. Fakat anne kısa süredir. B.E.T. ile birlikte gidilen okul dışı ev ortamlarında, yaşıtı olan normal çocuklar ile oyun oynadığında çok huzursuz olduğunu, bir kenarda bekleyip ortamda bulunan zaman dilimi içinde sadece parmak emdiğini belirtmiştir. Çocuğun verdiği tepkinin nedenini algılayamayan anne stres ve anksiyete yaşamakta, çocuğun yaptığı davranışların normal okula gitme sürecinde sıkıntı olup olmayacağı durumunda kararsızlık yaşamaktadır.

#### **Down Sendromlu Çocuğa Barnard'ın Anne Bebek Etkileşim Modeline Göre Hemşirelik Bakımı**

DS'li B. E. T'ye hazırlanmış olan bakım planı aşağıda verilmiş olan kavram haritası üzerinden aktarılmaktadır.

**Çevre:** Bakım veren kişiyi etkileyen: Kişi, olay, ses, obje.

**Sağlık:** Hastalıktan korunma Kişi: Bakım verilecek birey

**Hemşire:** Sağlıkla ilgili problemlerin çözülmesinde sorumlu olan kişi (17) DS'li B. E. T'ye hazırlanmış olan bakım planı aşağıda verilmiş olan kavram haritası üzerinden aktarılmaktadır.

**Hemşirelik Tanıları:** Etkisiz başetme ve yetersiz bilgiye bağlı stres ve anksiyete (18,19).

**Neden:** Okulda kendi arkadaş gruplarıyla iletişimi düzgün, oyun oynayabilen, algılamada sorun yaşamayan, öğretmenleri tarafından yetenekli ve becerili olduğu hatta normal okula gidebileceği söylenen B.E.T'nin, DS'li olmayan çocuklar ile bir araya geldiğinde huzursuzluk, parmak emme gibi davranışlar sergilemesinin nedeninin anne tarafından tam olarak algılanamaması ve annenin bu durumun nedeni karşısında yetersiz bilgiye sahip olduğu için stres ve anksiyete yaşaması.

**Amaç:** B.E.T'nin gösterdiği farklı davranışların sebebinin anne tarafından algılanmasına yardımcı olarak, annenin yaşadığı stres ve anksiyetenin giderilmesini sağlamak.

**Girişimler:** Anne ile öncelikle kısa bir tanışma ortamı oluşturuldu. Kurulan ortamda gebelik süreci, doğum, bebeğin bakımında yardımcı olan bireyler, anomalili bir çocuğa sahip olmanın verdiği sorumluluklar, ruhsal destek gördüğü kişiler, çocuğun davranışlarının tam olarak nasıl başladığı, ne zamandır sergilediği ve oyun oynanılan yaş gruplarına göre davranışlarında değişim olup olmadığının anne tarafından belirtilmesi istendi.

- Anne çocuğunu çok sevdiğini kendine Allah tarafından gelen bir armağan olduğunu, gebelikte tanısı konulup, gebeliğin sonlandırılabilineceği söylendiği halde, gebeliğinin devam etmesini istediğini belirtti.

- En önemli destek mekanizmasının eşi olduğu, çocuğun bakımında büyük rol üstlendiğini, birlikte oyun oynadıkları, alışverişe gittikleri ve balık tuttuklarını belirtti.

- Diğer çocuğunun kardeşi ile olan ilişkilerinin normal olduğu, bazen anlaşmazlık yaşasalar da birlikte oyun oynayabildiklerini ve ortak paylaşımda bulundukları anne tarafından ifade edildi.

- Çevreden ise bazı arkadaşları ve bir takım aile üyelerinin çocuğun kendi çocuklarına zarar vereceği düşüncesiyle birlikte oyun oynama ve iletişim kurma isteklerini kabul etmedikleri anne tarafından belirtildi. Bu durumun kendisi için

başta büyük sorun oluşturduğunu, fakat zaman ile alışıp çocuğun okula gidip kendi arkadaşlarıyla iletişim kurmaya başladığından itibaren sorun olmadığı anne tarafından belirtildi.

