

KAPAK



REKLAM



**Kurucu Editörler / Founding Editors**

Dr. Füsün Sayek

Prof. Dr. Şükrü Hatun

**Editör/ Editor**

Prof. Dr. Orhan Odabaşı

**Yardımcı Editör / Assistant Editor**

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

Prof. Dr. Aysun Balseven Odabaşı

**Aile Hekimliği / Family Medicine**

Dr. Mehmet Özen

**Beslenme ve Diyetetik /  
Nutrition and Dietetics**

Prof. Dr. Gülden Pekcan

Doç. Dr. Hülya Yardımcı

**Çocuk Cerrahisi / Paediatric Surgery**

Prof. Dr. Onur Özen

**Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları/  
Paediatrics**

Prof. Dr. Ufuk Beyazova

Dr. Ali Süha Çalıkoğlu

Prof. Dr. Zelal Ekinci

Prof. Dr. Şükrü Hatun

Prof. Dr. Nural Kiper

Prof. Dr. Serdar Kula

Prof. Dr. Figen Şahin

Dr. Emrah Şeyhoğlu

Prof. Dr. S. Songül Yalçın

Dr. Yılmaz Yıldız

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. Hakan Şen

Dr. Fatih Şua Tapar

**Halk Sağlığı / Public  
Health Medicine**

Prof. Dr. Gazanfer Aksakoğlu

Prof. Dr. Dilek Aslan

Doç. Dr. Özen Aşut

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:** Filmon Baskı Çözümleri A.Ş.

Tel: 0212 671 57 40 Faks: 0212 671 57 43 / Adres: İkitelli Organize

Sanayi Bölgesi Eskoop Sanayi Sitesi B1Blok No:35 Başakşehir – İstanbul

İkitelli Vergi No: 388 076 2704

**Baskı Tarihi:** Nisan 2019



### Merhaba,

Mesleğinizi tanımlarken hangi sözcüğü seçiyorsunuz? Hekim, tabip, doktor. Kendi yaşamımı gözönüne getirdiğimde tıp fakültesini tercih etmeden önce doktor olmak istediğimi dile getirmiştım. Fakülteye kayıt yaptırmadan önce sağlık kurulu raporu için gittiğim hastanede baştabiplikle karşılaştım. Tıp fakültesinin ilk yılı kimi eğiticiler bizlere "hekimliğe adım attığımızı, sorumluluğumuzun büyük olduğunu" söylediler. Kliniğe geçtiğimizde 4. sınıfta yaka kartlarımıza stajyer doktor yazdılar. Son sınıfta yaptığımız iş gibi adı da fakülteden fakülteye değişen intern-intörn doktor olduk. Pratisyen hekim olarak fakülteyi bitirdik. Uzman hekimliğe, hatta alanı belli operatör doktorluğa yıllar öncesinden karar vermiş arkadaşlarımız vardı. Bizler tıp fakültesinde okurken karşılaştığımız kariyer seçenekleri anlatılmadı. Çoğu tıp fakültesi öğrencisine sunulan iki seçenek pratisyen ya da uzman hekimlikle sınırlı kaldı.

Tıpta Uzmanlık Yönetmeliği'nde tanımlanan uzmanlık alanları, ana - yan dallar yanı sıra yüksek lisans ve doktora programları ile edinilen ünvanlar konusunda yaşamın bize öğrettikleri ya da karşımıza çıkan fırsatlarla sınırlı kaldık. Askere gidenlerimiz asteğmen tabiplikle karşılaştılar. Meslek örgütümüzün adında tabip sözcüğüyle, İyi Hekimlik Kuralları'nda hekimlik sözcüğüyle karşılaştık. Yurtdışında bir bilim



Fotoğraf: "Ekmek Kavgası" Dursun Esen  
TTB-STED Fotoğraf Yarışması 2017 Sergi Ödülü

alanında doktora yapmanın bilime doğrudan katkı sunmanın ne denli önemli olduğunu kimilerimiz yaşayarak, kimilerimiz de duyarak öğrendi.

Tıp alanında vazgeçilmez bir biçimde savunduğumuz bir ekip içinde sorumluluk alma, farklı disiplinlerden yetkin kişilerin birlikte çalışması, gerektiğinde danışma çağdaş sağlık hizmet sunumunun çok önemli belirleyicilerindedir. Çok yakın geçmişe kadar hekimlerin çalışma - söz söyleme alanındaki birçok uğraşı, bugün yetkin sahiplerine güven içinde gözümüz arkada kalmadan bırakıyoruz.

Hastalarımızın diyetlerini diyetisyenlerle, egzersiz programlarını fizyoterapistlerle birlikte planlıyor, uyguluyoruz. Bu büyük ekibin içerisinde hekimler kadar diğer mesai arkadaşlarımız da kendi alanlarında yüksek lisans programlarına katılıyor, alan bilgisine özgün katkı sunmak iddiasıyla doktora programlarına katılıp başarıyla diplomalarını alıyorlar. Bu zorluğun, emek yoğun çabanın her açıdan yüreklendirilmesi gerekiyor. Bu çaba doğal olarak akademik kariyerle zamanla doçentlik, profesörlük ünvanlarıyla taçlanıyor. Bizleri mutlu eden bu durumun medyanın gelişkinliği ile birlikte ortaya koyduğu kimi sıkıntılar da belirdi. Doktorasını tamamlamış ancak, tıp fakültesi mezunu olmayan bir sağlık çalışanı "Dr." ünvanını sonuna kadar hak ettiği için kullanıyor.

Özellikle görsel medyada son zamanlarda, sağlık bilimleri alanı yanı sıra farklı bilim dallarından (kimya, ilahiyat, botanik vb.) doçent ya da profesör doktor ünvanlı kişilerin de sağlık konularında katıldıkları programlarda açıklamalar yaptıkları gözlenmekte. Bu kişiler toplumun büyük bir bölümü tarafından tıp fakültesi kökenli, tıpta uzmanlık dallarından bir uzmanlığı var kabulü ile izlenmekte, farklılık gözetilmemekte, tıp bilimi ile uyuşmayan bir tablo ortaya çıkmakta.

Doktora yapmanın son derece önemli olduğunun bilincindeyiz. Bizler MD (medical doctor) kısaltmasında olduğu gibi tıp sözcüğünden hareketle "T" tıp fakültesinden mezun olanlar için "TDr." kısaltmasını öneriyoruz. "Uzm. TDr.", "Op. TDr.", "Doç. TDr.", "Prof. TDr." İsmimizin önüne TDr. kısaltmasını yazıp bakar mısınız? Sanırım bu yolla bilim doktorası yapanların hakkını teslim ederken, hepimizin aklındaki bir soru işaretini de giderebiliriz. Ne dersiniz?

**Bilimsel ve dostça kalın...**

## Araştırma / Research

- İşyeri Hekimlerinin İleri Mesleki Eğitim İhtiyaçları 77  
*The Needs of Occupational Health Physicians for Advanced Vocational Training*  
Güven Gökgöz, Raziye Ertuğrul-Uyar, Ali Naci Yıldız
- Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde Bebeği Yatan Anne-Babaların Anksiyete ve Depresyon Düzeylerinin İncelenmesi 87  
*The Analysis of Anxiety and Depression Levels among Parents Whose Newborns were Hospitalized at Neonatal Intensive Care Unit*  
Meltem Akbaş, Emine Akça, Ayşe Şenoğlu, Şule Gökyıldız Sürücü
- Akşehir Sağlık Yüksekokulu Öğrencilerinin Özyeterlilik Düzeyleri ve Toplumsal Cinsiyet Algılarının Belirlenmesi 98  
*The Determination of the Self-Efficacy Levels and Gender Perception among the Students of the Akşehir School of Health*  
Funda Özpuolat, Şevkat Bahar Özvarış
- Madde Kullanım Varlığının, Suç İşleyen ve İşlemeyen Hastalarda Suç ve Şiddet Özelliklerine Etkisi 108  
*The Impacts of Presence of Substance Abuse on the Crime and Violence Characteristics in Offender and Non-Offender Patients*  
Sevgi Nehir, Hicran Epsöylü
- Üniversite Öğrencilerinde Akıllı Telefon Bağımlılığı İle Servikal Bölge-Üst Ekstremitte Ağrısı Arasındaki İlişki 114  
*Relationship Between Smartphone Addiction and the Pain in Cervical Region-Upper Extremity among University Students*  
Ayla Günal, Serkan Pekçetin
- Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde Aile Merkezli Bakım: Anne Görüşleri 120  
*Family-Centered Care in the Neonatal Intensive Care Unit: Mothers' Opinions*  
Seda Çağlar, Işıl Ar, Beril Yaşa, Şirin Kurt
- Kronik Hastalığa Sahip Çocuk-Ergen ve Ebeveynlerinin Yaşam Kalitesi Algıları 127  
*The Perceptions of the Children-Adolescents with a Chronic Disease and Their Parents about Quality of Life*  
Tufan Aslı Sezer, Sibel Erkal İlhan

## Derleme / Review Article

- Tıp Eğitimi ve Sosyal Sorumluluk 137  
*Medical Education and Social Responsibility*  
Meral Demirören
- Postmenopoz Dönemdeki Kadınlarda Sağlık İnanç Modeli Temelli Kısa Görüşmelerin Osteoporozdan Korunma Bilgi, Tutum ve Davranışlarına Etkisi 145  
*The Role of Nurse in Prevention of Postmenopausal Osteoporosis and in Changing Patients' Health Beliefs*  
Nurcan Kolaç, Ayşe Yıldız

## Kapak Fotoğrafı / Cover Photo



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

**Tıbbi Sekreter: İsmail Aybey "Tütün Çocukları"**  
STED Fotoğraf Yarışması 2018 Başarı Ödülü



# İşyeri Hekimlerinin İleri Mesleki Eğitim İhtiyaçları\*

## The Needs of Occupational Health Physicians for Advanced Vocational Training

Güven Gökğöz<sup>1</sup>, Raziye Ertuğrul-Uyar<sup>2</sup>, Ali Naci Yıldız<sup>3</sup>

DOI:10.17942/sted.460824

Geliş/Received : 17.09.2018

Kabul/Accepted : 24.02.2019

### Öz

**Giriş-Amaç:** İş sağlığı ve güvenliği alanındaki bilimsel gelişmeler, mevzuat ve standartlarda güncellemeler ülkemizde yenileme eğitimlerinin zorunluluğunu tekrar gündeme getirmektedir. Araştırma, işyeri hekimlerinin ihtiyaç duydukları eğitim konularının saptanması amacıyla yapılmıştır.

**Gereç-Yöntem:** Araştırma tanımlayıcı tiptedir, e-anket yöntemi ile Nisan-Temmuz 2018 tarihlerinde yapılmıştır. Yanıtlayan 561 kişi araştırma grubunu oluşturmaktadır. İş Sağlığı ve Güvenliği Genel Müdürlüğü'nden izin alınmıştır.

**Bulgular:** Katılımcıların %36,5'i 20-29 yıl önce mezun olmuştur, %54,6'sı Türk Tabipleri Birliği'nden sertifika eğitimi almıştır. Yüzde 94,1'i halen, %56,2'si ortak sağlık ve güvenlik birimi bünyesinde çalışmaktadır. Yüzde 28,4'ü "sertifika eğitimi içerik bakımından yeterlidir", %47,4'ü "sertifika eğitimi, sahada çalışırken ihtiyaç duyulan bilgi ve beceriler bakımından yeterlidir" önermelerine katılmadığını ya da hiç katılmadığını belirtmiştir. İleri mesleki eğitim için önerilen ilk 5 konu (kişi ve yanıt sayısına göre sırası ile) şunlardır: Görev yetki, sorumluluklarının hukuksal boyutu (%37,3-%12,5), sağlık gözetimi (%30,7-%10,3), sektörlere özel konular (%29,9-%10,0), işle ilişkili hastalıklar, risk faktörleri, tanı ve izlem çalışmaları ile elektrokardiyografi yorumlama (%27,6-%9,3), solunum fonksiyon testi temel değerlendirme (%25,8-%8,8).

**Tartışma-Sonuç:** İşyeri hekimlerinin ileri mesleki eğitimleri planlanmalı, eğitimlerin kapsam ve süresinin belirlenmesinde işyeri hekimlerinin ihtiyaç ve talepleri dikkate alınmalıdır. Pratik uygulamalara yönelik beceri eğitimleri ve sektörel konular önemsenmelidir.

**Anahtar sözcükler:** Eğitim gereksinimleri değerlendirme, İşyeri hekimi, İleri mesleki eğitim, Yenileme eğitimi

### Abstract

**Introduction-Objective:** The scientific developments in the area of occupational health and safety, the updates on legislation and standards bring the necessity for renewal training to the agenda again in our country. The research was conducted in order to determine the topics to be covered at renewal training needed by occupational physicians.

**Material-Methods:** This descriptive research was conducted using the e-questionnaire method between April and July 2018. 561 respondents constituted the research population. Permission was obtained from the Directorate General of Occupational Health and Safety.

**Findings:** Of the participants, 36,5% have been graduated 20-29 years ago, 54,6% have received certification courses from the Turkish Medical Association. 94,1% of participants were still working actively, 56,2% were working at common health and safety units. 28,4% and 47,4% of them disagreed or strongly disagreed with the statements that "certification training was adequate in terms of its content" and "certification training was adequate in terms of knowledge and skills needed for practice", respectively. Top-five topics suggested for advanced vocational training (by the percentages of the participants and responses respectively) were as follows: legal aspects of the authority and responsibilities for performance of the duty (37,3%-12,5%), health surveillance (30,7%-10,3%), sector-specific issues (29,9%-10,0%), work-related diseases, risk factors, studies on diagnosis and follow-up and evaluation of electrocardiography (27,6%-9,3%), and basic interpretation of pulmonary function test (25,8%-8,8%).

**Discussion-Conclusion:** Advanced vocational training for occupational health physicians should be planned, the needs and demands of them should be considered when determining the appropriate duration and content of the training. Practical skills training and sector-specific topics should be particularly included.

**Key words:** Educational needs assessment, Occupational health physician, Advanced vocational training, Renewal training

\*Bu araştırmanın bildiri formatında hazırlanan bir kısa metni, 04-06.10.2018 tarihlerinde İzmir'de düzenlenen Meslek Hastalıkları Kongresi'nde sözlü bildiri olarak sunulmuştur. (Gökğöz G, Ertuğrul-Uyar R, Yıldız AN. İşyeri Hekimlerinin İleri Mesleki Eğitim İhtiyaçları. Meslek Hastalıkları Kongresi, 4-6 Ekim 2018, İzmir. Sözlü Bildiri, S7.)

1 Arş. Gör. Dr.; Hacettepe Ü. Tıp Fak. Halk Sağlığı AD, Ankara (ORCID No: 0000-0003-1745-7341)

2 İSG Uzmanı, Dr.; T.C. Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı İş Sağlığı ve Güvenliği Genel Müdürlüğü, Ankara (ORCID No: 0000-0001-5678-1051)

3 Prof. Dr.; Hacettepe Ü. Tıp Fak. Halk Sağlığı AD, Ankara (ORCID No: 0000-0001-8148-4710)

## Giriş

Hekimlerin mesleki uygulamalarını etkileyen en önemli faktörlerden biri bilgi birikimleridir. Genel kanının aksine, uzun yıllara dayalı deneyime sahip hekimlerin çoğunluğunun, sürekli eğitim almadıkları takdirde daha az tıbbi bilgi sahibi oldukları belirlenmiştir (1,2). Sürekli tıp eğitimi işyeri hekimleri için de önem taşımaktadır. İş sağlığı ve güvenliği (İSG) alanında yaşanan bilimsel gelişmeler, mevzuat değişiklikleri, ulusal ve uluslararası standartlarda güncellemeler ülkemizde yenileme eğitimlerinin zorunluluğunu tekrar gündeme getirmektedir. Bu eğitimler sayesinde, iş sağlığı uygulamalarında, mesleki risk faktörlerinin azaltılması ve hastalıkların zamanında teşhisi ve tedavisinin sağlanması mümkün olabilecektir (3,4). İşyeri hekimlerinin ihtiyaç duydukları eğitim konu başlıklarının saptanması amacı ile bu çalışma yapılmıştır.

İşyeri sağlık ve güvenlik hizmeti, işyerini sağlıklı ve güvenli bir ortam haline getirerek çalışanların sağlığını korumak ve geliştirmek amacı ile, işyeri içinde kurulmuş olan ya da işyeri dışındaki bir kuruluş tarafından sağlanan tıbbi ve teknik hizmetler bütünüdür (5). Bu hizmetlerin sağlanması bakımından ulusal ve uluslararası çeşitli düzenlemeler bulunmaktadır. Bu kapsamda, işyeri hekimlerinin görev ve sorumlulukları üzerine odaklanan, III. Ulusal Politika Belgesi ve 2014-2018 İş Sağlığı ve Güvenliği Eylem Planı Hedef 1, Eylem 1.7, Hedef 6, Eylem 6.4 ile 2005 yılında Türkiye tarafından onaylanan İş Sağlığı ve Güvenliği Sözleşmesi, 1981 (No.155) ve İş Sağlığı Hizmetleri Sözleşmesi, 1985 (No.161)'in Türkiye'de uygulanmasına ilişkin olarak Uluslararası Çalışma Örgütü (International Labour Organization-ILO) Uzmanları Komitesi'nin 2014 ve 2015 yıllarındaki yorumları da önem taşımaktadır (5,6).

İşyeri hekimlerinin istihdamına ilişkin düzenlemelere 1930 tarihli Umumi Hıfzıssıhha Kanunu'nun (1593 sayılı) 180. maddesinde yer verilmiş, bu düzenlemeler doğrultusunda 04.07.1980 tarihinde yayımlanan İşyeri Hekimlerinin Çalışma Şartları ile Görev ve Yetkileri Hakkındaki Yönetmelik (Resmi Gazete Sayı: 17037)'te iş sağlığı hizmetleri açıklanmıştır. Bu yönetmelikte işyeri hekiminin yetkilendirilmiş bir makam tarafından eğitim almış olması gerektiği hükmü yer almış, ancak eğitime ilişkin ayrıntılı

düzenleme yapılmamıştır (5). Türk Tabipleri Birliği (TTB), işyeri hekimleri için ilk sertifika eğitim programını 1988 yılında geliştirmiş, uygulamış ve 2005 yılına kadar sürdürmüştür. Eğitim programı, başlangıçta 36 saat olarak düzenlenmiş ve daha sonra 64 saate çıkarılmıştır. Temel eğitim programlarına ek olarak, teorik ve pratik bölümlerden oluşan sürekli eğitim de 1996-2005 yılları arasında gerçekleştirilmiştir (6,7).

İş Kanunu (2003, 4857 sayılı), işyeri hekimlerinin eğitim programlarını düzenleme ve sürdürme sorumluluğunu Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı'na vermiş, eğitimler 2004 yılından itibaren Çalışma ve Sosyal Güvenlik Eğitim ve Araştırma Merkezi (ÇASGEM) tarafından verilmiştir. İşyeri hekimlerinin 5 yıllık aralıklarla Bakanlık tarafından düzenlenecek yenileme eğitimlerine katılmaları zorunlu tutulmuştur. İş Kanunu'nda 2008 yılında 5763 sayılı Kanunla yapılan değişikliğe istinaden yeni bir Yönetmelik düzenlenmiş, eğitim programı 220 saatlik temel eğitim haline getirilerek, 7 yıllık aralıklarla en az 24 saatlik yenileme eğitim programları öngörülmüştür.

İşyeri hekimleri için yenileme eğitimi zorunluluğu 16 Aralık 2003 tarihinde (İşyeri Sağlık Birimleri ve İşyeri Hekimlerinin Görevleri ile Çalışma Usul Esasları Hakkında Yönetmelik, Resmi Gazete Sayı: 25318, Madde 20 - İşyeri Hekimleri, Bakanlıkça belirli aralıklarla yenileme eğitimlerine tabi tutulur) getirilmiş, 18 Aralık 2014 tarihinde (İşyeri Hekimliği ve Diğer Sağlık Personelinin Görev, Yetki, Sorumluluk ve Eğitimleri Hakkında Yönetmelik, Resmi Gazete Sayı: 28713, Mülga: Resmi Gazete 18.12.2014, 29209) kaldırılmıştır (8).