- Annenin verdiği mesajlar doğrultusunda karşılıklı bilgi paylaşımına geçilmeye başlanmıştır.

- Öncelikle annenin çocuk anne iletişimi ile ilgili bilgi düzeyi algılanmaya çalışıldı. Anne bu konuda kendini yetersiz hissettiğini, edindiği bilgilerinin görsel basında izlediği kadarıyla var olduğunu, konu ile ilgili eğitim almak istediğini vurguladı.

- Annenin isteği karşılığında Barnard'ın kuramına göre çocuk anne etkileşim modelinin anneye anlatılmasına karar verildi. Eğitim vermeden önce anneye görsel mi, sözel mi veya uygulayarak mı daha iyi algıladığı soruldu. Eğitim verirken uygun ortam hazırlanmaya çalışıldı.

- Anne ile çocukların her ikisinin de evde olmadığı, anne için en uygun olan zaman diliminde tekrar birlikte olundu. Bu zaman içerisinde görsel materyaller ve uygun videolar ile gerekli eğitim verildi. Annenin anlamadığı bölümler ile ilgili soru sormasına ve fikirlerini rahatça ifade etmesine imkan sağlandı. Sorulan sorular cevapsız bırakılmamaya özen gösterildi, eğitimin etkinliğini ölçmek için anneden geri bildirim alındı.

- Verilen eğitimde ilk olarak anne ile bebek arasında iletişimin düzgün sağlanması için mesajlaşmanın olması gerektiği anneye belirtildi. Eğer çocuk mesajı doğru verebiliyorsa, çocuğun verdiği mesajı anne doğru algılayabiliyorsa veya çocuğun stresini azaltacak yetenekleri var ise çocuk ile anne arasındaki etkili iletişimin sağlanabileceği anneye aktarıldı.

- Annenin çocuk tarafından verilen mesajı alma yeteneğinin kendi kendine değerlendirebilmesi için yardımcı olmaya çalışıldı.

- Anneye çocuğun farklı ortamda huzursuzluk ve parmak emme gibi farklı bir davranış sergilemesinin, çocuk tarafından anneye verilmiş bir mesaj olarak daha önce algılayıp algılamadığı soruldu.

- Çocuğun bulunduğu ortamdaki davranışlarının nedeninin, yaşlılarıyla iletişim güçlüğü yaşamasına bağlı olup olmayacağının anne tarafından düşünülmesinin önemi belirtildi.

- İletişimde mesaj verme yeteneğinin bir diğer önemli faktör olduğu anneye anlatıldı. DS'li çocukların konuşma ve dil yeteneği diğer yaşdaşlarına göre geç geliştiği için çocuğun anneye olan mesajını konuşarak değilde, parmak emme ve huzursuzluk yapma gibi farklı bir davranışla sergileyebileceği belirtildi.

- Annenin çocuğun sergilediği davranışın kaynağını bilmesinin, iletişimi güçlendirmede etkili olduğu ve bu bilgiyi hayatı boyunca kullanması gerektiği hatırlatıldı.

- Örneğin çocuğun bu davranışları sağlam mı, yoksa kendi gibi DS'li, yaş olarak yaşdaş olduğu çocukların mı, küçük veya büyüklerin olduğu ortamlarda mı, gerçekleştirdiğinin anne tarafından izlenmesi gerektiği anneye açıkça anlatıldı.

- Örneğin çocuğun yaşadığı huzursuzluk ve parmak emme yaşıt veya daha büyük çocuklarla iletişim kurduğu zamanlarda meydana geliyorsa, oyun arkadaşı olarak kendinden yaşça küçüklerle birlikte oyun ortamı kurulmasına özen gösterilmesi gerektiği belirtildi.

- Çocuğu değerlendirmedeki amacımızın, yaşadığımız sorunların gelişmeden önce saptanmasının gerekli olduğu anneye belirtildi. Annenin bu konu ile ilgili çevresindeki insanlardan destek alması, oyun ortamı kurulmasına yardım edilmesi ve çocukların B.E. T ile oyun oynamak konusunda aileleri tarafından desteklenmesi gerektiği vurgulandı.

- Ayrıca anne ile imkanlar dahilinde çocuğun ilgi alanına yönelik sosyalleşmesini sağlayacak yöntemler birlikte düzenlenmeye çalışıldı. Anne B.E.T.'nin çok güzel resim yapma yeteneğine sahip olduğunu belirtti. Yeteneğini geliştirmek ve çevre ile iletişimini artırmak amacıyla gidebileceği kurslar birlikte gözden geçirilmeye çalışıldı.

- Anne ile kendi gibi DS'li farklı bebeklerin anneleriyle sosyalleşme adına tanıştırılması ve bilgi paylaşımı sağlanması için iletişime geçilmesi konusunda desteklenmeye çalışıldı. Diğer

annelerinde aynı sorunu yaşayıp yaşamadığının sorgulanması istendi.

- Eğer anne ve çevredeki bireyler tarafından çocuğa ılımlı bir oyun ortamı sağlanır ise çocuğun verdiği farklı tepkilerin ortadan tamamen kalkabileceği belirtildi. Annenin çocuğa duyarlı bir tutumla yaklaşmasının güven duygusunun, seçenekler sunmasını ise keşfetme ve benlik gelişiminin artırılmasını sağlayacağı belirtildi.

- Annenin konu hakkında duyarlılığına destek olmanın gerektiği vurgulandı. Anneye eğer çocuğun verdiği tepkilerin kendi yaş grubu ve üstünde olan sağlam çocuklarla olan ortamda sergilediğini anne gözlemliyor ise öğretmenlerin önerisi olan çocuğun sağlam olan aynı yaş grubuyla birlikte okula gitmesini engelleme duygusuna saygı duyulması gerektiği tekrarlandı.

- Verilen eğitim ve paylaşılan aktarımlar neticesinde annenin bilgi düzeyi tekrar sorgulandı. Çocuğu gözlemlemesinin önemi, farklı davranışların çocuk tarafından verilen bir mesaj olduğu, annenin mesaja uygun yanıt vermesi gerektiği, uygun yanıtla stresin azalacağı anneye tekrar ifade edildi.

- Bir sonraki görüşmede anne tarafından yapılan gözlemler sonucunda çocuğun kendisi gibi DS'li, aynı yaşta olan çocuklarla iletişiminin düzgün olduğu, oyun oynarken huzursuz olmadığı, parmak emmediği fakat anomaliye sahip olmayan ve yaşdaş çocuklar ile bulunduğu ortamlarda oynarken huzursuzluk ve parmak emme gibi davranışları sergilediği ifade edildi.

- Anneye aynı davranışları yaşından küçük sağlam çocuklar ile oyun oynadığında sergileyip sergilemediği sorulduğunda hayır cevabı alındı. Anne gözlemlediği tepkiye anlam veremediğini hemşireye belirtti.

- Annesin sorusu karşılığında hemşire DS'li çocukların dil ve motor gelişiminin aynı yaş sağlam çocuklara göre daha geri olduğunu belirterek, çocuğun yaşıtı veya daha büyük sağlam çocuklar ile yeterince iletişim kuramamasından dolayı ruhsal olarak etkilenip, farklı tepkiler verebileceğini ifade etti.

- Anne Barnard'ın PCI kuramının özünü oluşturan bilgileri hemşireden edinmiştir. Kuramın temelini oluşturan bilgiler temel alınarak annenin yaptığı

gözlemler ışığında çocuğun verdiği mesajı algılayabilmiş, çocuğun mesajına uygun cevap olarak oyun esnasında ortamdaki çocukların yaş gruplarına dikkat etmeye özen göstermiştir.