İş Kanunu'nun işyeri hekimliği ve iş güvenliği uzmanlığını düzenleyen 81. ve 82. maddelerinde, 2010 yılında 6009 sayılı Kanunla yapılan değişiklik sonrası, İşyeri Hekimlerinin Görev, Yetki ve Sorumlulukları ve Eğitimleri Hakkında Yönetmelik ve İş Güvenliği Uzmanlarının Görev, Yetki ve Sorumlulukları ve Eğitimleri Hakkında Yönetmelik (27768 sayı ve 27.11.2010 tarihli RG) yayınlanmış; eğitim verme yetkisi, belirlenen standartlar doğrultusunda üniversiteler ve meslek kuruluşları da dahil olmak üzere kamu ve özel kuruluşlara da verilmiş, yenileme eğitim programlarının aralıkları 7 yıldan 5 yıla indirilmiş ve yenileme eğitiminin süresi en az 30 saat olarak belirlenmiştir.



İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu (2012, 6331 sayılı) sonrası mevzuatta önemli düzenlemeler yapılmıştır. Kanun ve İşyeri Hekimi ve Diğer Sağlık Personelinin Görev, Yetki, Sorumluluk ve Eğitimleri Hakkında Yönetmelik (20.07.2013)'te işyeri hekimi, İSG alanında görev yapmak üzere Bakanlık tarafından yetkilendirilmiş işyeri hekimliği belgesine sahip hekim olarak tanımlanmakta ve eğitimine ilişkin ayrıntılı düzenlemeler bulunmaktadır. İşyeri hekimlerinin eğitim programları teorik ve uygulamalı olmak üzere iki bölümden oluşmakta ve programın içeriği ile programda görevli eğiticilerin nitelikleri Genel Müdürlük tarafından belirlenmektedir. Eğitim programının süresi, teorik kısmı 180 saatten, uygulama kısmı 40 saatten ve toplamda 220 saatten az olamaz ve bu bölümler ancak tek bir program kapsamında uygulanabilir. Teorik eğitimin en fazla yarısı uzaktan eğitim ile verilebilir. Uygulamalı eğitimler, işyeri hekimleri için en az bir işyeri hekiminin görevlendirilmiş olduğu işyerlerinde yapılır.

#### **Gereç ve Yöntem**

**Araştırmanın Yeri:** Araştırma Ankara'da, T.C. Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı İş Sağlığı ve Güvenliği Genel Müdürlüğü bünyesinde faaliyet gösteren İş Sağlığı ve Güvenliği Kayıt, Takip ve İzleme Programı (İSG-KATİP) üzerinden yapılmıştır. Program, Türkiye'deki bütün işyeri hekimlerinin kayıtlı olması gereken bir yazılımdır.

**Araştırmanın Zamanı:** Nisan 2018'de başlayan araştırma süreci Temmuz 2018'de tamamlanmıştır.

**Araştırmanın Tipi:** Tanımlayıcı tipte epidemiyolojik bir araştırmadır.

**Araştırma Grubu:** İSG-KATİP'te 26 Haziran 2018 tarihinde kayıtlı olan 35.108 işyeri hekiminden ankete yanıt veren 561 hekim araştırma grubunu oluşturmaktadır (9).

**Araştırmanın Veri Toplama Aracı ve Yöntemi:** Elektronik anket formu, katılımcıların bazı sosyodemografik bilgileri, öğrenim ve çalışma yaşamlarına ilişkin bazı bilgileri, ileri mesleki eğitimler için öncelikli önerdiği konulara ilişkin görüşlerine dair 14 sorudan oluşmaktadır. Öncelikli olarak önerilen ileri mesleki eğitim konuları için 17 başlıktan oluşan listeden (Tablo 4)

en az bir en fazla üç konu seçilmiş, 3'ten fazla öneri ya da ilave konular (Tablo 5) var ise diğer başlığı altına yazılmıştır. Diğer başlığı altına yazılıp listede olanlar, listeden seçilen yanıtlara eklenmiştir.

Bağlantı linki Genel Müdürlük yetkililerince 26.04.2018 tarihinde İSG-KATİP sistemine yerleştirilmiş ve sistem üzerinden duyurusu yapılmış, 2 aylık süre içinde 2 kez hatırlatma amaçlı e-mail gönderilmiş, 26.06.2018 tarihinde veri toplama süreci sonlandırılmıştır.

**Verilerin Analizi:** Araştırmada toplanan verilerin istatistik analizleri için SPSS 23.0 istatistik paket programı kullanılmıştır. Analizler sonucu tanımlayıcı istatistikler yüzde, ortalama, standart sapma, ortanca, tepe değeri, en küçük-en büyük değerler olarak belirtilmiştir.

**İnsan Gücü:** Araştırmanın insan gücünü 3 araştırmacı oluşturmaktadır. İş Sağlığı ve Güvenliği Kayıt, Takip ve İzleme Programı (İSG-KATİP) yetkilileri teknik destek sağlamıştır.

**Etik Konular:** Araştırmanın yapılması için T.C. Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı İş Sağlığı ve Güvenliği Genel Müdürlüğü'nden izin alınmıştır. Araştırmaya katılımda gönüllülük esas alınmıştır. Araştırma süreci ve sonrasında katılımcılardan toplanan bütün bilgiler gizli tutulacak, bilimsel amaçlar dışında kullanılmayacaktır.

#### **Bulgular**

Elektronik anket formunu 561 işyeri hekimi doldurmuştur. Yaklaşık beşte dördü (%79,0) erkek, beşte ikisi (%39,2) 45-54 yaş grubundadır (Ort.±SS: 48,2±10,3; Ortanca: 49; Tepe değeri: 50; En küçük değer: 25; En büyük değer: 77) (Tablo 1).

Katılımcıların üçte birinden fazlası (%36,5) 20-29 yıl önce tıp fakültesinden mezun olmuştur (Ort.±SS: 23,4±10,3; Ortanca: 25; Tepe değeri: 26; En küçük değer: 1; En büyük değer: 53). Beşte ikisinden fazlası (%44,3) 10 yıldan kısa süre önce işyeri hekimliği sertifikası almıştır (Ort.±SS: 13,7±9,6; Ortanca: 15; Tepe değeri: 5; En küçük değer: Bir yıldan az; En büyük değer: 31). Yarıdan fazlası (%54,6) işyeri hekimliği sertifika eğitimini Türk Tabipleri Birliği'nden almıştır (Tablo 1).

**Tablo 1.** Katılımcıların bazı özelliklerine göre dağılımı (Temmuz 2018)

Özellik	Alt grup	Sayı	Yüzde
Yaş	25-34	60	11,5
	35-44	120	22,9
	45-54	205	39,2
	55-64	107	20,5
	65-77	31	5,9
	Toplam	523	100,0
Tıp fakültesinden mezun olduktan sonra geçen süre (yıl)	<10	67	12,0
	10-19	121	21,6
	20-29	204	36,5
	30-39	139	24,9
	40-53	28	5,0
	Toplam	559	100,0
İşyeri hekimliği sertifikası aldıktan sonra geçen süre (yıl)	<10	247	44,3
	10-19	111	19,9
	20-31	199	35,8
	Toplam	557	100,0
İşyeri hekimliği sertifika eğitimini aldıkları kurum	Türk Tabipleri Birliği	305	54,6
	Özel öğretim kurumu	230	41,1
	Kamu (Üniversite, ÇAŞGEM)	24	4,3
	Toplam	559	100,0

Araştırmaya katılan işyeri hekimlerinin %94,1'i halen işyeri hekimliği yapmaktadır. Yarından fazlası (%56,2) Türk Ticaret Kanunu'na göre faaliyet gösteren şirketler (özel sektör) tarafından kurulan Ortak Sağlık Güvenlik Birimi (OSGB) çalışanıdır. Katılımcılar 20 farklı sektörde (aylık çalışma süresinin en uzun olduğu sektör) işyeri hekimi olarak çalışmaktadır. İşyeri hekimlerinin %17,4'ü inşaat; %17,0'si metal; %9,4'ü petrol, kimya, lastik, plastik ve ilaç sektörlerinde hizmet vermektedir (Tablo 2).

Halen işyeri hekimliği yapmakta olan 527 katılımcının yaklaşık dörtte üçü (%73,0) 10 yıldan kısa süredir kesintisiz olarak işyeri hekimliği yapmaktadır (Ort.±SS: 7,7±7,6; Ortanca: 5; Tepe değeri: 5; En küçük değer: Bir yıldan az; En büyük değer: 41). Yaklaşık üçte ikisi (%65,6) ayda 100-199 saat işyeri hekimi olarak çalışmaktadır (Ort.±SS:135,8±67,4; Ortanca: 171,5; Tepe değeri: 180; En büyük değer: 390) (Tablo 2).

Katılımcıların işyeri hekimliği sertifika eğitimlerine ilişkin görüşleri sorulmuştur. Katılımcıların %3,4'ü "İşyeri hekimliği sertifika eğitimi içerik bakımından yeterlidir." önermesine hiç katılmadığını, %25,0'ı katılmadığını, %50,5'i

katıldığını, %13,6'sı kesinlikle katıldığını; %7,5'i ise bu konuda fikri olmadığını belirtmiştir. "İşyeri hekimliği sertifika eğitimi, sahada çalışırken ihtiyaç duyulan bilgi ve beceriler bakımından yeterlidir." önermesine ise %6,8'i hiç katılmadığını, %40,6'sı katılmadığını, %5,4'ü katıldığını, %38,4'ü kesinlikle katıldığını; %8,8'i fikri olmadığını belirtmiştir (Tablo 3).

İleri mesleki eğitimler için önerilen konu başlıklarına araştırmaya katılan 561 kişi toplamda 1671 yanıt vermiştir. İlk 5 konu, sırası ile kişi sayısına ve yanıt sayısına göre sıklıkla şunlardır; İşyeri hekimlerinin görev yetki, sorumluluklarının hukuksal boyutu ve sorumluluklar" (%37,3-%12,5), "Sağlık gözetimi uygulamaları" (%30,7-%10,3), "Sektörlere özel konular" (%29,9-%10,0), "Çalışma yaşamında işle ilişkili hastalıklardan hipertansiyon ve diabetes mellitus, risk faktörleri, tanı ve izlem çalışmaları, EKG yorumlama" (%27,6-%9,3), "Solunum fonksiyon testleri uygulama prensipleri ve temel değerlendirme" (%25,8-%8,8) (Tablo 4). Katılımcıların seçeneklerde sunulanlara ek olarak en sık önerdikleri konuların; "Meslek hastalıkları ve işle ilişkili hastalıklar, kuşku olgulara yaklaşım, tanı, takip ve önlemler" (18 kişi), "Ergonomi ve kas-iskelet sistemi rahatsızlıkları" (9

kişi), "İSG alanında kullanılan bilişim teknolojileri, bilgi-işlem yazılımları" (7 kişi) ve "İşyerinde maruz kalınan kimyasal etmenler ve sağlık riskleri" (7 kişi) olduğu görülmüştür (Tablo 5).

Araştırmaya katılan işyeri hekimlerinden bazıları eğitimle ilgili konulara ek olarak, bazı sorunlar ve taleplerini belirtmişlerdir, bunların başlıcaları Tablo 6'da verilmiştir.

### Tartışma

Eğitim bir süreçtir ve devamlılığı önemlidir. Periyodik ileri mesleki eğitimler, hem öğrenilen bilgilerin hatırlanmasını hem de yeniliklerden haberdar olunarak mesleki bilgilerin güncellenmesini sağlar. Doğrudan insan sağlığıyla ilgilenen bir meslek grubu olan hekimler için de ileri eğitimler çok önemlidir (10).

Tıbbi literatüre her gün yeni bilgiler eklenmekte, mevcut bilgiler gelişmekte, değişmektedir. Tıbbi bilginin iki katına çıkma süresinin; 2010'da 3,5 yıl olduğu, 2020'de ise yalnızca 0,2 yıl (73 gün) olacağı tahmin edilmektedir (11). Araştırmaya katılan işyeri hekimlerinin önemli bir kısmının (%88,0) tıp fakültesinden 10 yıl ve daha uzun süre önce mezun olduğu, yarıdan fazlasının (%55,7) ise işyeri hekimliği sertifikasını 10 yıl ve daha uzun süre önce aldığı (Tablo 1) dikkate alınırsa konunun önemi daha da belirgin duruma gelmektedir. İngiltere'de işyeri hekimleri ile yapılan bir araştırma sonuçlarına göre; işyeri hekimlerinin özellikle yaşam kalitesi ve genel sağlık gözetimi ile ilgili bazı ölçekler hakkında farkındalıkları ve çoğu ölçegin kullanım sıklıkları çok düşüktür. Daha eski tarihlerde kullanıma giren ölçeklerin bilinirliğinin daha fazla olması daha yaşlı hekimler tarafından da bilinmeleri ile açıklanmıştır (12). Araştırmada gerek mevzuat bilgisi ve hukuki bilgi gerekse tıbbi bilgi ve becerileri içeren işyeri hekimliği ile ilgili konuların tümünün katılımcılardan talep görmesi de (Tablo 4) ileri mesleki eğitimlerin önemli bir ihtiyaç olduğunu destekler niteliktedir.

Avrupa'da işyeri hekimlerinin sağlaması gereken yeterliliklerin belirlenmesi için European Association of Schools of Occupational Medicine (EASOM), Occupational Medicine Section of the Union of European Medical Specialities (UEMS) ve European Network of Societies of Occupational Physicians (ENSOP) üyesi

uzmanların katılımıyla kapsamlı bir araştırma yapılmıştır. Katılımcıların İSG konularının toplandığı sekiz ana konu başlığını değerlendirerek önem ve öncelik hakkında görüş bildirdikleri araştırmanın sonuçlarına göre en önemli ve öncelikli üç konu başlığı şu biçimde sıralanmıştır: meslek hastalıkları tanısı ve risk değerlendirmesi, araştırma yöntemleri ve iş sağlığı hukuku ve etiği (13). Yine Avrupa'da yapılan benzer bir araştırmada yeterlilik gerektiren konuların önem ve öncelikleri işyeri hekimliği hizmeti alıcısı olan işverenler ve çalışan temsilcileri tarafından değerlendirilmiş; ilk 3 konu başlığı şu biçimde sıralanmıştır: İş sağlığı hukuku ve etiği, mesleki sağlık risklerinin değerlendirilmesi ve işe uygunluk ve maluliyet değerlendirmesi (14). İki araştırmada öne çıkan konular ve sıralamalarında farklılıklar olması kayda değerdir. Gerek işyeri hekimliği eğitimleri gerek ileri mesleki eğitimler planlanırken İSG profesyonellerinin belirttiği ihtiyaçların yanı sıra işveren ve çalışanların görüşleri de dikkate alınmalıdır.

Sunulan seçenekler arasında olmayan konulardan, ileri mesleki eğitimlerde olması en fazla katılımcı tarafından önerilen konu "meslek hastalıkları, işle ilişkili hastalıklar ve ilgili konular" olmuştur (Tablo 5). Bu yönüyle araştırma sonuçları, Avrupa'da yapılan araştırmanın (13) sonuçlarıyla benzerlikler içermektedir. Türkiye'de birçok nedenle meslek hastalıklarının tanı almasında ciddi yetersizlikler olduğu bilinmektedir (15). İhtiyaç duyulan yasal düzenlemelerin yapılmasının, sorunun çözümlenmesi için mutlak gereklilik olmasının yanında; süreçte önemli rol alan işyeri hekimlerinin konu hakkında daha fazla bilgiye ihtiyaç duyması da göz ardı edilmemelidir. Planlanacak işyeri hekimleri ileri mesleki eğitimlerinde, meslek hastalıkları ve işle ilişkili hastalıklar; olgulara yaklaşım, tanı, tedavi ve alınacak önlemler konularına da yer verilmelidir.

Katılımcıların, planlanacak eğitimler kapsamında öncelikli olması gerektiğini düşündükleri konular arasında "sektörlere özel konular" ilk sıralarda yer almıştır (Tablo 4). Tüm işyeri hekimlerinin ihtiyacı olan İSG alanındaki temel konuların yanı sıra; farklı sektörlerde hizmet veren işyeri hekimlerinin ihtiyacı olan, çalıştığı sektöre özel çalışan sağlığı konuları dikkate alınarak eğitimler çeşitlendirilmelidir.

**Tablo 2.** Katılımcıların işyeri hekimi olarak çalışmalarına ilişkin bazı verilerin dağılımı (Temmuz 2018)

Özellik	Alt grup	Sayı	Yüzde
İşyeri hekimi olarak kesintisiz çalıştıkları süre (yıl)	<10	385	73,0
	10-19	77	14,6
	20-29	61	11,6
	30-41	4	0,8
	Toplam	527	100,0
İşyeri hekimi olarak bir ayda çalıştıkları süre (saat)	<100	150	28,5
	100-199	345	65,6
	200-299	29	5,5
	≥300	2	0,4
	Toplam	526	100,0
İşveren	TTK'ye göre faaliyet gösteren OSGB	293	56,2
	Kendi adına, bireysel	68	13,1
	TTK'ye göre faaliyet gösteren şirkette asli işinin yanı sıra	48	9,2
	Kamu kurumunda asli işimin yanı sıra	41	7,9
	Aile hekimliği ve işyeri hekimliği	19	3,6
	Kamu kurumu/kuruluşu OSGB	19	3,6
	Organize sanayi bölgesi OSGB	16	3,1
	Diğer***	17	3,3
	Toplam	521	100,0
Sektör	İnşaat	91	17,4
	Metal	89	17,0
	Petrol, kimya, lastik, plastik ve ilaç	49	9,4
	Dokuma, hazır giyim ve deri	41	7,8
	Madencilik ve taş ocakları	37	7,1
	Genel işler	29	5,5
	Sağlık ve sosyal hizmetler	25	4,8
	Enerji	23	4,4
	Ticaret, büro, eğitim ve güzel sanatlar	23	4,4
	Gıda sanayi	22	4,2
	Çimento, toprak ve cam	21	4,0
	Ağaç ve kâğıt	13	2,5
	Taşımacılık	13	2,5
	İletişim	11	2,1
	Konaklama ve eğlence işleri	11	2,1
	Banka, finans ve sigorta	10	1,9
	Diğer****	16	3,1
	Toplam	524	100,0

\*OSGB: Ortak Sağlık Güvenlik Birimi

\*\*TTK: Türk Ticaret Kanunu

\*\*\*Diğer: Hem bireysel hem de TTK'ye göre faaliyet gösteren OSGB (8 kişi), OSGB firma sahibi, işveren (5 kişi), Toplum Sağlığı Merkezi (2 kişi), hastane bünyesinde gönüllü (1 kişi), eğitici (1 kişi)

\*\*\*\*Diğer: Gemi yapımı ve deniz taşımacılığı, ardiye ve antrepoculuk (8 kişi), savunma ve güvenlik (4 kişi), avcılık, balıkçılık, tarım ve ormancılık (2 kişi), basın, yayın ve gazetecilik (2 kişi)

Sürekli gelişen ve değişen dünyada her gün yeni iş alanları ve sağlık riski oluşturan yeni durumlar ortaya çıkmaktadır. Araştırmaya katılan işyeri hekimlerinin %28,4'ünün işyeri hekimliği sertifikası eğitiminin içeriğini yeterli bulmaması; %47,4'ünün ise eğitim içeriğinin sahada çalışırken ihtiyaç duyulan bilgi ve beceriyi karşılamadığını düşünmesi (Tablo 3) dikkat çekici bulgulardır. Bu bulgular ışığında yalnızca ileri mesleki eğitimlerin planlanması da yeterli olmayabilir. İşyeri hekimliği sertifikası eğitimi müfredatında da düzenlemeler yapılmalı ve içeriğin sahadaki ihtiyaçları karşılayabilmesi sağlanmalıdır.

Uluslararası Çalışma Örgütü Türkiye Ofisi tarafından yayınlanan İSG Profesyonellerinin Eğitim Programlarının Gözden Geçirilmesi başlıklı raporda da sürekli eğitimin önemi vurgulanmış ve şu konulara yer verilmiştir: Bir bütün olarak mesleki eğitimde, sürekli eğitime duyulan gereksinim konusunda farkındalık artmaktadır. İSG alanında, bilinen tehlikelere ilişkin yeni bilgiler ve teknolojiye ilişkin değişikliklerden kaynaklanan yeni sorunlar hızla artmaktadır ve İSG uygulayıcıları sistematik bir çaba göstermeksizin güncel kalamamaktadır. Bu alanda sürekli eğitim, resmi ya da gayri resmi, gönüllü ya da zorunlu olabilir. Her İSG uygulayıcısı için, en azından kendi disiplinlerinde önemli profesyonel dergileri takip edebilmek esastır. Yeni bir tehlike ile karşılaşıldığında, konuya ilişkin literatür taraması yapmak yararlı olacaktır; güncel metinlere sürekli ve doğrudan erişim olanağı her tür İSG uygulaması için gereklidir. Konferanslar, çalıştaylar, dersler ya da seminerleri içeren formal eğitimler

planlanabilir; meslek örgütleri ve eğitim kurumları da bu programlara destek sağlayabilir. Ulusal ya da uluslararası konferanslar ya da seminerler, katılımcılara programdan yararlanmanın yanı sıra, diğer uygulayıcılar ya da araştırmacılar ile bilgi alışverişinde bulunmak için fırsat sağlayabilir (6).

Aynı raporda sürdürülebilirlik ve yaşam boyu öğrenme başlığı altında, eğitimin sürdürülebilirliğini sağlama için, ivedilikle yasal düzenlemeler yapılarak yenileme eğitimlerinin başlatılmasının gerekliliği vurgulanmaktadır. Raporda, onaylanmış ILO sözleşmeleri ve 6331 Sayılı Kanun uyarınca önleme konusuna vurgunun artırılması ihtiyacı, onaylanmış ILO sözleşmelerinin yanı sıra rehber olarak diğer ilgili İSG sözleşmeleri de dahil olmak üzere Uluslararası Çalışma Standartları ve ILO sisteminin detaylı ve sistematik olarak referans alınması, ulusal ve uluslararası düzeyde İSG ile ilgili araştırma yöntemleri ve bilgi kaynakları üzerine sistematik ve kapsamlı bir eğitimin gerekliliği ve eğitimlerde özellikle tehlikeli maddeler ve ortaya çıkan yeni tehlikeler konusunda daha fazla dikkat edilmesi üzerinde durulmuştur (6). İSG profesyonelleri için eğitim programlarının gelecekte olası bir gözden geçirilmesinde, ILO/WHO İSG Ortak Komitesi tarafından işyeri hekimleri, hemşireler, hijyen ve güvenlik personelinin eğitim müfredatına ilişkin 1981 rehberinden yararlanılabilir. ILO, bu konuda daha fazla rehberlik sağlamada yardımcı olabilir.

İnternet teknolojilerinin kullanımıyla, ileri mesleki eğitimlere elektronik eğitim programları da dahil edilebilir. Hollanda'da yapılan bir araştırma, işyeri

**Tablo 3.** Katılımcıların işyeri hekimliği sertifikası eğitimi hakkında görüşlerine göre dağılımı (Temmuz 2018)

Önerme	Görüş	Sayı	Yüzde
İşyeri hekimliği sertifikası eğitimi içerik bakımından yeterlidir	Hiç katılmıyorum	19	3,4
	Katılmıyorum	140	25,0
	Fikrim yok	42	7,5
	Katılıyorum	282	50,5
	Kesinlikle katılıyorum	76	13,6
	Toplam	559	100,0
İşyeri hekimliği sertifikası eğitimi, sahada çalışırken ihtiyaç duyulan bilgi ve beceriler bakımından yeterlidir.	Hiç katılmıyorum	38	6,8
	Katılmıyorum	226	40,6
	Fikrim yok	30	5,4
	Katılıyorum	214	38,4
	Kesinlikle katılıyorum	49	8,8
	Toplam	557	100,0

**Tablo 4.** Katılımcıların işyeri hekimlerinin ileri mesleki eğitimlerinde öncelikli olması gerektiğini düşündükleri konulara göre dağılımı (2018)

Konu başlığı	Sayı (n=561)	Yüzde*	Yüzde** (n=1671)
İşyeri hekimlerinin görev yetki, sorumluluklarının hukuksal boyutu	209	37,3	12,5
Sağlık gözetimi uygulamaları	172	30,7	10,3
Sektörlere özel konular	168	29,9	10,0
Çalışma yaşamında işle ilişkili hastalıklardan hipertansiyon ve diabetes mellitus, risk faktörleri, tanı ve izlem çalışmaları, EKG yorumlama	155	27,6	9,3
Solunum fonksiyon testleri uygulama prensipleri, temel değerlendirme	145	25,8	8,8
İSG alanında haklar ve ödevler - hukuksal konular	128	22,8	7,7
Odyometri uygulama prensipleri ve temel değerlendirme	123	21,9	7,4
Akciğer filmi değerlendirme	108	19,3	6,5
İSG alanında temel epidemiyolojik araştırma yöntemleri ve ölçütler	100	17,8	6,1
Psikososyal etkenler - İş stresi, tükenmişlik, motivasyonu etkileyen faktörler, iş doyumu, işyerinde psikolojik taciz (mobbing) karşısında çalışanların hakları	95	16,9	5,7
Kişisel koruyucu donanım seçimi ve kullanımı	81	14,4	4,8
Genel toplum için periyodik sağlık taramaları ve erişkinler için aşı önerileri	47	8,4	2,8
Temel laboratuvar testleri ve yorumlanması	40	7,1	2,4
Gece vardiyasında çalışmaya bağlı sorunlar (uyku, beslenme vb.) ve önlemler	38	6,8	2,3
Çalışan beslenmesi	26	4,6	1,5
Çalışma yaşamında kadın - Gebelik ve emzirme döneminde işyerlerinde dikkat edilmesi gereken konular	21	3,7	1,2
Çalışma yaşamı ve bağımlılık yapan madde kullanımı	12	2,1	0,7
Toplam	1671	-	100,0

\*Araştırmaya katılan 561 katılımcı arasında

\*\*Katılımcıların önerdiği 1671 konu başlığı arasında

**Tablo 5.** Katılımcıların "diğer" başlığı altında işyeri hekimleri ileri mesleki eğitimlerinde olmasını önerdikleri konulara göre dağılımı (2018)

Konu başlığı	Sayı	Yüzde
Meslek hastalıkları ve işle ilişkili hastalıklar, kuşkulu olgulara yaklaşım, tanı, takip ve önlemler	18	18,8
Ergonomi ve kas-iskelet sistemi rahatsızlıkları	9	9,4
İSG alanında kullanılan bilişim teknolojileri, bilgi-işlem yazılımları	7	7,3
İşyerinde maruz kalınan kimyasal etmenler ve sağlık riskleri	7	7,3
Çalışma yaşamında engelliler ve sağlık gözetimleri	4	4,2
İşyeri risk analizi hazırlanması ve değerlendirilmesi	4	4,2
Sağlık raporu düzenleme (yüksekte çalışma, gece çalışma vb.)	4	4,2
Çalışma yaşamında göz sağlığı	3	3,1
İş hijyeni ve işyeri ortam ölçümleri	3	3,1
İşe giriş ve periyodik muayeneler, raporlarının düzenlenme usulleri	3	3,1
İşyeri hekimliğinde asgari uygulamalar	3	3,1
İşyeri sağlık kayıtları	3	3,1
Nörolojik ve psikiyatrik değerlendirme	3	3,1
Diğer	25	26,0
Toplam	96	100,0

\*Diğer başlığı altında önerilen konu başlıklarından, listede yer almayan konular.

**Tablo 6.** Katılımcıların eğitim konularına ek olarak belirttikleri diğer görüşler ve talepler (2018)

Görüş ya da talep	Sayı	Yüzde
İşyeri hekimleri ve iş güvenliği uzmanlarının ücretlerinin Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı tarafından ödenmesi	4	12,5
İşyeri hekimlerinin işyerlerinde yapılacak düzenleme önerilerine işverenlerin direnci ve bu konuda işveren ile ters düşen işyeri hekimlerinin iş güvencesi sorunu	4	12,5
İşyeri hekimleri ve iş güvenliği uzmanlarının özlük haklarına dair düzenlemeler yapılması	4	12,5
İşyeri hekimlerinin çalışma şartlarının ağır olması ve işverenlerin uyguladıkları mobbing sorunlarına çözüm üretilmesi	2	6,2
İşyeri hekimleri için uygulama standartları oluşturulması	2	6,2
Mevzuatlarda açıkta kalan noktaların tartışılması ve bu açıkların kapatılması	2	6,2
Hastaneye sevk ve konsültasyon istemi durumlarında Sağlık Bakanlığı ile Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı arasında işbirliği sağlanması	2	6,2
İşyeri hekimliği için asgari ücret belirlenmesi	2	6,2
Diğer	10	31,5
Toplam	32	100,0

\*Bu tablonun oluşturulmasında kullanılan veriler, veri toplama formunda açık uçlu yöntemin kullanıldığı, katılımcıların aynı soruda birden fazla görüş ya da talep belirtebildiği bir soruyla toplanmıştır.

\*\*Tablodaki yüzde sütunu, katılımcıların belirttiği toplam 32 diğer görüş/talep değerlendirilerek oluşturulmuştur.



**Fotoğraf:** Bülent Kaplan

TTB-STED Fotoğraf Yarışması 2016 Sergi Ödülü

hekimlerine yönelik aynı konuda iki farklı yöntemle yapılan eğitimlerin verimlilikleri arasında anlamlı farklılık olmadığını göstermiştir. Geleneksel eğitimlere kıyasla, elektronik eğitimlerin katılımcıların eğitimin yerini ve zamanını kendileri seçebilmesi avantajı vardır. Eğitim öncesi ve sonrasında doldurmanın zorunlu olacağı bir ön test ve son testin uygulanması ile eğitimin verimliliğini test etmek de mümkün olacaktır (2).

Hekimlerin yüksek kaliteli hizmet vermek için gerekli bilgi ve becerilere sahip olmasını sağlamak için sürekli eğitimin bütünlüğünün devlet tarafından sağlanması önemlidir (15). Eğitimler işyeri hekimlerine ekonomik yük getirmemelidir. Aksi halde eğitimlerin finansmanı, giderek ilaç ve tıbbi cihaz endüstrisinin sponsorluklarına bağımlı duruma gelebilmekte, eğitimin içeriği gerçek ihtiyaçlardan sapmakta ve beraberinde başka sorunları da getirebilmektedir (16).

### Sonuç

Diğer birçok alanda olduğu gibi işyeri hekimlerinin de ileri mesleki eğitimleri gereklidir. Eğitim kapsam ve süresinin belirlenmesinde sahada çalışan işyeri hekimlerinin ihtiyaç ve taleplerinin dikkate alınması gerekmektedir. Pratik uygulamalara yönelik beceri eğitimleri ve kapsam bakımından sektörel konular önemsenmelidir.

Sertifika eğitimlerinin yanı sıra ileri mesleki eğitimler de konuya ilişkin bilimsel bilgi birikimi ve deneyimi olan, kar amacı gütmeyen kurum ve kuruluşlarca, başlıca üniversiteler, kamu kurumları ve Türk Tabipleri Birliği gibi meslek örgütlerince sürdürülmelidir.

**İletişim:** Dr. Güven Gökğöz

**E-posta:** gokgoz.guven@hotmail.com

### Kaynaklar

1. Choudhry NK, Fletcher RH, Soumerai SB. Systematic review: The relationship between clinical experience and quality of health care. *Annals of Internal Medicine* 2005;142(4):260-73.
2. Hugenholtz NI, De Croon EM, Smits PB, Van Dijk FJ, Nieuwenhuijsen K. Effectiveness of e-learning in continuing medical education for occupational physicians. *Occupational Medicine* 2008; 58(5):370-2.
3. Rest KM, Cordes DH, Hake JC. Teaching occupational health to medical students. *The Journal of Family Practice* 1983;16(5):979-83.
4. Çımrın A, Albayrak S, Tabak L. Türkiye'de tıp eğitiminde iş sağlığı konusunun ağırlığı. *Tüberküloz ve Toraks Dergisi* 2010;58(2):142-6.
5. Bilir N, Yıldız AN İş Sağlığı ve Güvenliği. Üçüncü baskı. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Yayını; 2014.
6. Önal B. (ILO Türkiye Ofisi işbirliği ile). İSG profesyonellerinin eğitim programlarının gözden geçirilmesi, final raporu. Ankara: 2017.
7. Bilir N. İş Sağlığı ve Güvenliği Profili: Türkiye. Ankara: ILO Türkiye Ofisi Yayını; 2016.
8. Mevzuat Bilgi Sistemi: e-Mevzuat. Erişim: 10.07.2018 [www.mevzuat.gov.tr](http://www.mevzuat.gov.tr)
9. İş Sağlığı ve Güvenliği Kayıt, Takip ve İzleme Programı. T.C. Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı, İş Sağlığı ve Güvenliği Genel Müdürlüğü. Erişim: 26.06.2018 <https://isgkatip.csgb.gov.tr/Logout.aspx>
10. Zodpey SP, Negandhi HN, Tiwari RR. Online resources for occupational health physicians. *Indian Journal of Occupational and Environmental Medicine* 2011;15(1):3.
11. Densen P. Challenges and opportunities facing medical education. *Transactions of the American Clinical and Climatological Association* 2011;122:48.
12. Bailey K. The use of evidence-based clinical tools in occupational medicine. *Occupational Medicine* 2008; 58(8):556-60.
13. Macdonald EB, Ritchie KA, Murray KJ, Gilmour WH. Requirements for occupational medicine training in Europe: A Delphi study. *Occupational and Environmental Medicine* 2000;57(2):98-105.
14. Reetoo KN, Harrington JM, Macdonald EB. Required competencies of occupational physicians: A Delphi survey of UK customers. *Occupational and Environmental Medicine* 2005;62(6):406-13.
15. Berk M, Önal B, Güven R. (T.C. Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı). Meslek Hastalıkları Rehberi. Ankara: Matsa Basımevi; 2011.
16. Morris L, Taitzman JK. The agenda for continuing medical education-limiting industry's influence. *The New England Journal of Medicine* 2009;361(25):2478.



# Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde Bebeği Yatan Anne-Babaların Anksiyete ve Depresyon Düzeylerinin İncelenmesi\*

The Analysis of Anxiety and Depression Levels among Parents Whose Newborns were Hospitalized at Neonatal Intensive Care Unit



Meltem Akbaş<sup>1</sup>, Emine Akça<sup>2</sup>, Ayşe Şenoğlu<sup>3</sup>, Şule Gökyıldız Sürücü<sup>4</sup>

DOI: 10.17942/sted.457029

Geliş/Received : 03.09.2018  
Kabul/Accepted : 14.02.2019

## Öz

**Amaç:** Bu çalışma, yenidoğan yoğun bakım ünitesinde bebeği yatan anne babaların anksiyete ve depresyon düzeylerinin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

**Gereç ve Yöntem:** Kesitsel olarak yapılan araştırmanın örneklemini 1 Ocak – 31 Mart 2017 tarihleri arasında bir özel hastanenin yenidoğan yoğun bakım ünitesinde bebekleri yatan ve araştırmaya katılmayı gönüllü olarak kabul eden 150 anne baba oluşturmuştur. Veriler, Birey Tanıtım Formu, Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeği ve Beck Depresyon Ölçeği ile yüz yüze görüşme yöntemi kullanılarak toplanmış olup IBM Statistical Package for Social Sciences for Windows 20.0 istatistik paket programında analiz edilmiştir.

**Bulgular:** Anne babaların yaş ortalamaları  $29,33 \pm 5,990$  (min: 18, max: 52)'dir. Hasta yakınlarının %83,3'ü anne ve %38,0'ının eğitim düzeyi lisedir. Yenidoğanların %32,7'si prematüre, %33,3'ünün yatış nedeni solunum sıkıntısı ve %40,7'sinin yatış süresi bir hafta ve üzeridir. Katılımcıların Durumluk Kaygı Ölçeği toplam puan ortalamaları  $45,13 \pm 9,459$ , Sürekli Kaygı Ölçeği toplam puan ortalamaları  $44,66 \pm 7,266$  ve Beck Depresyon Ölçeği toplam puan ortalamaları  $11,50 \pm 10,626$  olarak bulunmuştur. Katılımcıların kaygı düzeyleri ve depresyon belirtileri arasında pozitif yönlü zayıf derecede istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

**Sonuç:** Çalışmada aileler orta düzeyde kaygılı bulunmakla birlikte ailelerin büyük kısmı depresyon belirtisi göstermemektedir.

**Anahtar sözcükler:** Yoğun bakım üniteleri, Anksiyete, Depresyon, Ebeveynler

## Abstract

**Objective:** This study was conducted to analyse the anxiety and depression levels among parents whose newborns were staying at neonatal intensive care units.

**Material and Method:** The sample of this cross-sectional study was composed of 150 parents who had the infants hospitalized at the neonatal intensive care unit of a private hospital between January 1–March 31, 2017 and agreed to participate voluntarily in the research. The data were collected through face-to-face interviews using the Individual Identification Form, State-Trait Anxiety Scale and the Beck Depression Scale and were analysed using IBM Statistical Package for Social Sciences for Windows 20.0.

**Findings:** The average age of the parents was  $29,33 \pm 5,990$  years (min: 18, max: 52). 83,3% of the parents were mothers of the infants and 38,0% of the parents were high school graduates. 32,7% of newborns were premature babies, 33,3% of them were hospitalized due to respiratory distress and the duration of hospitalization was one week or more for 40,7% of the newborns. Total mean scores for the participants on State Anxiety Scale, Trait Anxiety Scale and Beck Depression Scale were found to be  $45,13 \pm 9,459$ ,  $44,66 \pm 7,266$  and  $11,50 \pm 10,626$ , respectively. A weak positive correlation was found between the anxiety levels and depression symptoms among the parents.

**Conclusion:** Despite that the families were found to be moderately anxious in the study, most of them did not show signs of depression.

**Key words:** Intensive care units, Anxiety, depression, Parents

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

1 Dr.; Öğr. Üyesi.; Çukurova Ü. Sağlık Bilimleri Fak. Ebelik Bölümü, Adana (ORCID No: 0000-0002-5845-0552)

2 Arş. Gör.; İnönü Ü. Sağlık Bilimleri Fak. Ebelik Bölümü, Malatya (ORCID No: 0000-0001-5432-2951)

3 Ebe.; SB Adana İl Sağlık Müdürlüğü Acil Sağlık Hizmetleri Başkanlığı, Adana (ORCID No: 0000-0003-0580-1758)

4 Doç. Dr.; Çukurova Ü. Sağlık Bilimleri Fak. Ebelik Bölümü, Adana (ORCID No: 0000-0002-0088-4219)

## Giriş

Yoğun bakım üniteleri ciddi fizyolojik instabilitesi olan hastaların ileri düzey tedavi ve bakımlarının yürütüldüğü, teknik ve yapay yaşam desteği gereksinimlerinin karşılandığı ünitelerdir. Yoğun bakım üniteleri diğer ünitelerden farklı fiziksel yapısı ve kullanılan tıbbi cihazlar nedeniyle hasta yakınları açısından tedirgin edici ortamlar olabilmektedir (1).

Yoğun bakım hastalarının tedavi sürecinde hastanın ailesinin de sürece dahil edilmesi hastanın tedavisine bütüncül yaklaşım açısından oldukça önemlidir. Ancak yoğun bakım üniteleri daha çok hasta odaklı hizmet vermekte, hastanın ailesi bu sürece pek fazla dahil edilmemektedir (2). Hastanın ailesinin yaşadığı kaygı ile baş edememesi, ailelerde dikkatin daha da dağılmasına, sağlık profesyonellerini anlamamalarına, onlara tekrar tekrar soru sormalarına ve depresyon gibi olumsuz durumlar yaşamalarına neden olmaktadır (3,4). Sağlık profesyonelleri yalnızca hastaya yönelik bakım vermeyip, hastanın ailesinin de yaşadığı problemleri saptayıp bütüncül bakımın planlamasından sorumludur. Ailelerin etkili iletişimle kaygılarının giderilmesi, onların sağlık profesyoneline, hastalarının tedavi ve bakımına yönelik daha fazla güvenmelerini sağlayacaktır (3,4).