Anne çocuğu için gösterdiği destekte, çocuğu gibi DS'li çocuklar ile oyun ortamı kurduğu, sağlam çocuklar ile birlikte bulunulan ortamlarda ise sadece kendi yaşından daha küçük çocuklar ile oyun oynamasını sağladığını ifade etmiştir. Böylece anne çocuğu tarafından verilen mesajı doğru algılayıp uygun cevabı vererekadaki kurulan iletişimi güçlendirmiştir.

Annenin çocuğun verdiği mesaja uygun cevabı vermesi sayesinde çocuktaki parmak emme ve huzursuzluk gibi farklı davranışların terk etmesini sağlamıştır. Edindiği bilgi ve tecrübeler için hemşireye teşekkür etmiş, öğretmenin önerdiği yaş grubu ile aynı okulda olma fikrini kabul etmediğini, çocuğunun eğer normal okula gitmesi gerekecek ise birkaç yıl daha erteleyip, kendinden yaş olarak daha küçük olan sağlam çocuklarla okula başlamasını talep ettiğini belirtmiştir.

**Sonuç:** Bu olguya göre Katheryn E. Barnard'ın modelinin kullanımının anneye görüşmeler sonucunda etkili olduğu anne tarafından "çocuğunun davranışlarını algılamada, ihtiyaç doğrultusuna göre uygun cevabı verme yeteneğinde rahatlatma olduğunu ve sergilenen tepkilere karşılık doğru cevabı verebileceği inancına sahip olduğunu" ifade etmesiyle anlaşılmıştır. Ülkemizde yaklaşık 80 bin DS'li kişi bulunmakta olup bu kişilerin ailelerine yardımcı olacak donanıma sahip yeterince sağlık çalışanı olmaması nedeniyle eğitim kurumları ile koordineli çalışmak ve bunun devlet politikası oluşturularak uygulamaya geçilmesi gerekmektedir.

**İletişim:** Canan Sarı

**E-posta:** sari\_adil@hotmail.com

#### **Kaynaklar**

- 1.Öztürk Ö, Andsoy, Özel Gereksinimi Olan Bir Hasta Grubu: Down Sendromlu Çocuklar ve Perioperatif Hemşirelik Yaklaşımları. Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi Cilt: 6 • Sayı: 2 • Nisan 2015.
- 2.DostYaşam(2001). Down Sendromu Nedir? <http://www.dostyasam.org/downnedir.html>, Erişim Tarihi: 12.12.2017.