Yenidoğan yoğun bakım üniteleri (YYBÜ) hasta yakınlarının en fazla kaygı ve stres yaşadıkları birimlerden biridir. Doğumun zamanından önce gerçekleşmesi, bebeğin sağlıklı olmaması gibi nedenler çoğu zaman aile üyelerinin tümünde kaygı, korku, panik ve suçluluk gibi duyguların yaşanmasına neden olabilmektedir. Sağlıklı doğmasını hayal ettikleri bebeklerinin beklenmedik bir durumla karşılaşması ailelerin kaygı düzeylerini artırmaktadır. Bunun yanı sıra bebeklerin yoğun bakıma yatırılmasıyla birlikte aileleriyle iletişimleri kesintiye uğramakta ve bu durum ailelerin olumsuz duygular yaşamalarına neden olabilmektedir (4–6).

"YYBÜ'de bakımın planlanırken ailelerin de bakıma dahil edilmesinin bakımın kalitesini artıracığı düşünülmektedir (7). Yenidoğan ünitelerinde ailenin bebeğinin yanında olmaması onlar açısından oldukça stresli ve kaygı vericidir. Ancak ailenin

bebeklerinin yanında olduğu durumlarda; YYBÜ'de kullanılan cihazlar ve çıkardığı sesler, tedavinin ve hastalığın sonucunun bilinmemesi, bebekleri kaybetme korkusu ailenin daha fazla stres ve kaygı yaşamalarına neden olabilmektedir. Bu nedenle sağlık profesyonellerinin yeterli bilgilendirme ve etkili iletişim ile hastanın ailesinin yaşadığı endişeleri gidermelerine yardımcı olmaları gerekmektedir (2,8,9).

YYBÜ'de bebeği yatan anne-babaların anksiyete ve depresyon düzeylerinin incelenmesi amacıyla yapılan bu çalışmanın, YYBÜ'de bebeği yatan ailelerin gereksinimleri hakkında, sağlık çalışanlarının, özellikle onlarla birebir temasta bulunan ebe/hemşirelerin farkındalığını artıracığı düşünülmektedir.

## Gereç ve Yöntem

Kesitsel tipte olan araştırma 1 Ocak – 31 Mart 2017 tarihleri arasında Adana'da özel bir hastanenin YYBÜ'de bebekleri yatan anne-babalarla gerçekleştirilmiştir. Hastane Türkiye'nin güneyinde yer alan, 66 yenidoğan yoğun bakım yatak kapasitesine sahip bir bölge hastanesidir. Çalışma, araştırmaya katılmayı gönüllü olarak kabul eden YYBÜ'de bebekleri yatan 150 anne-baba ile gerçekleştirilmiştir. Katılımcıların tümü ile 20 dakika boyunca mahremiyetin sağlandığı özel bir odada görüşülmüştür. Tüm katılımcılardan araştırmaya başlamadan önce bilgilendirilmiş onam alınmıştır. Araştırma, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından değerlendirilmiş ve bilimsel kurul onayı alınmıştır (Karar no:13/13 Ocak 2017).

Araştırmanın verileri "Birey Tanıtım Formu, Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeği (STAI I-II) ve Beck Depresyon Envanteri (BDÖ)" ile toplanmıştır: Birey Tanıtım Formu; Araştırmacılar tarafından literatür taranarak geliştirilen ebeveynlerin sosyodemografik özelliklerine yönelik 6 ve bebeklerinin özelliklerine yönelik 14 olmak üzere toplam 20 sorudan oluşan bir formdur.

Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeği; Ölçek Spielberger ve ark. (1970) tarafından geliştirilmiş, Öner ve Le Compte (1983) tarafından Türkçe'ye uyarlanmıştır. Bu ölçeğe göre üçten fazla ifadeye yanıt verilmemişse, doldurulan form geçersiz

sayılır ve puanlanmaz. Durumluk kaygı ölçeğinde puanlama, 1=Hiç, 2=Biraz, 3=Çok ve 4=Tamamıyla şeklinde; Sürekli Kaygı Ölçeğindeki puanlama ise 1=Hemen hiçbir zaman, 2=Bazen, 3=Çok zaman ve 4=Hemen her zaman şeklindedir. Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeğinde toplam 40 soru bulunmaktadır. Her iki ölçekten elde edilen puanlar kuramsal olarak 20 ile 80 arasında değişir. Büyük puan yüksek kaygı seviyesini, küçük puan düşük kaygı seviyesini ifade eder (10,11).

Beck Depresyon Envanteri; Ölçek Beck (1961) tarafından geliştirilmiş olup Türkçe uyarlaması, geçerlik ve güvenilirlik çalışması Hisli (1989) tarafından yapılmıştır. Ölçek 21 maddeden oluşan bir kendini değerlendirme ölçeğidir. Her madde 0-3 arasında giderek artan bir puan almaktadır ve toplam puan her bir madde puanının toplanmasıyla elde edilmektedir. Toplam ölçek puanı 0 ile 63 arasında değişmektedir. Toplam puanının yüksek olması, depresyon düzeyinin ya

da şiddetinin yüksekliğini göstermektedir. Ölçeğin kesme noktası 17 olup 17 ve üzeri puan alan bireyler depresyon yönünden riskli olarak değerlendirilmiştir (12,13).

### İstatistiksel Analiz

Toplanan veriler "Statistical Package for Social Sciences" (SPSS) for Windows 20.0 istatistik paket programında sayı, yüzde dağılımları, ortalama, standart sapma, independent t-test, One-Way Anova, Mann Whitney-U testi, Kruskal Wallis testi ve Spearman korelasyon testleri kullanılarak değerlendirilmiştir.

### Bulgular

Bu bölümde YYBÜ'de bebeği yatan anne-babaların sosyo-demografik özellikleri ile anksiyete ve depresyon belirtilerine yönelik bulgular incelenmiştir.

Katılımcıların yaş ortalamaları  $29,33 \pm 5,990$  (min: 18, max: 52)'dir. Katılımcıların %83,3'ünün anne olduğu, %38,0'ının eğitim düzeyinin lise olduğu,

**Tablo 1.** Hasta yakınlarının sosyo-demografik özelliklerine ilişkin bulguların dağılımı

Sosyo-demografik Özellikler	n	%
<b>Yakınlık derecesi</b>		
Anne	125	83,3
Baba	25	16,7
<b>Eğitim durumu</b>		
Ortaokul ve altı	47	31,3
Lise	57	38,0
Üniversite ve üzeri	46	30,7
<b>Çalışma Durumu</b>		
Çalışan	80	53,3
Çalışmayan	70	46,7
<b>Yaşadığı yer</b>		
Kent	109	72,7
Kırsal	41	27,3
<b>Ekonomik durum</b>		
Kötü	21	14,0
Orta	106	70,7
İyi	23	15,3
<b>Eş ile akrabalık durumu</b>		
Var	22	14,7
Yok	128	85,3
<b>Sigara kullanma durumu</b>		
Kullanan	32	21,3
Kullanmayan	118	78,7
<b>Katılımcıların yaş ortalamaları <math>29,33 \pm 5,990</math> (min: 18, max: 52)</b>		
Toplam	150	100

**Tablo 2.** Bebeklerin doğum ve hastanede yatma özelliklerine ilişkin bulguların dağılımı

Özellikler	n	%
<b>Doğum zamanı</b>		
Prematüre	49	32,7
Term	101	67,3
<b>Doğum ağırlığı</b>		
Düşük Doğum Ağırlıklı	44	29,3
Normal	106	70,7
<b>Bebeklerin ortalama doğum ağırlıkları (2780,13±807,675)</b>		
<b>Hastanede yatış nedeni</b>		
Solunum sıkıntısı	50	33,3
Ateş-enfeksiyon	31	20,7
Sarılık	25	16,7
Diğer (kalp hastalıkları, metabolik hastalıklar, anomaliler)	44	29,3
<b>Hastanede yatış süresi</b>		
Bir hafta ve altı	89	59,3
Bir hafta üzeri	61	40,7
Toplam	150	100

%53,3'ünün çalıştığı, %72,7'sinin kentte yaşadığı ve %70,7'sinin ekonomik durumunun orta düzeyde olduğu belirlenmiştir (Tablo 1). Yenidoğanların doğum ve hastanede yatma özelliklerine ilişkin bulguları incelendiğinde yenidoğanların %32,7'sinin prematüre olduğu, %33,3'ünün yatış nedeninin solunum sıkıntısı olduğu ve %40,7'sinin yatış süresinin bir haftanın üzerinde olduğu bulunmuştur. Bebeklerin %29,3'ü düşük doğum ağırlıklı ve ortalama doğum ağırlıkları 2780,13±807,675'tir (Tablo 2).

Katılımcıların STAI I-II ve BDÖ toplam puan ortalamalarına yönelik bulgular incelendiğinde STAI-I toplam puan ortalamaları 45,13±9,459, STAI-II toplam puan ortalamaları 44,66±7,266 ve BDÖ toplam puan ortalamaları 11,50±10,626 olarak bulunmuştur (Tablo 3).

Katılımcıların BDÖ'den aldıkları puanlar incelendiğinde %30'unun olası depresyon açısından risk altında olduğu tespit edilmiştir (Tablo 4).

Katılımcıların sosyo-demografik özellikleri ile STAI I-II ve BDÖ toplam puan ortalamalarına yönelik bulgular karşılaştırıldığında, katılımcıların yaşadığı yer değişkeni ile STAI I-II puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Kırsal kesimde yaşayanların STAI I-II puan ortalamaları, kentte yaşayanlardan anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur (p<0.05). Katılımcıların eğitim, ekonomik, eşleri ile akrabalık ve sigara kullanma durumları ile STAI-II puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Eğitim durumu üniversite ve üzeri olanların STAI-II puan ortalaması, eğitim durumu lise, ortaokul ve altı olanlardan,

**Tablo 3.** Hasta yakınlarının durumluk-sürekli kaygı ölçeği ve beck depresyon envanterinden aldıkları puan ortalamaları

Ölçekler	Mean±SS	Min-Max Değerler
Durumluk Kaygı Ölçeği	45,13±9,459	20-78
Sürekli Kaygı Ölçeği	44,66±7,266	27-62
Beck Depresyon Envanteri	11,50±10,626	0-53

**Tablo 4.** Hasta yakınlarının Beck Depresyon Envanterinden aldıkları puana göre depresyon sınıflaması

Depresyon Durumu	n	%
Olası Depresyon yok	105	70
Olası Depresyon var	45	30
Toplam	150	100

Sosyo-demografik özellikler	Durumluk kaygı ölçeği			Süreklilik kaygı ölçeği			Beck depresyon envanteri		
	Mean ± SS	t/F/Z/ X <sup>2</sup>	p	Mean ± SS	t/F/Z/ X <sup>2</sup>	p	Mean ± SS	t/F/Z/ X <sup>2</sup>	p
	Yakınlık derecesi (MWU)	45,06±9,473 45,52±9,575	Z -0,837	0,403	44,57±7,169 45,12±7,865	Z -0,094	0,925	11,98±10,614 9,08±10,567	Z -1,415
Eğitim durumu	45,40±7,615 46,56±9,044 43,04±11,362	F 1,785	0,171	45,17±6,709 47,27±6,451 40,98±7,359	F 10,919	0,000	12,62±9,828 12,32±10,782 9,35±11,120	F 1,377	0,255
Çalışma Durumu	45,81±8,819 44,37±10,144	t 0,926	0,356	44,35±7,328 45,03±7,229	t -0,567	0,571	11,03±11,277 12,04±9,872	t -0,582	0,561
Çalışan	43,77±9,728	t		43,65±7,330	t		11,77±10,872	t	
Çalışmayan	48,73±7,723	-3,251	0,002	47,34±6,441	-2,836	0,005	10,78±10,044	0,506	0,614
Yaşadığı yer									
Kent	47,62±4,832	X <sup>2</sup>		48,33±4,453	X <sup>2</sup>		11,71±9,466	X <sup>2</sup>	
Kırsal	44,84±9,925	1,442	0,486	44,59±7,386	10,995	0,004	11,94±11,262	0,623	0,732
Ekonomik durum (KW)	44,22±10,388			41,65±7,541			9,26±8,508		
Kötü	49,36±8,894	Z		48,27±5,505	Z		12,86±9,756	Z	
Orta	44,40±9,395	-1,426	0,154	44,04±7,368	-2,368	0,018	11,26±10,788	-0,870	0,384
İyi	44,97±10,834	t		47,13±7,161	t		9,91±9,998	t	
Eş ile akrabalık durumu (MWU)	45,18±9,099	-0,111	0,912	43,99±7,178	2,189	0,030	11,93±10,792	-0,955	0,341
Var	45,13±9,459			44,66±7,266			11,50±10,626		
Yok									
Sigara kullanma durumu									
Kullanan									
Kullanmayan									
Toplam									

**Tablo 5.** Hasta yakınlarının sosyo-demografik özelliklerine göre Durumluk-Süreklilik Kaygı Ölçeği ve Beck Depresyon Envanteri puan ortalamalarının dağılımı

ekonomik durumu iyi olanların STAI-II puan ortalaması ekonomik durumu orta ve kötü olanlara göre, eşleri ile akraba olmayan katılımcıların STAI-II puan ortalamaları, akraba olanlara göre, sigara kullanmayan katılımcıların STAI-II puan ortalamaları kullananlara oranla anlamlı derecede daha düşük bulunmuştur ( $p < 0,05$ ). Katılımcıların sorgulanan sosyo-demografik özellikleri ile BDÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlılık saptanmamıştır ( $p > 0,05$ ) (Tablo 5).

Yenidoğanların doğum ve hastanede yatma özelliklerine göre STAI I-II ve BDÖ puan ortalamalarına yönelik bulgular incelendiğinde, yenidoğanın hastaneye yatış nedeni ile katılımcıların STAI I-II puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Yatış nedeni solunum sıkıntısı, ateş-enfeksiyon ve sarılık dışında (kalp hastalıkları, metabolik hastalıklar, anomaliler) olanların STAI I-II puan ortalamaları yatış nedeni solunum sıkıntısı, ateş-enfeksiyon ve sarılık olanlara oranla anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur ( $p < 0,05$ ). Katılımcıların bebeklerinin hastanede yatış süreleri ile STAI-I puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Hastanede kalış süresi bir haftadan fazla olanların STAI-I puan ortalamaları kalış süresi bir hafta ve daha az olanlara göre anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur ( $p < 0,05$ ) Katılımcıların bebeklerinin doğum zamanları ile BDÖ puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı

**Tablo 6.** Bebeklerin doğum ve hastanede yatma özelliklerine göre durumluk-Süreklilik Kaygı Ölçeği ve Beck Depresyon Envanteri puan ortalamalarının dağılımı

Özellikler	Durumluk kaygı ölçeği			Süreklilik kaygı ölçeği			Beck depresyon envanteri		
	Mean±SS	t/F	p	Mean±SS	t/F	p	Mean±SS	t/F	p
<b>Doğum zamanı</b>									
Prematüre	47,08±9,706	t	0,079	444,27±7,18	t	0,650	14,40±11,907	t	0,021
Term	44,18±9,236	1,772		4	-0,455		10,12±9,722	2,330	
<b>Doğum ağırlığı</b>									
DDA	46,82±10,546	t	0,160	44,85±7,333	t	0,666	13,42±11,388	t	0,160
Normal	44,43±8,925	1,411		45,07±7,405	0,433		10,72±10,255	1,411	
<b>Hastanede yatış nedeni</b>									
Solumun sıkıntısı	41,29±9,819			43,33±7,128			10,61±9,966		
Ateş-enfeksiyon	46,94±6,938	F	0,000	43,61±6,795	F	0,016	10,68±8,631	F	0,372
Sarılık	42,96±10,188	7,311		43,44±7,795	3,562		10,08±11,775	1,052	
Diğer	49,39±8,269			47,59±6,811			13,86±11,837		
<b>Hastanede yatış süresi</b>									
Bir hafta ve altı	43,65±9,985	t	0,021	44,71±7,692	t	0,930	10,56±10,259	t	0,192
Bir hafta üzeri	47,28±8,261	-2,338		44,60±6,647	0,089		12,88±11,090	-1,311	
Toplam	45,13±9,459			44,66±7,266			11,50±10,626		

**Tablo 7.** Sağlık profesyonellerinin iletişim becerileri ve hasta yakınlarının iletişimi algılamaya biçimlerine göre durumluk-Süreklilik Kaygı Ölçeği ve Beck Depresyon Envanteri puan ortalamalarının dağılımı

Özellikler	Durumluk kaygı ölçeği			Süreklilik kaygı ölçeği			Beck depresyon envanteri		
	Mean±SS	t/F	p	Mean±SS	t/F	p	Mean±SS	t/F	p
<b>Bebekğin sağlığı ile ilgili yeterli açıklama yapma durumu</b>									
Yeterli	44,95±9,489	t	0,250	44,81±7,280	t	0,230	11,55±10,731	t	0,755
Yetersiz	49,50±8,216	-1,155		41,17±6,494	1,206		10,17±8,353	0,312	
<b>Açıklamayı yapan sağlık profesyonelinin görevi</b>									
Doktor	43,74±10,234	t	0,048	43,0±7,223	t	0,002	10,66±11,748	t	0,304
Hemşire/Ebe	46,75±8,254	1,990		46,59±6,873	3,097		12,46±9,145	1,032	
<b>Sağlık profesyonellerinin iletişim derecesi</b>									
İyi	47,17±9,161	t	0,003	45,90±7,257	t	0,021	10,76±10,087	t	0,348
Çok iyi	42,64±9,285	2,984		43,15±7,037	2,335		12,40±11,261	-0,941	
Toplam	45,13±9,459			44,66±7,266			11,50±10,626		

**Tablo 8.** Hasta yakınlarının durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeği ve Beck Depresyon envanterinden aldıkları toplam puanlar arasındaki ilişki

Ölçekler	Durumluk kaygı ölçeği	Sürekli kaygı ölçeği	Beck Depresyon Envanteri
<b>Durumluk Kaygı Ölçeği</b>			
r	1		
p	-		
<b>Sürekli Kaygı Ölçeği</b>			
r	0,481	1	
p	0,000	-	
<b>Beck Depresyon Envanteri</b>			
r	0,484	0,357	1
p	0,000	0,000	-

farklılık tespit edilmiştir. Katılımcıların bebeği prematüre olanların BDÖ puan ortalaması term olanlara göre anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur ( $p<0.05$ ) (Tablo 6).

Sağlık profesyonellerinin iletişim becerileri ve hasta yakınlarının iletişimi algılama biçimleri ile STAI I-II ve BDÖ puan ortalamalarına yönelik bulgular incelendiğinde, açıklamayı yapan sağlık profesyonelinin görevi ve sağlık profesyonelinin iletişim derecesi ile STAI I-II puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Doktor tarafından açıklama yapılanların STAI I-II puan ortalamaları, hemşire-ebe tarafından yapılanlardan anlamlı derecede daha düşük bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Sağlık profesyonellerinin iletişimini çok iyi olarak değerlendirenlerin STAI I-II puan ortalamaları iletişimi iyi olarak değerlendirenlere oranla anlamlı derecede daha düşük bulunmuştur ( $p<0.05$ ) (Tablo 7).

Katılımcıların STAI I-II ve BDÖ toplam puan ortalamaları arasındaki ilişki incelendiğinde, STAI-I ile STAI-II toplam puan ortalamaları arasında pozitif yönlü zayıf derecede istatistiksel olarak anlamlı ilişki tespit edilmiştir ( $r: 0,481$ ;  $p<0.001$ ). Katılımcıların BDÖ ile STAI I-II toplam puan ortalamaları arasında pozitif yönlü zayıf derecede istatistiksel olarak anlamlı ilişki tespit edilmiştir ( $r: 0,484$ ,  $r: 0,357$  ;  $p<0.001$ ) (Tablo 8).

### Tartışma

YYBÜ'de bebeği yatan anne-babaların anksiyete ve depresyon belirtilerinin incelenmesine yönelik bulgular literatür ışığında tartışılmıştır.

Bebekler kendi özbakımlarını gerçekleştirecek yetiye sahip değildir. Dolayısıyla anneler kendilerini bebeklerinin bakımından daha fazla sorumlu hissederler. Bebeğin YYBÜ'de yatıyor olması anne için beklenmedik bir durum olup bu durum annenin daha fazla kaygı yaşamasına sebep olabilir (14). YYBÜ bebeği yatan anneler yalnızca bebeklerinin hastalıklarına değil aynı zamanda doğum ve doğum sonu süreçte bedeninde ve zihninde meydana gelen değişikliklere de uyum sağlamaya çalışmaktadır (4). Kimi zaman destek faktörlerle kimi zaman ise farklı başa çıkma stratejileri ile bu dönemi sağlıklı bir biçimde atlatmak mümkün olabilmektedir. Çelen ve Taş Arslan (2017) YYBÜ'de bebekleri yatan anne babaların kaygı düzeylerini ve ilişkili faktörleri inceledikleri çalışmalarında anne ve babaların durumluk kaygı düzeyleri arasında anlamlı bir fark bulunmadığını ancak annelerin sürekli kaygı düzeylerinin daha yüksek olduğunu bildirmiştir (15). Çalışır ve ark. (2008) yaptıkları çalışmada ailelerin kaygı düzeylerini Beck Anksiyete Envanteri ile değerlendirmiştir (4). Buna göre anne ve babaların toplam kaygı puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu belirtilirken Türedi (2011) tarafından yapılan çalışmada hasta yakınlarına çalışma süresince uygulanan durumluk kaygı ölçeği skorlarında kadınlar ve erkekler arasında istatistiksel olarak bir fark bulunmadığı belirtilmiştir (4,16). Bizim çalışmamızda da anne ve babalar arasındaki kaygı düzeyleri ve depresyon belirtileri arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Bu sonuçların çalışmadaki anne babaların eşit oranda sürece uyum sağlaması ile ilgili olabileceği düşünülmektedir.

Literatürde hasta yakınlarının eğitim durumları ile kaygı düzeyleri arasında ilişki bulunmadığını bildiren çalışmalar bulunmaktadır (5,16–18). Bu çalışmada da paralel olarak ailelerin eğitim durumları ile durumluk kaygı düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Literatürde eğitim seviyesi düşük annelerin, eğitim seviyesi yüksek annelere göre bebeklerinin sağlık durumu hakkında daha fazla kaygı duydukları bildirilmiştir (19). Bu çalışmada eğitim düzeyi üniversite ve üzeri olan ailelerin sürekli kaygı düzeyleri diğer gruplara göre anlamlı derece düşük bulunmuştur. Küçükoğlu ve ark., (2014) çalışmasında annelerin eğitim düzeylerinin depresyon belirtilerini etkilemediğini bildirmiştir (20). Bizim çalışmamızda da paralel olarak ailelerin eğitim düzeyleri depresyon belirtilerini etkilememektedir. Bu sonuçlar eğitim düzeyi yükseldikçe ailelerin sürekli kaygı düzeylerinin azaldığını ancak bu durumun durumluk kaygı düzeyleri ve depresyon belirtilerini etkilemediğini göstermektedir.

Ailelerin gelir durumları yaşam kalitelerini, ekonomik bağımsızlıklarını, hastane, doktor ve alacakları bakımı seçebilme haklarını ve



Fotoğraf: Avukat Verda Ersoy

bebeklerinin aldıkları bakımın kalitesini doğrudan etkilemektedir. Bu sebeple gelir durumu düşük olan aileler birçok anlamda kaygı yaşayabilmektedir. Çakmak (2015) çalışmasında gelir durumu yükseldikçe sürekli kaygı düzeyinin azaldığını ancak durumluk kaygı düzeyinin bu durumdan etkilenmediğini bildirmiştir (18). Bu çalışmada Çakmak (2015)'in çalışmasına paralel olarak gelir durumu yükseldikçe sürekli kaygı düzeyi azalmakta ancak durumluk kaygı düzeyi etkilenmemektedir. Bu durum gelir durumunun ailelerin durumluk kaygılarından çok sürekli kaygıları üzerinde etkili olduğunu göstermektedir.

Prematüre doğum, ailenin kriz yaşamasına yol açan olaylardan biridir (4,14). Çakmak (2015) çalışmasında prematüre bebeği olanların kaygı düzeylerinin term bebeği olanlara göre daha yüksek olduğunu belirtmiştir (18). Erdem (2010) ise çalışmasında bebeğin gestasyonel yaşının annelerin kaygı düzeylerini etkilemediğini bildirmiştir (17). Bu çalışmada da iki değişken arasında anlamlı farklılık bulunamamıştır. Küçükoğlu ve ark., (2014) çalışmalarında bebeğin doğum zamanı ile bebekleri YYBÜ'de yatan annelerin depresyon belirtileri arasında ilişki olmadığını bildirmiştir (20). Bizim çalışmamızda da bebeğin doğum zamanının ailelerin depresyon belirtilerini etkilemediği görülmüştür. Bu sonuçların bebeğin doğum zamanının sebep olduğu patolojik durumların bulunmamasından kaynaklandığı düşünülebilir.

Yenidoğanlar kilolarına göre sınıflandırıldığında, 1000 gr'nin altı aşırı düşük doğum ağırlıklı; 1000-1500 gr çok düşük doğum ağırlıklı; 1500-2500 gr düşük doğum ağırlıklı olarak sınıflandırılır (21). Yenidoğanların ağırlıkları azaldıkça taşıdıkları riskler artmaktadır. Bu durum yenidoğanın yoğun bakım ünitesinde kalış süresini de artırmaktadır. Çekin (2014) çalışmasında bebeklerin %33,7'sinin kilosunun düşük doğum ağırlıklı olduğunu belirtmiştir (5). Bu çalışmada bebeklerin %29,3'ü düşük doğum ağırlıklı olarak bulunmuştur. Anne babaların kaygı düzeyleri ile bebeğin kilosunun incelendiği çalışmalarda bebeğin kilosunun kaygı düzeyini etkilemediği bildirilmiştir (5,18). Bizim çalışmamızda da benzer biçimde bebeklerin doğum ağırlıklarının ailelerin kaygı düzeylerini etkilemediği görülmüştür. Küçükoğlu ve ark. (2014) yaptıkları çalışmada bebeklerin doğum ağırlıklarının annelerin



depresyon belirtilerini etkilemediğini bildirmiştir (20). Bu çalışma da benzer biçimde bebeğin ağırlığının ailelerin depresyon belirtilerini etkilemediği saptanmıştır. Bunun sebebi YYBÜ'de yatan bebeklerin ortalama ağırlıklarının (2780,13±807,675) çok düşük olmamasından kaynaklandığı ya da bebeğin kilosunun kaygı yaratabilecek diğer faktörlerden daha önemsiz görüldüğü şeklinde düşünülebilir.

Yenidoğanların yoğun bakım ünitelerinde kalış süreleri ile ailelerinin kaygı düzeyleri yakından ilişkilidir. Çakmak (2015) çalışmasında yenidoğan yoğun bakım ünitelerinde yatan yenidoğanların kalış sürelerinin ortalama 8,43±11,27 gün olduğunu, yatış tanılarının %18,5'inin sarılık, %15,5'inin solunum sıkıntısı olduğunu belirtmiştir (18). Erdem (2010) çalışmasında yenidoğanların kalış süreleri uzadıkça annelerin kaygı düzeylerinin yükseldiğini bildirmiştir (17). Bu çalışmada yenidoğanların yoğun bakım ünitelerinde yatış süreleri ortalama 12,19±14,172 gün, %16,7'sinin yatış nedeni sarılık, %33,3'ünün ise solunum sıkıntısı olduğu belirlenmiştir. Çalışmamızda da benzer olarak yoğun bakım ünitelerinde yatış süreleri arttıkça ailelerin kaygı düzeylerinin yükseldiği bulunmuştur. Yatış sebebi ne olursa olsun, çok kısa süreli yatışlar bile ebeveynler için başlı başına bir kriz durumu olabilmektedir (22). Dolayısıyla çalışmada YYBÜ'de kalış süresinin artmasının ailelerin kaygı düzeyini yükselttiği düşünülmektedir.

Literatürde bebeklerinin durumlarına ilişkin bilgilendirilen ailelerin kaygı düzeylerinin daha düşük olduğu ve kendilerini daha rahat hissettikleri belirtilmektedir (14,23). Konukbay ve Arslan (2011) çalışmasında ailelerin yarısından fazlasının sağlık personelinin çocuklarının sağlık durumu hakkında yeterli bilgi alamadığını belirtmesinin yanı sıra çoğunluğu (%82,2) sağlık personeli ile bir iletişim sorunu yaşamadığını belirtmiştir (24). Bu çalışmada katılımcıların büyük çoğunluğu (%96,0) sağlık personelinin yeterli bilgi aldığını bildirmiş ve neredeyse yarısına yakını (%45,3) sağlık personelinin iletişimini çok iyi olarak değerlendirmiştir. İletişimi çok iyi olarak değerlendiren ailelerin kaygı düzeylerinin diğerlerine oranla daha düşük olduğu belirlenmiştir. Bu sonuçlar sağlık profesyonellerinin ailelerle kurdukları iletişimin

ailelerin kaygılarını azaltmada etkili olduğu şeklinde açıklanabilir.

Gülçek (2015)'in annelerin bebeklerinin durumlarına ilişkin bilgi aldıkları kişinin kaygı düzeyine etkisini incelediği çalışmasında hekimlerden bilgi alan annelerin durumluk kaygı düzeylerinin hemşireden bilgi alanlara göre daha düşük olduğunu bildirmiştir (25). Bu çalışmada da doktordan bilgi alan ailelerin kaygı düzeylerinin hemşire/ebelere oranla daha düşük olduğu belirlenmiştir. Çakmak (2015) annelerin bebek bakımına katılmaları konusunda destek almak istedikleri kişileri araştırdığı çalışmasında ilk sırada ebeler ve hemşireler yer alırken doktorların ikinci sırada yer aldığını bildirmiştir (18). Bu doğrultuda bebeklerinin hastalıklarına ilişkin doktordan aldıkları bilgiler aileleri daha fazla rahatlatırsa da bakım ve destek konularında öncelikli tercihleri ebe ve hemşireler olmaktadır.

Hasta yakınlarının bebeklerinin YYBÜ'de kaldıkları süre içerisinde akut fizyolojik durum değişikliklerinden psikolojik olarak nasıl etkilendiklerini belirlemek amacıyla kaygı ölçeği ile birlikte BDÖ'de kullanılmıştır. Ancak literatürde BDÖ'nün kullanıldığı sınırlı sayıda çalışma bulunmaktadır. Türedi (2011)'nin çalışmasında, katılımcıların BDÖ'den aldıkları puan ortalamalarına göre katılımcılarda depresyon belirtilerinin bulunmadığı belirtilmiştir (16). Çalışmamızda, BDÖ'den aldıkları puan ortalamalarına göre, katılımcılarda depresyon belirtileri bulunmazken, BDÖ incelendiğinde %30'unun olası depresyon açısından risk altında olduğu belirlenmiştir. Bebekleri YYBÜ'de yatan ailelerde artmış kaygı, depresyon ve travma belirtileri gözlenebilmektedir (26). Dolayısıyla bu sonuçlar ile ailelerin bebeklerinin YYBÜ'de yatıyor olması durumu ilişkilendirilebilir.

Bu çalışmada STAI I-II ile BDÖ arasında doğrusal, zayıf ve pozitif yönlü bir korelasyon bulunmuştur. Diğer bir deyişle anne babaların kaygı düzeyleri arttıkça depresyona yatkınlığı da artmaktadır. Bu sonuçlar doğrultusunda anne babaların kaygılarının giderilmesine yönelik yapılan her girişim depresyonu önleyici bir adım olarak düşünülebilir.

#### **Araştırmanın sınırlılıkları**

Yoğun bakım ünitesinde hastası bulunan ailelerin kaygılarının azaltılmasında sağlık profesyonelleri ile

sürdürdükleri olumlu iletişim oldukça önemlidir. Araştırmamızın spesifik bir grup yerine tüm yenidoğanlar üzerinde yapılmış olması ve özel bir hastanede yapılmış olması, üniversite ve kamu hastanelerinde çalışan sağlık personellerine göre özel hastane sağlık personellerinin ailelere daha fazla zaman ayırabilmesi açısından bir sınırlılıktır ve çalışma sonuçları yalnızca bu gruba genellenebilir.

### **Sonuç ve Öneriler**

Çalışmada aileler orta düzeyde kaygılı bulunmakla birlikte ailelerin büyük kısmı (%70) depresyon belirtisi göstermemektedir. Yakınlık derecesi, çalışma durumu, bebeklerinin doğum zamanı, doğum ağırlıkları ve bebeklerinin sağlığına ilişkin yeterli açıklama yapılma durumunun kaygı düzeylerini etkilemediği görülmüştür. Aynı zamanda ailelerin yakınlık derecesi, eğitim düzeyleri, çalışma durumları, yaşadıkları yer, ekonomik durumları, sigara kullanma durumları, eşleri ile akrabalık durumları, bebeklerinin doğum

ağırlıkları, bebeklerinin hastanede yatış nedenleri, yatış süreleri ve bebeklerinin sağlığına ilişkin yeterli açıklama yapılma durumu da ailelerin depresyon belirtilerini etkilememektedir.

Bu çalışmadan elde edilen veriler doğrultusunda; YYBÜ'de yatan bebeklerin ailelerinin ruhsal durumu göz önünde bulundurulmalı ve aileler ekip üyesi olarak değerlendirilmelidir. Bebeklerinin hastalık sürecine ilişkin tüm bilgiler aile ile paylaşılmalıdır. Sağlık profesyonellerinin yeterli bilgilendirmesi, etkili iletişim tekniklerini kullanması, bakıma aileleri dahil etmesi ve sağlayacakları duygusal destek ailelerin kaygılarının giderilmesine önemli katkı sağlayacaktır. Bakımın planlanması ve uygulanmasında ailenin katılımı sağlanmalı, aile bebeğin sorunlarını tanıma, bakım verme, bebekle etkileşime geçme konularında desteklenmelidir. Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde çalışanlara etkili iletişim becerileri konusunda hizmet içi eğitim programlarının hazırlanması önerilmektedir.



**Fotoğraf:** Fatma Küçükşahin TTB-STED Fotoğraf Yarışması 2017 Sergi Ödülü

**İletişim:** Arş. Gör. Emine Akça  
**E-posta:** emineebici@gmail.com

### Kaynaklar

1. Ünver V. Yoğun bakım ünitesinde hastası olan ailelerin gereksinimlerinin saptanması. *Yoğun Bakım Hemşireliği Derg.* 2003;7(1):75–81.
2. Gürkan A. Bütüncül yaklaşım: yoğun bakımda hastası olan aile üyeleri. *Yoğun Bakım Hemşireliği Derg.* 2009;13(1):1–5.
3. Tel H, Tel H. Transfer anksiyetesi; yoğun bakım hastası ve ailesinin ortak duygusal deneyimi. *Yoğun Bakım Hemşireliği Derg.* 2009;13(1):24–29.
4. Çalışır H, Şeker S, Güler F, Anaç GT, Türkmen M. Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde bebeği yatan ebeveynlerin gereksinimleri ve kaygı düzeyleri. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Derg.* 2008;12(1):31–44.
5. Çekin B. Bir üniversite hastanesi yenidoğan yoğun bakım ünitesinde premature bebeği yatan ebeveynlerin stres düzeyi ve baş etme yöntemleri. Pamukkale Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Programı. Yüksek Lisans Tezi. Denizli. 2014.
6. Wigert H, Johansson R, Berg M, Hellström AL. Mothers' experiences of having their newborn child in a neonatal intensive care unit. *Scand J Caring Sci.* 2006;20(1):35–41.
7. Fowlie PW, McHaffie H. Supporting parents in the neonatal unit. *Bmj.* 2004;329(7478):1336–8.
8. Özyazıcıoğlu N, Güdücü Tüfekci F. Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde bebekleri bakım alan annelerin kaygı ve umutsuzluk düzeylerini etkileyen faktörlerin incelenmesi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi.* 2009;12(4).
9. Akşit S, Cimete G. Çocuğun yoğun bakım ünitesine kabulünde, annelere uygulanan hemşirelik bakımının annelerin anksiyete düzeyine etkisi. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Derg.* 2001;5(2):25–36.
10. Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushene RE, Vagg PR, Jacobs GA. *State-trait anxiety inventory.* Palo AltoCA: Consulting Psychologists Press; 1970.
11. Oner N, Le Compte A. *Durumluk-Surekli kaygı envanteri el kitabı.* İstanbul: Boğaziçi Yayınları; 1985
12. Hisli N. Beck depresyon envanterinin üniversite öğrencileri için geçerliliği, güvenilirliği. *Psikoloji dergisi.* 1989;7:3–13.
13. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry.* 1961; 4:561–571.
14. Çelebioğlu A. Yenidoğanın hastaneye kabulünde ebeveynlerin duyguları ve hemşirelik yaklaşımı. *J Hum Sci.* 2006;1(1): 1-8.
15. Çelen R, Taş Arslan F. The Anxiety Levels of the Parents of Premature Infants and Related Factors. *J Pediatr Res.* 2017;4(2):68-74.
16. Türedi D. Yoğun bakım hastalarının akut fizyolojik durum değişikliklerinin hasta yakınlarının psikolojileri üzerine etkileri. Çukurova Üniversitesi, Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı. Uzmanlık Tezi. Adana. 2011.
17. Erdem Y. Anxiety levels of mothers whose infants have been cared for in unit level-I of a neonatal intensive care unit in Turkey. *J Clin Nurs.* 2010;19(11-12):1738–1747.
18. Çakmak E. Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde bebeği yatan annelerin bakıma katılmalarının kaygı düzeyleri ve bakım sorunlarını çözme becerileri ile ilişkisi. Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi. Aydın. 2015.
19. Miles MS, Burchinal P, Holditch-Davis D, Brunssen S, Wilson SM. Perceptions of stress, worry, and support in Black and White mothers of hospitalized, medically fragile infants. *J Pediatr Nurs.* 2002;17(2):82–88.
20. Küçükoğlu S, Çelebioğlu A, Coşkun D. Yenidoğan kliniğinde bebeği yatan annelerin postpartum depresyon belirtileri ve emzirme öz yeterlilik düzeylerinin belirlenmesi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilim Derg.* 2014;3(3):921–932.
21. Batman D. Prematüre yenidoğanların ebeveynlerine uygulanan web tabanlı eğitimin bebeğin bakımına yönelik özgüven ve kaygı düzeylerine etkisi. Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi. Aydın. 2014.
22. Spear ML, Leef K, Epps S, Locke R. Family reactions during infants' hospitalization in the neonatal intensive care unit. *Am J Perinatol.* 2002;19(4):205–213.
23. Turan T, Başbakkal Z, Özbek Ş. Effect of nursing interventions on stressors of parents of premature infants in neonatal intensive care unit. *J Clin Nurs.* 2008;17(21):2856–2866.
24. Konukbay D, Arslan F. Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde yatan yenidoğan ailelerinin yaşadıkları güçlüklerin belirlenmesi. *J Anatolia Nurs Heal Sci.* 2011;14(2):16-22.
25. Gülçek E. Yenidoğan yoğun bakım servisinde bebeği yatan annelere verilen planlı eğitim annelerin anksiyete düzeyine etkisi. İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı. Malatya. 2015.
26. Erdeve Ö, Atasay B, Arsan S, Türmen T. Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde yatış deneyiminin aile ve prematüre bebek üzerine etkileri. *Çocuk Sağlığı ve Hast Derg.* 2008;51:104–109.

# Akşehir Sağlık Yüksekokulu Öğrencilerinin Özyeterlilik Düzeyleri ve Toplumsal Cinsiyet Algılarının Belirlenmesi

The Determination of the Self-Efficacy Levels and Gender Perception among the Students of the Akşehir School of Health



Funda Özpulat<sup>1</sup>, Şevkat Bahar Özvarış<sup>2</sup>

DOI: 10.17942/sted.431011

Geliş/Received : 05.06.2018

Kabul/Accepted : 14.12.2018

## Öz

**Amaç:** Bu çalışmayla, sağlık yüksekokulu öğrencilerinin öz yeterlilik düzeyi ve toplumsal cinsiyet algılarının saptanması, öz yeterlilik düzeyi ve toplumsal cinsiyet algısı arasındaki ilişkinin ortaya konması ve uygulanabilir öneriler geliştirilmesi amaçlanmıştır.