- 3.İnal, Betül Nefise (2010). Down Sendromu,Down Sendromu Nedir,Tedavisi Var mıdır?.  
<http://gunesrengi.blogcu.com/down-sendromu-down-sendromu-nedirtedavisi-varmidir>. Erişim tarihi: 13.12.2017
- 4.Gerçeksever H i. Down Sendromu çocukların giysilerden kaynaklanan giyinme problemleri ve giysi tercihleri. Selçuk Üniversitesi SBE. Yüksek Lisans Tezi.
- 5.Hayes C. Down syndrome: Caring Holistically in Primary Health Care. Br J Community Nurs 2007;12:404-10.
6. Haché M, Sun L. Perioperative Management of Patients with Down Syndrome. Curr Ped Rev 2009;5:180-3.
- 7.Bull MJ. Clinical Report-Health Supervision for Children with Down Syndrome. Pediatrics 2011;128:393-406.
- 8.Bittles AH, Glasson EJ. Clinical, Social, and Ethical Implications of Changing Life Epectancy in Down Syndrome. Dev Med Child Neurol 2004;46:282-6.
- 9.Kudubeş A A, Bektaş M.Çocukluk Dönemi Kronik Hastalıklarında Kullanılan Model ve Teoriler Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi. DEUHFED 2015,8 (1),39-44
- 10.Ekim A, Ekim G, Ocakçı AF. Ülkemizde teori temelli hemşirelik araştırmaları: Bir gözden geçirme. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2012;5 (4): 157-161.
- 11.McEwen, M., & Willis, E.M. (2006) Theoretical Basis for Nursing (2nd Ed.) United States: Lippincott Williams&Wilkins.
- 12.<http://studylib.net/doc/7162630/kathryn-barnards-parent-child-interaction-model>. Erişim tarihi 12.11.2017
- 13.DEChenay M, Enderson B (2012) Carring for the vulnerable (3rd) Burlington, MA: James & Bartlett Learning.
- 14.Ocakçı A F, Alpar Ş E. Hemşirelikte Kavram, Kuram ve Model Örnek. İstanbul Tıp Kitabevi
- 15.Tomey M A Nursing Theorists and Their Work. 4. Basım 1998 By Mosby – Year Book, Inc
- 16.www. Youtube.com. Kathryn Barnard - parent & child Interaction. Created using Pow Toon. 13.12.2017
- 17.www. Youtube.com. Kathyn Barnard: Value Passion Wherever you Find it. 15.12.2017
- 18.Moyet- L J C. Hemşirelik Tanıları El Kitabı. Çeviri: Erdemir F. Nobel Tıp Kitapevi. 13. Baskı. 2009.
- 19.Birol L. Hemşirelik Süreci. İzmir 2007. 8. Baskı.





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

#### **Yayımlanacak makalelerde aranan özellikler:**

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

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

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

- Makale, aşağıda belirtilen bölümlerden oluşmalıdır:

**1. Başlık Sayfası:** Bu sayfada bulunması gerekenler:

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

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

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

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

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

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

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

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

**6. Tartışma:** Çalışmanın yeni ve önemli yönlerini ve çıkan sonuçları vurgulayınız. Bulguların ne anlama geldiğine ve bunların sınırlarına yer verilmelidir.

**7. Sonuçlar:** Sonuçların amaçlarla bağlantısı kurulmalıdır. Verilerin tam olarak desteklemediği sonuç ve açıklamalardan kaçınılmalıdır. Öneriler de bu bölümde yer alabilir.

**8. Teşekkür:** Çalışmaya katkıda bulunanlara, teknik yardımı olanlara, mali ve gereşel destek verenlere teşekkür edilen bölümdür.

**9. Kaynaklar:** Kullanılan kaynakların yeni ve aktarılan bilgilerin güncel olmasına dikkat edilmelidir. Kaynakları ana metinde ilk

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

**Kaynaklar aşağıda gösterildiği gibi yazılmalıdır.**

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

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

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

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

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

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

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

#### **Yazılarda Uygulanacak Biçimsel Özellikler Kılavuzu**

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

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

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

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

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

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

**7. Yüzdele:** Yüzde işareti (%) ile belirtilebilir.

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

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

**Metinlerin Gönderilmesi:** Metinler, tüm yazarların imzaladığı bir üst yazıyla gönderilmelidir. Bu yazıda metnin tüm yazarlara okunduğu ve onaylandığı, yazarlık hakkı koşullarının gerçekleştiği belirtilmelidir.

Yazılar; <http://dergipark.gov.tr/sted> adresi üzerinden gönderilir. Yayımlanması uygun görülen yazılarda, belirlenen eksikliklerle ilgili düzeltme ve düzenlemeler Yayın Kurulu'na yapılabilir.

Yayımlanmayan yazılar geri gönderilmez. **Klinik ve toplumsal araştırma çalışmalarında yerel etik kurul onayı alınmış olmalıdır.** Etik kurulun bulunmadığı yerler için [sted@ttb.org.tr](mailto:sted@ttb.org.tr) e-posta adresinden bilgi istenebilir.

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