**Gereç ve Yöntem:** Araştırmada Selçuk Üniversitesi Akşehir Kadir Yallagöz Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik ve Beslenme Diyetetik Bölümü öğrencileri araştırmanın evrenini oluşturmuş, örneklem seçimine gidilmeden gönüllü olarak çalışmaya katılmayı kabul eden öğrencilerle (n=360) 30 Ekim 2017- 29 Aralık 2017 tarihleri arasında çalışma yürütülmüştür.

**Bulgular:** Araştırmaya katılan öğrencilerin yaşları 17 ile 28 arasında değişmekte, aritmetik ortalamasının  $20.06 \pm 1.65$  olduğu görülmektedir. Öğrencilerin %78.6'lık bölümü kız öğrencilerden, %55.3'ünü Hemşirelik Bölümü öğrencilerinden oluşmaktadır. Öğrencilerin Genel Özyeterlilik Ölçeği puanları 19 ile 85 arasında değişmektedir. Genel Özyeterlilik Ölçeği aritmetik ortalaması  $61.82 \pm 10.37$ , Toplumsal Cinsiyet Algısı Ölçeği aritmetik ortalaması  $98.33 \pm 14.85$ 'dir. Kız öğrencilerin Toplumsal Cinsiyet Algısı Ölçeği Puan ortalaması erkeklerden daha yüksektir ( $<0.05$ ). Daha önce yaşadıkları bölgelere göre de öğrencilerin toplumsal cinsiyet algıları değişmekte ( $<0.05$ ), fark Güneydoğu Anadolu bölgesinden gelen öğrencilerden kaynaklanmaktadır.

**Sonuçlar:** İlköğretim dönemlerinden başlanarak çocukların toplumsal cinsiyet algısını geliştirmeye yönelik eğitimlerin düzenlenmesi, bu konuda sağlık personeli-okul-öğretmen işbirliğinin artırılması, küçük yaşlardan başlanarak çocukların toplumsal cinsiyet algılarını artırmada, önemini kavramalarında etkili olabilir.

**Anahtar sözcükler:** Sağlık yüksekokulu, Hemşirelik öğrencisi, Beslenme ve diyetetik öğrencisi, Özyeterlilik düzeyi, Toplumsal cinsiyet algısı

## Abstract

**Objective:** This study aimed to determine self-efficacy levels and gender perception among the students of the school of health, to reveal the relationship between self-efficacy level and gender perception and to develop some practical suggestions.

**Material and Method:** The population of the study was composed of the students of Nursing and Nutrition and Dietetics Departments of Selçuk University Akşehir Kadir Yallagöz School of Health. The study was carried out between October 30, 2017 and December 29, 2017 among the students who have voluntarily agreed to participate in the study (n = 360), without conducting a sampling.

**Findings:** The ages of students participated in the study ranged between 17 and 28 with a mean age of  $20.06 \pm 1.65$ . %78.6 of the students were female and %55.3 were studying at the Nursing Department. The General Self-Efficacy Scale scores of the students varied between 19 and 85. The mean score on the General Self-Efficacy Scale was  $61.82 \pm 10.37$ , whereas the mean score on the Gender Perception Scale was  $98.33 \pm 14.85$ . The mean score of the female students on Gender Perception Scale was higher than that of the male students ( $<0.05$ ). The gender perception also varied by the regions in which the students lived previously ( $<0.05$ ), the difference aroused from the students from the Southeast Anatolia Region.

**Conclusion:** Starting from primary education periods, conducting workshops that aim at improving gender perception among children and enhancing collaboration in this regard among health staff- school-teacher may help children develop gender perception and understand its importance.

**Key words:** School of health, Nursing student, Nutrition and Dietetics student, Self-efficacy, Gender perception

1 Dr. Öğr. Üyesi, Selçuk Ü. Akşehir Kadir Yallagöz Sağlık Yüksekokulu (ORCID No: 0000-0002-1789-6216)

2 Prof. Dr.; Hacettepe Ü. Tıp Fak. Halk Sağlığı AD, Ankara (ORCID No: 0000-0002-1781-7493)

## Giriş

Toplumsal cinsiyet, kadınlar ve erkekler arasındaki normlar, roller ve ilişkiler gibi kadınların ve erkeklerin sosyal olarak yapılandırılmış özelliklerini ifade eden bir kavramdır (1). Toplumun iki temel unsuru olan kadın ve erkeğin, biyolojik özellikler bakımından farklı olduğu bilinmekte ve bu farklılıklara "cinsiyet" adı verilmektedir. "Cinsiyet" kavramı genel olarak bir bireyin biyolojik, fizyolojik ve genetik niteliklerini açıklamada kullanılmaktadır (2). İçerisinde var olduğu toplum bireyi, doğduğu andan başlayarak biyolojik cinsiyetine göre bir takım değer ve yargılarla donatmaya başlamaktadır. Bu değer ve yargılar toplumun geneli tarafından benimsenen, o topluma özgü olan kural ve kaidelerdir. Bu süreçte bireyin doğuştan getirilen biyolojik cinsiyeti, yaşadığı topluma göre toplumsallaşmaya başlamakta ve "toplumsal cinsiyet" haline dönüşmektedir (3).

Toplumsal cinsiyet (gender) kavram olarak ilk defa, 1950'lerin ortalarında psikoloji alanında kullanılmıştır. Bu kapsamda toplumsal cinsiyet, "kimlik" olarak kavramlaştırılmış ve "toplumsal cinsiyet kimliği" bir kişinin kadın ya da erkek olduğuna dair öz algısı olarak tanımlanmıştır (4). Toplumsal cinsiyet biyolojik farklılıklardan dolayı değil, kadın ve erkek olarak toplumun bizi nasıl gördüğü, nasıl algıladığı, nasıl düşündüğü ve nasıl davranmamızı beklediği ile ilgili bir kavramdır (5).

Toplumsal cinsiyet düzeni, kadınlarla erkeklerden beklentilerin, kadınlarla erkekler için izin verilebilir olanların ve kadınlarla erkeklere atfedilen değerlerin ortaya konulduğu farklı sosyo-kültürel ortamlarda inşa edilmektedir (6). Kadın ve erkeğin biyolojik cinsiyetinden farklı olarak toplumda kadın ve erkeğe verilmiş roller bütünü olan, sosyalleşme süreci içerisinde öğrenilen, bu nedenle de toplumdan topluma, kültürden kültüre değişebilen ve değiştirilebilen toplumsal cinsiyet, hem kadınların hem de erkeklerin yaşamını biçimlendirmekte ve sonuçta bu çeşitlilik iki cinsiyetin yalnızca farklı olmasından öte, kaynaklara ulaşma ve elde etmede cinsiyetler arasında eşitsizliklere de neden olmaktadır (7).

Toplumsal bir sorun olarak cinsiyet ayrımcılığı, sosyoloji, psikoloji, sosyal psikoloji, felsefe, iktisat ve hukuk gibi birçok sosyal disiplinlerin

çalışmalarında tartışılan ve analiz edilen bir konudur. Toplumsal faktörlerin cinsiyet ayrımcılığının oluşumunda etkili olduğu göz önünde bulundurulduğunda, birçok disiplinin birlikteliği ile oluşan bilimsel bakış açısının önemi anlaşılmaktadır (8).

Toplumsal cinsiyet ayrımcılığına neredeyse tüm dünya ülkelerinde rastlanabilmektedir. Ancak, şiddeti ve göstergeleri toplumdan topluma farklılık göstermektedir. Toplumda 'kadınlık' kavramına denk görülen nitelikler, eşit, bağımsız ve özgün bir bireyin özelliklerinden ziyade, ilk elden dişilikle ilgili niteliklerdir. Dişiliği temsil ettiği düşünülen kadına, bunun gereği olarak öncelikle "eş", "anne" ya da "ailenin bir üyesi" gibi karşılıklar yakıştırılmaktadır (9). Geleneksel olarak kadınlara erkeklere yardımcı ve buldukları durumdan hoşnut insanlar olmaları, öfkelerini asla göstermemeleri, otorite figürlerine asla soru sormamaları, hayır dememeleri ve diğer insanları mutlu ve rahat ettirmeleri gerektiği, böylece kadına çocukluğundan itibaren atılan olmayan davranışlara sahip olma öğretilmektedir. Sonuç olarak kendine güvensiz, pasif, kararsız, başkaları tarafından verilen kararlara uyan ve duygularını gizleyen, çatışmadan kaçınan geleneksel kadın imajı gelişmekte, kadınların ruh sağlıkları olumsuz etkilenirken, şiddet görmeyi kabullenmeye eğilimli olmaya itilmektedir (10). Bireyin erkek olarak tanımlanması ise, toplumsal cinsiyetin ve bunun iktidarda yansımalarına bağlı olarak, ekonomi, politika, sosyal yaşam ve aile yaşamı gibi birçok alanda eşitsizlikten ataerkil şiddete kadar varan geniş bir etkiye sahip olması sonucunu doğurmaktadır (11).

Özyeterlilik (ÖY) kavramı ilk kez "Bilişsel Davranış Değişimi" kuramı kapsamında psikolog Albert Bandura tarafından 1977 yılında ileri sürülmüştür (12). Özyeterlilik kavramı "Bireyin belirli bir konuda başarılı olmak amacıyla gerekli etkinlikleri organize ederek uygulamasına ilişkin inancı" olarak tanımlanmaktadır (13). Bireylerin olası durumlarla başa çıkabilmek için gerekli olan eylemleri ne kadar iyi yapabildiklerine dair yargılarını ifade etmektedir (14). Bireylerin kişisel yeterlilik duygusunun güçlü olması, gayretlerinin de o derecede yüksek olmasını sağlamakta ve belirli bir aktivitenin başarıyla gerçekleştirilme olasılığı artmaktadır (15). Öz-yeterlilik inancının

düşük olması ise, sergilenecek davranış ve eylemlerin gerçekte olduğundan daha zor olduğuna inanılmasına yol açmakta, böyle bir algı da endişe ve stresi artırmaktadır. Bu durumda birey, sorununu en doğru biçimde çözmesine yardımcı olacak geniş bakış açısını kaybedebilmektedir (16).

Bireyin özyeterlilik düzeyi ile toplumsal cinsiyet algısı arasında ilişki bulunabilmekte, özyeterlilik düzeyi yüksek olan bireylerin toplumsal cinsiyet algıları daha yüksek olabileceği gibi, özyeterlilik düzeyi düşük olan bireylerin toplumsal cinsiyet algıları da düşük olabilmektedir (23). Ancak literatürde özyeterlilik düzeyi ve toplumsal cinsiyet algısını birlikte ele alan ve aralarındaki ilişkiyi ortaya koyabilen çalışma sayısının oldukça yetersiz olduğu görülmekte, konu ile ilgili çeşitli yaş grupları ve sosyo kültürel özelliklere sahip örneklerle planlanacak araştırmalara gereksinim duyulmaktadır.

Üniversite öğrencileri, gerek geleceğin yetişkin ve toplumu biçimlendirecek üyeleri olmaları, gerekse aldıkları eğitimlerle olumlu özellikler kazanmaya eğilimli bir kitleyi oluşturmaları nedeniyle ayrı bir öneme sahiptir. Öğrencilere müfredat programlarına dahil edilen dersler, seminer-sempozyum gibi etkinlikler ve gönüllü grup çalışmaları gibi faaliyetler ile özyeterlilik düzeyleri artırılabilir, toplumsal cinsiyet algıları olumlu yönde değiştirilerek, toplumun algısının da değiştirilmesine katkıda bulunulabilir.

Tüm bu gerçeklerden yola çıkarak planlanan çalışmayla, sağlık yüksekokulu öğrencilerinin öz yeterlilik düzeyi ve toplumsal cinsiyet algılarının saptanması, öz yeterlilik düzeyi ve toplumsal cinsiyet algısı arasındaki ilişkinin ortaya konması ve uygulanabilir öneriler geliştirilmesi amaçlanmıştır.

### **Gereç ve Yöntem**

Araştırma, Selçuk Üniversitesi Akşehir Kadir Yalagöz Sağlık Yüksekokulu'nda yürütülmüştür. Selçuk Üniversitesi Akşehir Kadir Yalagöz Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik (n=320) ve Beslenme ve Diyetetik Bölümü (n=280) öğrencileri araştırmanın evrenini oluşturmuş, örneklem seçimine gidilmeden çalışmaya katılmayı kabul eden gönüllü öğrencilerle yürütülmüştür. Bu kapsamda toplam 360 öğrenci çalışmaya

katılmıştır. Araştırmaya katılan öğrencilerin %55.3'ü Hemşirelik (n=199), %44.7'si Beslenme ve Diyetetik (n=161) bölümü öğrencisidir. Her iki bölümde özellikle 3. Sınıf öğrencilerinin katılımının az olduğu görülmüştür. Araştırmaya katılan öğrenci sayısı çalışma evreninin %60'lık bölümünü oluşturduğu için evreni temsiliyet sorunu bulunmamaktadır. Araştırmada, 16 Ekim 2017 tarihinde 20 katılımcıya anketin ön uygulaması yapılmış, ön uygulama sonrasında anlaşılmayan ya da eksik görülen sorular düzeltilerek ve ön uygulamaya katılan öğrencilerin asıl uygulamaya dahil edilmemesine dikkat edilerek anket uygulamasına geçilmiştir. Hazırlanan anketin asıl uygulaması 30 Ekim 2017- 29 Aralık 2017 tarihleri arasında yürütülmüştür. Uygulama esnasında anket formu her sınıfa uygun ders saatleri dikkate alınarak dağıtılmış, her öğrenciye yanıtlamaları için 15-20 dakika süre verilerek ve eksiksiz doldurulması beklenerek uygulama sonrasında anket formları toplanmıştır. Hazırlanan form; Sosyo- Demografik Özellikler, Genel Özyeterlilik Ölçeği ve Toplumsal Cinsiyet Algısı Ölçeği olmak üzere 3 bölümden oluşmaktadır.

### **A-Öğrencilerin Sosyo Demografik Özellikleri**

Bu bölümde; öğrencilerin yaşını, sınıfını, cinsiyetini, okula başlamadan yaşadığı bölge ve yerleşim birimini, ekonomik durumunu, aile tipini, anne ve babanın öğrenim durumu ve mesleğini sorgulamaya yönelik toplam 12 soru yer almaktadır.

### **B-Genel Özyeterlilik Ölçeği**

Ölçeğin 23 maddelik özgün formu Sherer ve arkadaşları (1982) tarafından geliştirilmiştir. Özgün ölçek Genel Özyeterlilik (açıklanan varyans %26.5, Cronbach alfa=0.86) ve Sosyal Özyeterlilik (açıklanan varyans %8.5, Cronbach alfa=0.71) olmak üzere iki faktörlü bir yapı ortaya koymuştur (17). Genel Öz Yeterlilik Ölçeğinin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması ilk olarak 1999 yılında Gözüm ve Aksayan tarafından yapılmış ve Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı 0.81, test tekrar test güvenilirliği 0.92 olarak bulunmuştur (18). Gözüm ve Aksayan (1999) ölçeğin hem genel hem sosyal özyeterlilik maddelerini içeren toplam 23 maddelik bir Türkçe çevirisi üzerinde çalışmıştır. Sonrasında bu ölçek tekrar gözden geçirilerek madde sayısı 19'a indirilmiştir (19). Bu çalışmalara göre ölçeğin faktör yapısının özgün ölçekte ve diğer

çalışmalarda gösterilmiş olan yapıyla benzerlik göstermediği belirtilmiş ve bazı maddeler içinde buldukları faktörle iyi uyum göstermediği için yazarlar, Genel Özyeterlilik ve Sosyal Özyeterlilik boyutları yerine toplam puan üzerinden değerlendirme yapılmasını önermişlerdir. Genel Öz Yeterlilik Ölçeği Türkçe formunun güvenilirlik ve geçerlilik çalışması son olarak Yıldırım ve İlhan tarafından 2010 yılında yapılmıştır. Bu çalışmada yaygın olarak kullanılan 17 maddelik Genel Özyeterlilik Ölçeği üzerinde çalışılması tercih edilmiştir. Ölçeğin Cronbach Alfa değeri 0.80; iki yarım güvenilirliği 0.77; test tekrar test güvenilirliğinde Pearson Korelasyon değeri (r) 0.69'dur. Ölçeğin son hali "Hiç (1) - Çok iyi (5)" arasında puanlanan 17 maddelik Likert tipi bir ölçektir ve ölçekten en az 17 en fazla 85 puan alınabilmektedir. Ölçekteki 2, 4, 5, 6, 7, 10, 11, 12, 14, 16 ve 17. maddeler ters puanlanmaktadır. Puanın artması öz-yeterlilik inancının arttığını göstermektedir (20). Yapılan bu çalışmada, Yıldırım ve İlhan (2010) tarafından güvenilirlik ve geçerliliği yapılan 17 maddelik ölçek kullanılmıştır.

### C- Toplumsal Cinsiyet Algısı Ölçeği

Altınova ve Duyan (2013) tarafından geliştirilen ve geçerlilik güvenilirlik çalışması yapılan Toplumsal Cinsiyet Algısı Ölçeği, özellikle yetişkinlere uygulanabilecek biçimde geliştirilmiş bir ölçek olup, bireylerin değişik alanlara ilişkin toplumsal cinsiyet rollerini nasıl algıladıklarıyla ilgili tutumlarını ölçme özelliğine sahiptir (21). Geliştirilen bu ölçekte toplam 25 madde bulunmaktadır. Maddelerin 10'u olumlu, 15'i olumsuz olarak yazılmıştır. Beşli Likert şeklinde oluşturulan ölçekte maddelerde belirtilen düşünceye, bireylerden "tamamen katılıyorum (5), katılıyorum (4), kararsızım (3), katılmıyorum (2), tamamen katılmıyorum (1) olmak üzere beş derecede görüş bildirmeleri istenmekte, olumsuz maddeler tersten hesaplanmaktadır. Ölçekte 2, 4, 6, 9, 10, 12, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 24. ve 25. maddeler olumsuz olup tersten hesaplanmaktadır. Buna göre, ölçekten alınabilecek puanlar 25- 125 aralığında olup, yüksek puanlar toplumsal cinsiyet algısının olumlu olduğunu ifade etmektedir. Ölçeğin Cronbach Alpha değeri 0.872 olarak bulunmuştur. Araştırmanın sonuçları, ölçüm aracının tek boyuttan oluştuğunu ve alfa güvenilirlik katsayılarının kabul edilebilir düzeyde olduğunu ortaya koymaktadır (22).

### Etik Konular

Araştırma kapsamında katılımcılara isimleri sorulmamış ve ankete de yazmaları istenmemiştir. Yapılacak çalışma hakkında öğrencilere bilgi verilmiş ve ankete başlamadan önce kişilerin sözlü onamları alınmıştır. Araştırmacı tarafından geliştirilen anket formu, okul yönetiminden alınan yazılı izinler ve Selçuk Üniversitesi Etik Kurulu'ndan alınan izin (2017/343) sonrasında uygulanmıştır. Araştırma bilimsel amacı dışında kullanılmayacaktır.

### Verilerin Değerlendirilmesi

Elde edilen veriler SPSS 17.0 (Statistical Package for Social Sciences for Windows) paket programı kullanılarak değerlendirilmiş, elde edilen verilerin yüzdeler ve sayılar ile değerlendirilmesi yanı sıra, Bağımsız gruplarda T testi, One – Way Anova testi ve Korelasyon analizi uygulanmıştır.

### Bulgular

Araştırmaya katılan öğrencilerin yaşları 17 ile 28 arasında değişmekte, aritmetik ortalamasının  $20.06 \pm 1.65$  olduğu görülmektedir. Öğrencilerin %78.6'lık bölümü kız öğrencilerden, %55.3'ünü Hemşirelik Bölümü öğrencilerinden oluşmaktadır. %36.1'i 1.sınıf, %25'i 4.sınıf öğrencisidir. %73.3'ü gelirini giderine denk olarak belirtmiş, büyük çoğunluğunun (%79.4) çekirdek aile yapısına sahip olduğu görülmüştür. %39.2'si daha önce İç Anadolu Bölgesinde, %43.6'sı il merkezinde yaşamıştır. %65'inin annesinin, %58.3'ünün babasının öğrenim durumu ilköğretim ve altı, büyük bir çoğunluğunun (%86.4) annesi ev hanımı, %35'inin babası serbest meslek sahibidir (Tablo 1). Babasının mesleğini diğer grubunda belirten 5 kişinin babası vefat etmiş, 2 kişi ise herhangi bir açıklama yapmamıştır.

Tablo 2 incelendiğinde erkek öğrencilerin Genel Özyeterlilik Ölçeği puan ortalamasının  $62.91 \pm 10.49$ , kız öğrencilerin Toplumsal Cinsiyet Algısı Ölçeği Puan ortalamasının  $101.80 \pm 12.23$  olduğu görülmektedir.

Tablo 3'e göre öğrencilerin öz yeterlilik düzeyleri benzerlik göstermekte, Beslenme ve Diyetetik Bölümü öğrencilerinin Toplumsal Cinsiyet Algısı Ölçeği puan ortalaması  $102.24 \pm 13.15$  iken, Hemşirelik Bölümü öğrencilerinin puan ortalamasının  $95.17 \pm 15.41$  olduğu ve bölümlere

**Tablo 1.** Öğrencilerin sosyo demografik özelliklerine göre dağılımı (Akşehir, 2017)

Yaş			Sınıf		n	%
≤18	62	17.2	1.sınıf		130	36.1
19-22	271	75.3	2.sınıf		84	23.3
23-26	25	6.9	3.sınıf		56	15.6
≥27	2	.6	4.sınıf		90	25.0
<b>Ortalama±SS:20.06±1.65 Min-Max: 17-28</b>						
Cinsiyet			Aile Tipi		n	%
Kız	283	78.6	Çekirdek		286	79.4
Erkek	77	21.4	Geniş		60	16.7
Bölüm			Parçalanmış		n	%
Hemşirelik	199	55.3	Daha Önce Yaşadığı Yerleşim Birimi		14	3.9
Beslenme ve Diyetetik	161	44.7	İl Merkezi		157	43.6
Ekonomik Durum			İlçe		n	%
Gelir Giderden Az	65	18.1	Kasaba-Köy		54	15.0
Gelir Gidere Denk	264	73.3	Babanın Öğrenim Durumu			
Gelir Giderden Çok	31	8.6	Okur-Yazar Değil		6	1.7
Daha Önce Yaşadığı Bölge			İlköğretim ve Altı		n	%
İç Anadolu	141	39.2	Ortaöğretim		210	58.3
Doğu Anadolu	24	6.7	Lisans ve Üstü		80	22.2
Ege	25	6.9	Babanın Mesleği			
Marmara	20	5.6	Çalışmıyor		20	5.6
Güneydoğu Anadolu	49	13.6	İşçi		74	20.6
Karadeniz	29	8.1	Memur		59	16.4
Akdeniz	72	20.0	Serbest Meslek		126	35.0
Annenin Öğrenim Durumu			Emekli		n	%
Okur-Yazar Değil	47	13.1	Diğer		74	20.6
İlköğretim ve Altı	234	65.0	Toplam		360	100.0
Ortaöğretim	57	15.8				
Lisans ve Üstü	22	6.1				
Annenin Mesleği						
Ev hanımı	311	86.4				
İşçi	19	5.3				
Memur	9	2.5				
Serbest Meslek	11	3.1				
Emekli	10	2.8				
<b>Toplam</b>	<b>360</b>	<b>100.0</b>				

**Tablo 2.** Öğrencilerin cinsiyetleri ile genel özyeterlilik ve toplumsal Cinsiyet Algısı Ölçeği puanlarının karşılaştırılması

Cinsiyet	Genel özyeterlilik ölçeği			Toplumsal cinsiyet algısı ölçeği		
	X± S.S	t	p	X± S.S	t	p
Kız	61.52±10.34	-1.033	.304	101.80±12.23	7.967	.000
Erkek	62.91±10.49			85.59±16.67		

\*Bağımsız Gruplarda T Testi uygulanmıştır.

**Tablo 3.** Öğrencilerin bölümleri ile genel özyeterlilik ve Toplumsal Cinsiyet Algısı Ölçeği puanlarının karşılaştırılması

Cinsiyet	Genel özyeterlilik ölçeği			Toplumsal cinsiyet algısı ölçeği		
	X± S.S	t	p	X± S.S	t	p
Kız	61.52±10.34	-1.033	.304	101.80±12.23	7.967	.000
Erkek	62.91±10.49			85.59±16.67		

\*Bağımsız Gruplarda T Testi uygulanmıştır.



**Tablo 4.** Öğrencilerin bazı sosyo demografik özellikleri ile Genel Özyeterlilik Ve Toplumsal Cinsiyet Algısı Ölçeği puanlarının karşılaştırılması

Sınıf	Min-Max		Ortalama±SS		Min-Max		Ortalama±SS	
	19-85		61.82±10.37		44-125		98.33±14.85	
	X± S.S	F	SD	p	X± S.S	F	SD	p
1.sınıf	61.08±10.69	2.624	3	.050	98.35±16.27	1.070	3	.362
2.sınıf	59.94±10.58				100.63±15.27			
3.sınıf	64.11±9.15				97.13±15.50			
4.sınıf	63.21±10.15				96.91±11.46			
<b>Ekonomik Durum</b>								
Gelir Giderden Az	61.22±10.80	.240	2	.786	98.52±15.55	.774	2	.462
Gelir Gidere Denk	62.05±10.06				97.92±14.50			
Gelir Giderden Çok	61.13±12.21				101.42±16.35			
<b>Aile Tipi</b>								
Çekirdek Aile	61.89±10.21	.363	2	.696	99.16±14.69	2.160	2	.117
Geniş Aile	61.07±10.46				95.22±15.37			
Parçalanmış Aile	63.57±13.63				94.86±14.42			
<b>Daha Önce Yaşadığı Bölge</b>								
İç Anadolu	60.72±11.12	1.189	6	.312	98.47±14.04	4.039	6	.001
Doğu Anadolu	63.29±9.27				92.63±15.65			
Ege Bölgesi	59.04±11.16				102.89±13.32			
Marmara Bölgesi	60.45±10.31				103.70±14.03			
Güneydoğu Anadolu Bölgesi	63.02±9.97				91.10±19.85			
Karadeniz Bölgesi	63.48±10.75				100.14±12.07			
Akdeniz Bölgesi	63.32±8.86				101.10±11.77			
<b>Daha Önce Yaşadığı Yerleşim Birimi</b>								
İl Merkezi	61.59±10.59	.597	2	.551	99.85±15.08	1.528	2	.218
İlçe	62.44±10.00				96.93±14.81			
Kasaba-Köy	60.74±10.81				97.78±14.11			
<b>Annenin Öğrenim Durumu</b>								
Okur-Yazar Değil	62.13±11.58	.371	3	.774	91.92±15.58	5.282	3	.001
İlköğretim ve Altı	62.09±10.13				98.39±13.53			
Ortaöğretim	61.07±10.75				103.35±15.24			
Lisans ve Üstü	60.09±9.74				98.41±20.63			
<b>Annenin Mesleği</b>								
Ev hanımı	61.93±10.55	.925	4	.450	97.72±14.97	1.122	4	.346
İşçi	61.68±6.84				100.84±14.14			
Memur	61.89±11.49				104.33±14.94			
Serbest Meslek	56.36±9.59				101.09±13.77			
Emekli	64.40±10.19				104.20±12.67			
<b>Babanın Öğrenim Durumu</b>								
Okur-Yazar Değil	60.50±9.94	.162	3	.922	87.33±17.17	1.567	3	.197
İlköğretim ve Altı	61.57±9.99				97.96±14.83			
Ortaöğretim	62.40±10.34				98.48±15.43			
Lisans ve Üstü	62.02±11.79				100.41±13.72			
<b>Babanın Mesleği</b>								
Çalışmıyor	60.25±9.19	.268	5	.930	95.65±14,12	1.609	5	.157
İşçi	61.84±9.15				100.70±13.67			
Memur	62.15±11.53				97.75±14.95			
Serbest Meslek	62.09±9.78				97.52±15.51			
Emekli	61.79±11.77				99.65±12.56			
Diğer	58.43±12.80				86.57±30.04			

\*One Way Anova Testi kullanılmıştır.

göre öğrencilerin Toplumsal Cinsiyet Algısı Ölçeğinden aldıkları puanların değiştiği görülmektedir.

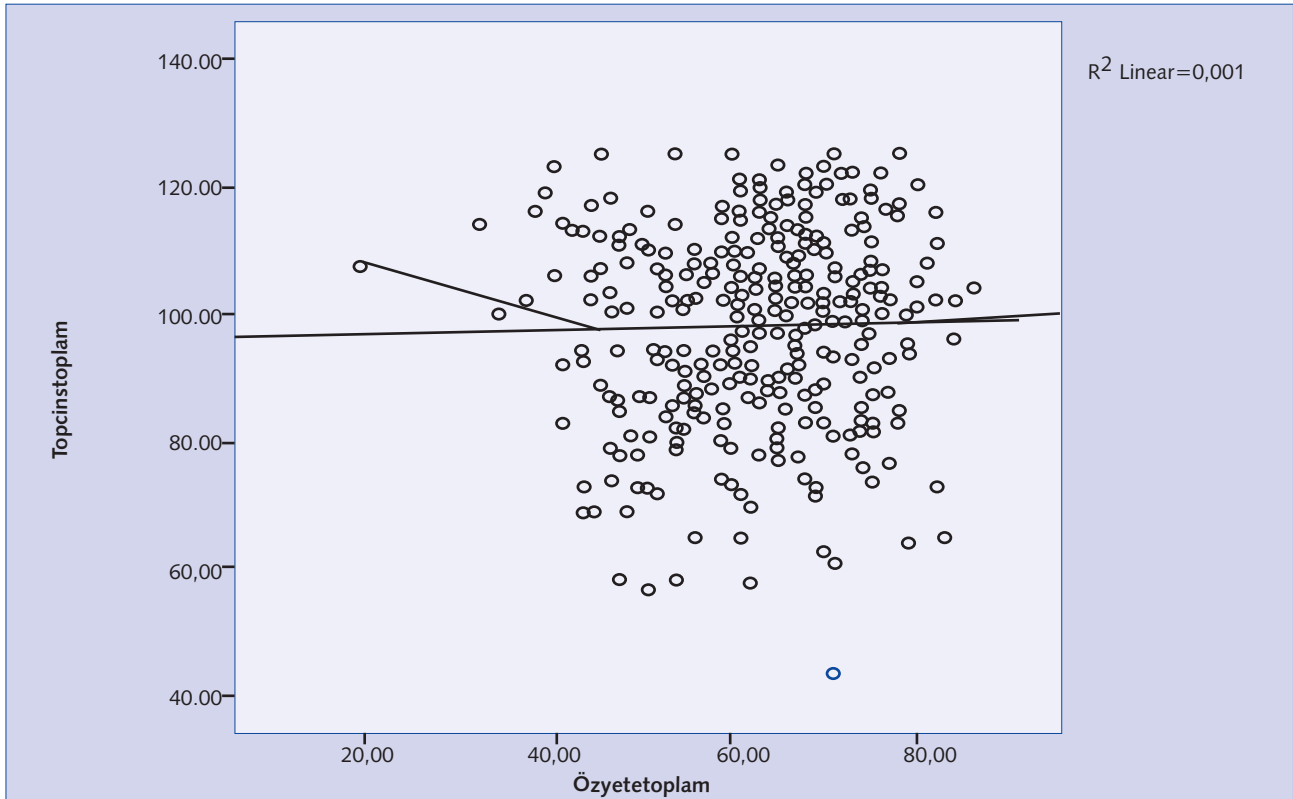
Tablo 4'e göre öğrencilerin Genel Özyeterlilik Ölçeği puanları 19 ile 85 arasında değişmekte, Genel Özyeterlilik Ölçeği aritmetik ortalamasının  $61.82 \pm 10.37$ , Toplumsal Cinsiyet Algısı Ölçeği aritmetik ortalamasının  $98.33 \pm 14.85$  olduğu görülmektedir. 3.sınıf öğrencilerinin Genel Özyeterlilik Ölçeği puan ortalaması  $64.11 \pm 9.15$ , 4.sınıf öğrencilerinin puan ortalaması  $63.21 \pm 10.15$ , 2.sınıf öğrencilerinin Toplumsal Cinsiyet Algısı Ölçeği puan ortalaması  $100.63 \pm 15.27$ , 1.sınıf öğrencilerinin  $98.35 \pm 16.27$ , 3.sınıf öğrencilerinin  $97.13 \pm 15.50$  olarak belirlenmiş, sınıflara göre öğrencilerin Genel Özyeterlilik Ölçeği ve Toplumsal Cinsiyet Algısı Ölçeği Puan ortalamalarının değişmediği saptanmıştır ( $>0.05$ ). Gelirleri giderlerine denk olanların Genel Özyeterlilik Ölçeği puan ortalaması  $62.05 \pm 10.06$  iken, gelirleri giderlerinden çok olanların Toplumsal Cinsiyet Algısı Ölçeği puan ortalaması  $101.42 \pm 16.35$ 'dir. Birbirine yakın yüzdeler ile babaları lisans ve üstü mezuniyete sahip olanların Genel Özyeterlilik Ölçeği puan ortalaması  $62.02 \pm 11.79$ , ortaöğretim mezunu olanların  $62.40 \pm 10.34$ , ilköğretim ve altı

mezuniyete sahip olanların puan ortalaması  $61.57 \pm 9.99$ 'dur. Babaları lisans ve üstü mezuniyete sahip olanların Toplumsal Cinsiyet Algısı Ölçeği puan ortalaması  $100.41 \pm 13.72$ , ilköğretim ve altı olanların  $97.96 \pm 14.83$ , okur yazar olmayanların  $87.33 \pm 17.17$  olarak saptanmıştır. Babasının mesleğini diğer grubunda belirtenlerin Genel Özyeterlilik Ölçeği puan ortalaması da, Toplumsal Cinsiyet Algısı Ölçeği puan ortalaması da düşük bulunmuştur.

Şekil 1'de öğrencilerinin öz yeterlilikleri ile toplumsal cinsiyet algıları arasındaki ilişki incelenmiş ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ( $r = .035$ ,  $p = .503$ ).

### Tartışma

Yapılan çalışmada öğrencilerin Genel Özyeterlilik Ölçeği puanları 19 ile 85 arasında değişmekte, Genel Özyeterlilik Ölçeği aritmetik ortalamasının  $61.82 \pm 10.37$ , Toplumsal Cinsiyet Algısı Ölçeği aritmetik ortalamasının  $98.33 \pm 14.85$  olduğu görülmektedir. Erkek öğrencilerin Genel Özyeterlilik Ölçeği puan ortalaması  $62.91 \pm 10.49$ , kız öğrencilerin  $61.52 \pm 10.34$ 'dür ve cinsiyetleri ile öğrencilerin özyeterlilik puanları arasında ilişki bulunmamaktadır ( $>0.05$ ). Bu çalışmadan farklı olarak Karadağ ve arkadaşlarının 382 sağlık yüksekokulu öğrencisi ile yaptıkları (2011)



Şekil 1. Öğrencilerin özyeterlilikleri ile toplumsal cinsiyet algılarının karşılaştırılması

çalışmada kız öğrencilerin öz etkililik-yeterlik toplam puan ortalamasının, erkek öğrencilerden yüksek olduğu ancak bu farklılığın da istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir (23). Özpuolat'ın 247 öğrenciye gerçekleştirdiği (2016) çalışmada da kız öğrencilerin Genel Özyeterlilik Ölçeği puan ortalamasının erkek öğrencilerden yüksek olduğu saptanmış, ancak istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (24).

Yapılan bu çalışmada kız öğrencilerin Toplumsal Cinsiyet Algısı Ölçeği Puan ortalamasının  $101.80 \pm 12.23$ , erkek öğrencilerin  $85.59 \pm 16.67$  olduğu ve toplumsal cinsiyet algısının öğrencilerin cinsiyetine göre farklılık gösterdiği saptanmıştır ( $<0.05$ ). Benzer biçimde Çetinkaya'nın 300 öğrenciyle yaptığı (2013) çalışmada cinsiyet ile toplumsal cinsiyet rollerine ilişkin tutum puanları arasında anlamlı bir farklılaşma bulunmuş, kızların toplumsal cinsiyet rollerine ilişkin tutum puanlarının erkeklere göre daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır (25). Öngen ve Aytaç'ın 324 öğrenciyle yaptıkları (2013) çalışmada kız ve erkek öğrencilerin toplumsal cinsiyet rollerine ilişkin farklı tutum içinde oldukları, kızların erkeklere nazaran daha eşitlikçi tutum ve rollere, erkeklerin daha geleneksel cinsiyet rollerine sahip oldukları anlaşılmıştır (26). Özpuolat'ın 247 öğrenciye gerçekleştirdiği (2016) çalışmada kız öğrencilerin Toplumsal Cinsiyet Algısı Ölçeği puan ortalamasının  $95.84 \pm 11.54$ , erkek öğrencilerin puan ortalamasının  $72.09 \pm 14.18$  olduğu ve öğrencilerin toplumsal cinsiyet algısının cinsiyete göre değiştiği görülmüştür (24). Vefikuluçay ve arkadaşlarının Kafkas Üniversitesi'nde gerçekleştirdikleri (2007) araştırmada çalışma yaşamına ilişkin aynı önermelerde erkek öğrencilerin daha fazla geleneksel bakış açısına sahip oldukları belirlenmiştir (27). Kaplan ve arkadaşlarının 168 hemşirelik öğrencisiyle yaptıkları (2014) çalışmada, öğrencilerin kadına yönelik aile içi şiddet ve cinsiyet rollerine ilişkin tutumlarının toplumda var olan geleneksel görüş yönünde olduğu tespit edilmiş, kız öğrencilerin şiddete ilişkin tutumunun erkek öğrencilere göre daha geleneksel olması dikkat çekici bulunmuş (28), Pınar ve arkadaşlarının 279 öğrenciyle yaptıkları (2008) çalışmada ise hem kız hem de erkek öğrencilerin geleneksel bakış açısına sahip oldukları belirlenmiştir (29).

Yapılan bu çalışmada öğrencilerin öz yeterlilik düzeyleri benzerlik göstermektedir. Hemşirelik

bölümü öğrencilerinin Genel Özyeterlilik Ölçeği puan ortalaması  $62.16 \pm 10.03$  iken, Beslenme ve Diyetetik Bölümü öğrencilerinin ortalaması  $61.39 \pm 10.79$  bulunmuş, istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ( $>0.05$ ). Bu çalışmaya benzer olarak Uysal ve Kösemen'in Abant İzzet Baysal Üniversitesi Eğitim Fakültesinde öğrenim görmekte olan 117 öğretmen adayı ile yaptıkları (2013) çalışmada, öğretmen adaylarının genel öz yeterliliklerinin öğrenim gördükleri bölüme göre değişmediği bulgusuna ulaşılmıştır (30). Yiğitbaş ve Yetkin'in 240 öğrenciyle yaptıkları (2003) çalışmada da bölümler arasındaki puan farklarının önemli olmadığı, yalnızca 4. sınıftaki Sağlık Memurluğu Bölümü öğrencilerinin puanının Hemşirelik Bölümü öğrencilerinin puanından önemli bir biçimde yüksek olduğu belirlenmiştir (31).

Yapılan bu çalışmada Marmara bölgesinde yaşayanların Toplumsal Cinsiyet Algısı Ölçeği puan ortalaması  $103.70 \pm 14.03$ , Ege bölgesinde yaşayanların  $102.89 \pm 13.32$  olarak bulunmuştur. Güneydoğu Anadolu bölgesinde yaşayanların Toplumsal Cinsiyet Algısı Ölçeği puan ortalaması ise  $91.10 \pm 19.85$  olarak saptanmış, öğrencilerin daha önce yaşadıkları bölgelere göre toplumsal cinsiyet algılarının değiştiği, yapılan post hoc testi sonucunda ise farkın Güneydoğu Anadolu bölgesinden gelen öğrencilerden kaynaklandığı görülmüştür ( $<0.05$ ). Öğrencilerin daha önce yaşadığı yerleşim birimlerine göre ise Toplumsal Cinsiyet Algısı Ölçeğinden aldıkları puanların birbirine yakın özellik gösterdiği ve farkın istatistiksel olarak anlam oluşturacak düzeyde olmadığı belirlenmiştir ( $>0.05$ ). Öngen ve Aytaç'ın 324 öğrenciyle yaptıkları (2013) çalışmada eşitlikçi cinsiyet rolü ve kadın cinsiyet rolüne yönelik tutumların, öğrencilerin doğum yerine göre farklılık gösterdiği, diğer bir ifade ile kent doğumlu olan kişilerin ortalamalarının, kır doğumlu olan kişilere göre daha yüksek bir farklılık yarattığı saptanmıştır (26). Kaya ve Uysal'ın 968 kişiyle gerçekleştirdikleri (2015) çalışmada yaşamının büyük çoğunluğu kırsal çevrede geçenlerin "eşitlikçi cinsiyet" rolüne ilişkin tutumu, kentsel çevrede geçirenlerin tutumundan daha düşük bulunmuş, toplumsal cinsiyet rolü tutumları ile sosyal çevre değişkeni arasındaki ilişkilerin kentsel çevre lehine yüksek olduğu belirlenmiştir (32). Pınar ve arkadaşlarının 279 öğrenciyle yaptıkları (2008) çalışmada kırsal

bölgeden gelen grubun, şehirde yaşayan gruba göre geleneksel yapıyı daha fazla benimsedikleri görülmüştür, ancak aralarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır (29).

Yapılan çalışmada anneleri orta öğretim düzeyinde mezuniyete sahip olanların Toplumsal Cinsiyet Algısı Ölçeği puan ortalaması  $103.35 \pm 15.24$  olarak bulunmuş, öğrencilerin toplumsal cinsiyet algılarının annelerinin öğrenim durumuna göre değiştiği ( $<0.05$ ), farkın okuryazar olmayan annelerden kaynaklandığı, annelerin çalışma durumunun ise herhangi bir fark oluşturmadığı saptanmıştır ( $>0.05$ ). Bu çalışmadan farklı olarak Öngen ve Aytaç'ın 324 öğrenciyle yaptıkları (2013) çalışmada annenin iş durumunun yani çalışıyor ya da çalışmıyor olmalarının öğrencilerin toplumsal cinsiyet rolleri tutumunu etkilediği, annenin iş durumunun toplumsal cinsiyet rolleri tutumunu pozitif yönde etkilediği anlaşılmıştır (26). Beyazıt ve Mağden'in Psikoloji Bölümü'nde öğrenim gören 74 erkek öğrenciyle yaptıkları (2015) çalışmada ise Aşırı Cinsiyet İdeolojisi Ölçeği (ACİÖ) puanlarının katılımcıların annelerinin çalışıp çalışmamasına göre farklılaştığı tespit edilmiş, anneleri çalışmayan katılımcıların ACİÖ puanlarının, anneleri çalışan katılımcılara göre daha yüksek olduğu görülmüştür (33). Pınar ve arkadaşlarının 279 öğrenciyle yaptıkları (2008) çalışmada da annenin çalışma durumunun öğrencilerin kadın-erkek anlayışı tutumları üzerinde etkili olduğu, annesi üniversite mezunu olan grubun daha modern kadın-erkek anlayışına sahip olduğu belirlenmiştir (29). Yine benzer biçimde Çetinkaya'nın 300 öğrenciyle yaptığı (2013) çalışmada öğrencilerin annelerin eğitim durumuna göre toplumsal cinsiyet rollerine ilişkin tutum puanlarının anlamlı bir biçimde farklılaştığı, bu farklılaşmanın annenin eğitimi ilkököl ve lise olan öğrenciler lehine anlamlı olduğu, anne eğitim durumu ilkököl ve lise mezunu olan öğrencilerin toplumsal cinsiyet rollerine ilişkin daha eşitlikçi tutuma sahip oldukları belirtilmiştir (25).

Yapılan çalışmada öğrencilerinin öz yeterlilikleri ile toplumsal cinsiyet algıları arasındaki ilişki incelenmiş ve istatistiksel olarak bir ilişki olmadığı saptanmıştır ( $r = .035$ ,  $p = .503$ ). Bulunan bu sonuçtan farklı olarak Özpulat'ın 247 öğrenciye gerçekleştirdiği (2016) çalışmada öğrencilerin öz-yeterlilik düzeyleri ile toplumsal cinsiyet algıları arasında ilişki olduğu, özyeterlilik düzeyi yüksek olan öğrencilerin toplumsal cinsiyet algılarının

daha fazla olduğu ortaya konmuş (24), ancak yapılan litaretür taraması sonucunda öz yeterlilikleri ile toplumsal cinsiyet algıları arasındaki ilişkiyi inceleyen başka bir çalışma bulunamamıştır.

## Sonuç

Yapılan bu çalışma sonucunda; cinsiyet ile öğrencilerin özyeterlilik puanları arasında ilişki bulunmadığı, ancak kız öğrencilerin toplumsal cinsiyet algısının erkek öğrencilerden yüksek olduğu ve toplumsal cinsiyet algısının öğrencilerin cinsiyetine göre farklılık gösterdiği saptanmıştır. Öğrencilerin bölümlerine göre öz yeterlilik düzeyleri benzerlik göstermekte, Beslenme ve Diyetetik Bölümü öğrencilerinin toplumsal cinsiyet algısının Hemşirelik Bölümü öğrencilerinden yüksek olduğu ve bölümlere göre öğrencilerin toplumsal cinsiyet algısının değiştiği görülmektedir. Daha önce yaşadıkları bölgelere göre de öğrencilerin toplumsal cinsiyet algıları değişmektedir. Daha önce yaşadığı yerleşim birimlerine göre ise öğrencilerin toplumsal cinsiyet algılarının birbirine yakın özellik gösterdiği ve farkın istatistiksel olarak anlamlı fark yaratacak düzeyde olmadığı belirlenmiştir. Ayrıca öğrencilerin toplumsal cinsiyet algılarının annelerinin öğrenim durumuna göre değiştiği, farkın okuryazar olmayan annelerden kaynaklandığı, annelerin çalışma durumunun ise herhangi bir fark oluşturmadığı saptanmıştır. Öğrencilerin özyeterlilikleri ile toplumsal cinsiyet algıları arasında ilişki bulunmaması da diğer bir çarpıcı sonuç olarak görülebilir.

Bireylerin öz-yeterliliklerinin ve toplumsal cinsiyet algılarının yüksek olması, toplumun daha eşitlikçi, başarılı ve kalitesi yüksek bir yaşam sürdürmelerinde oldukça etkilidir.

Elde edilen bulgular kadınların eğitiminin ne kadar önemli olduğunu bir kez daha gözler önüne sermektedir. Özellikle doğu ve güneydoğu bölgelerinde yer alan yerleşim birimleri hedef alınarak ve ilköğretim dönemlerinden başlanarak çocukların toplumsal cinsiyet algısını geliştirmeye yönelik eğitimlerin düzenlenmesi, bu konuda sağlık personeli-okul-öğretmen işbirliğinin artırılması, annelere de toplumsal cinsiyet algılarını geliştirmeye yönelik eğitim programlarının düzenlenmesi, küçük yaşlardan başlanarak çocukların toplumsal cinsiyet algılarını artırmada, önemini kavramalarında etkili olabilir. Ayrıca üniversite öğrencilerine yönelik

sempozyum/kongre vs bilimsel etkinliklerin düzenlenmesi ve öncelikle öğrencilerin bu faaliyetlerde aktif rol almalarının sağlanması, geleceğin anne ve babalarının toplumsal cinsiyet algılarının artırılmasında yararlı olabilir.

**İletişim:** Funda Özpulat

**E-posta:** funda-ozpulat@hotmail.com

### Kaynaklar

1. World Health Organization. Gender, equity and human rights. Erişim: <http://www.who.int/gender-equity-rights/understanding/gender-definition/en/> Erişim tarihi:28:12:2017.
2. Aydiner Boylu A, Ayan H, Bilgin İ. Toplumsal cinsiyet ve ev teknolojilerinin kullanımına etkisi. İnsan ve Toplum Bilimleri Araştırmaları Dergisi 2016; 5(4): 955-965.
3. Seçgin F, Tural A. Sınıf öğretmenliği bölümü öğretmen adaylarının toplumsal cinsiyet rollerine ilişkin tutumları. e-Journal of New World Sciences Academy EducationSciences 2011; 6(4):2446-2458.
4. Marshall BL. Configuring Gender: Explorations in Theory and Politics. Canada: Canadian Copyright Licensing Agency (CANCOPY), 2000:1-50.
5. Akın A. Toplumsal cinsiyet (gender) ayrımcılığı ve sağlık. Toplum Hekimliği Bülteni 2007; 26(2): 1-9.
6. Sayer H. Toplumsal cinsiyet eşitliğine erkeklerin katılımı. T.C. Başbakanlık Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü. Afşaroğlu Matbaası. Ankara, 2011.
7. Özvarış ŞB. Toplumsal cinsiyet, kadın ve sağlık. Hacettepe Tıp Dergisi 2008; 39:168-174.
8. Alptekin D. Çelişik duygularda toplumsal cinsiyet ayrımcılığı sorgusu: Üniversite gençliğinin cinsiyet algısına dair bir araştırma. Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi 2014; 32: 203-211.
9. Bingöl O. Toplumsal cinsiyet olgusu ve Türkiye'de kadınlık. KMÜ Sosyal ve Ekonomik Araştırmalar Dergisi 2014;16(Özel Sayı I):108-114.
10. Dinç Kahraman S. Kadınların toplumsal cinsiyet eşitsizliğine yönelik görüşlerinin belirlenmesi. DEUHYO ED 2010; 3(1): 30-35.
11. Mora N. Kitle iletişim araçlarında yeniden üretilen cinsiyetçilik ve toplumda yansımaları. Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi 2006;2(1):1-7.
12. Schwarzer R, Fuchs R. Changing risk behaviors and adopting health behaviors the role of self-efficacy beliefs. A Bandura(ed). Self-efficacy in changing societies. New York: Cambridge University Press, 1995:259-288.
13. Dellinger AB, Bobbett JJ, Olivier DF, Ellet CD. Measuring teachers self-efficacy beliefs: Development and use of the TEBS-Self. Teaching and Teacher Education 2008;24(3):751- 766.
14. Bandura A. Self-efficacy mechanism in human agency. American Psychologist 1982; 32(2):122-147.
15. Kenny RF, Park CL, Van Neste-Kenny JMC, Burton P, Qayyum A. Using self-efficacy to assess the readiness of nursing educators ve students for mobile learning. IRRODL 2012; 13(3):277-296.
16. Karadağ E, Aksoy Derya Y, Ucuzal M. Sağlık yüksekokulu öğrencilerinin öz etkililik-yeterlik düzeyleri. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi 2009;4(1):13-20.
17. Sherer M, Adams CH. Construct validation of the self-efficacy scale. Psychol Rep 1983; 53:899-902.
18. Gözüm S, Aksayan S. Öz-etkililik yeterlilik ölçeğinin türkçe formunun güvenilirlik ve geçerliliği. Atatürk Üniversitesi HYO Dergisi 1999;(2):21-34.
19. Özalp Türetgen İ. Kendini ayarlama, öz etkinlik ve dominantlık özellikleriyle birlikte cinsiyet değişkenlerinin lider olarak algılanmadaki etkisini deneysel ve alan çalışmalarında incelenmesi. İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Anabilim dalı, Yayınlanmamış Doktora Tezi, 2005, İstanbul.
20. Yıldırım F, İlhan İÖ. Genel özyeterlilik ölçeği Türkçe formunun geçerlik ve güvenilirlik çalışması. Türk Psikiyatri Dergisi 2010;21(4):301-308.
21. Altuntaş O, Altınova HH. Toplumsal cinsiyet algısı ile sosyo-ekonomik değişkenler arasındaki ilişkinin belirlenmesi. Turkish Studies 2015;10(6):83-100.
22. Altınova HH, Duyan V. Toplumsal cinsiyet algısı ölçeğinin geçerlik güvenilirlik çalışması. Toplum ve Sosyal Hizmet 2013;24(2):9-22.
23. Karadağ E, Aksoy Derya Y, Ucuzal M. Sağlık yüksekokulu öğrencilerinin öz etkililik-yeterlik düzeyleri. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi 2011;4(1):13-20.
24. Özpulat F. Üniversite öğrencilerinin öz yeterlilik düzeyi ile toplumsal cinsiyet algısı ilişkisi: Beyşehir örneği. International Journal of Human Sciences 2016; 13(1): 1222-1232.
25. Kodan Çetinkaya S. Üniversite öğrencilerinin şiddet eğilimlerinin ve toplumsal cinsiyet rollerine ilişkin tutumlarının incelenmesi. Nesne 2013;1(2):21-43.
26. Öngen B, Aytaç S. Üniversite öğrencilerinin toplumsal cinsiyet rollerine ilişkin tutumları ve yaşam değerleri ilişkisi. Sosyoloji Konferansları 2013;48(2):1-18.
27. Vefikuluçay D, Demirel S, Taşkın L, Eroğlu K. Kafkas üniversitesi son sınıf öğrencilerinin toplumsal cinsiyet rollerine ilişkin bakış açıları. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2007;14(2):12-27.
28. Kaplan S, Akalın A, Pınar G, Yılmaz T. Hemşirelik öğrencilerinin kadına yönelik aile içi şiddet ve aile içi şiddette mesleki rollerine ilişkin tutumları. Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik E-Dergisi 2014;2(1):26-35.
29. Pınar G, Taşkın L, Eroğlu K. Başkent üniversitesi öğrenci yurdunda kalan gençlerin toplumsal cinsiyet rol kalıplarına ilişkin tutumları. Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi 2008: 47-57.
30. Uysal İ, Kösemen S. Öğretmen adaylarının genel öz-yeterlilik inançlarının incelenmesi. Eğitim ve Öğretim Araştırmaları Dergisi, 2013;2(2):217-226.
31. Yiğitbaş Ç, Yetkin A. Sağlık yüksekokulu öğrencilerinin öz-etkililik-yeterlik düzeyinin değerlendirilmesi. C. Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi 2003;7(1):6-13.
32. Kaya FŞ, Uysal V. Günümüzde dindarlık ve toplumsal cinsiyet rolü algıları üstüne bir araştırma. Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi 2015;8(36):646-662.
33. Beyazıt U, Mağden D. Üniversitede öğrenim gören erkek öğrencilerde aşırı cinsiyet ideolojisi ve babalık rolü algısı arasındaki ilişkinin incelenmesi. Sosyal Bilimler Dergisi 2015;8(2):2017-229.

# Madde Kullanım Varlığının, Suç İşleyen ve İşlemeyen Hastalarda Suç ve Şiddet Özelliklerine Etkisi

The Impacts of Presence of Substance Abuse on the Crime and Violence Characteristics in Offender and Non-Offender Patients

Araştırma



Research

Hicran Epsoylu<sup>1</sup>, Sevgi Nehir<sup>2</sup>

DOI: 10.17942/sted.431567

Geliş/Received : 07.06.2018

Kabul/Accepted : 22.01.2019

## Öz

**Amaç:** Bu çalışma, madde kullanım varlığının, suç işleyen ve işlemeyen hastalarda suç ve şiddet özelliklerine etkisini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

**Gereç ve Yöntem:** Proje, tanımlayıcı tipte bir araştırma olarak yapılmıştır. Proje, Manisa Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi AMATEM servisinde Ağustos 2016'da yürütülmüştür. Çalışmanın örneklemini 246 hasta oluşturmuştur. Araştırmada Bilgi Formu ve Buss-Durkee Saldırganlık Ölçeği kullanılmıştır. Veriler sayı, yüzde dağılımı, ortalama±standart sapma, ki-kare testi ve gruplar arası karşılaştırmada Bağımsız Gruplarda t Testi ile değerlendirilmiştir.

**Bulgular:** Hastaların suç işleme durumları değerlendirildiğinde suç işleyen 83 kişi madde kullanıcısıdır. Madde kullanan hastaların madde kullanmayan hastalara göre sözel şiddet saldırganlığı daha fazladır ( $p<0.05$ ). Suça yönelik kriminal özgeçmişe sahip olanların olmayanlara göre anlamlı düzeyde ( $p<0.01$ ) fiziksel, sözel, öfke, dolaylı ve toplam saldırganlık alt boyutlarında yüksek saldırganlık düzeyine sahip oldukları belirlenmiştir.

**Tartışma ve Sonuç:** Elde edilen bu bulgular doğrultusunda, madde kullanımı ile suç işleme ve şiddet arasında yüksek bir bağlantı olduğu, madde kullanımına yönelik yapılacak girişimlerin önemi vurgulanmıştır.

**Anahtar Sözcükler:** Madde, Saldırganlık, Suç, Psikiyatri hemşiresi

## Abstract

**Objective:** This study was conducted to determine the impacts of the presence of substance abuse on crime and violence characteristics in offender and non-offender patients.

**Materials and Method:** The descriptive research was carried out in August 2016 at Manisa Mental Health and Diseases Hospital Alcohol and Drug Addiction Research, Treatment and Education Centre (AMATEM). The sample of this study was composed of 246 patients. An information form and Buss-Durkee Aggression Scale were used in the research. The data were analysed using numbers, percentage distribution, mean,  $\pm$  standard deviation and chi-square test, and Independent Groups t-test was used in cross-group comparisons.

**Findings:** When the crime rates among the patients were examined, it was seen that 83 of them who have been committed offences were substance users. Verbal aggression was more common among the patients using substance than among the non-users ( $p < 0.05$ ). It was found that the patients with a criminal history scored significantly higher ( $p<0.01$ ) on physical aggression, verbal aggression, anger, indirect and total aggression subscales.

**Discussion and Conclusion:** In the light of these findings, it was emphasized that there is a strong link between substance use and committing crime and violence and the importance of attempts to prevent substance use was stressed.

**Key words:** Substance, Aggression, Crime, Psychiatric nurse

1 Hemşire, Manisa Ruh Sağlığı ve Hast. Hast., Manisa (ORCID No: 0000 0003 4057 5901)

2 Dr. Öğr. Üyesi, Manisa Celal Bayar Ü. Sağlık Bilimleri Fak. Manisa (ORCID No: 0000 0003 1761 786X)

## Giriş

Suç ve madde kullanımının yakından ilişkili olduğu bilinmektedir. Ayrıca, madde kullanım bozukluklarının şiddet içeren suçlarla ilişkili olduğu da bilinmektedir (1,2). Uyuşturucu-şiddet ilişkisi, belirli ilaçların sarhoş edici dozları ve / veya çekilme etkileri ile daha da karmaşıklaşmaktadır. Madde kullanım bozukluğu ve suç ile yatan kişiler ceza evlerinde yaygındır; cezaevlerindeki çalışmaların sistematik bir incelemesinde, alkol bağımlılığı olan erkekler % 18-% 30, ve kadınlar % 10-% 24'ünde bildirilirken, uyuşturucu kullanımı olanlar % 10-% 48 oranında suç işlemekten yattığı belirlenmiştir (3-9).

Şiddetli saldırı, cinayet, kasıtlı ya da ciddi tehditler de dahil olmak üzere şiddet içeren suçlar, topluma büyük acı ve zarara neden olur (10). Ayrıca, mevcut ortamdaki verilerde, şiddet suçlarının, madde kullanımı bozuklukları da dahil olmak üzere, yüksek düzeyde psikiyatrik sorunlarla ilişkili olduğu ve bu popülasyonda, diğer girişimlere göre özel girişimler gerektirebilecek büyük tedavi gereksinimlerini gösteren bir ilişki olduğu gösterilmiştir (11). Çalışmalar, değerlendirilen ortamın genel erkek popülasyonundan elde edildiği, erken yetişkinlikte psikiyatrik bozuklukların şiddet suçunu oluşturduğu ve madde kullanım bozukluğunun en güçlü belirleyicilerinden biri olduğunu göstermiştir (2).

Madde kullanıldığında bireyler kuralları çiğnemekte, kendine ve çevreye zarar verici davranışlarda bulunma ve suça sebep olmaktadır. Farklı bir zamanda da suç eylemi sırasında bilincin kontrol sisteminin işlevini azaltmak için madde kullanılmaktadır. Bireyler bağımlı olduğu maddeyi temin etmek için gerekli parayı elde etmek amacıyla hırsızlık, gasp ve cinayet gibi suçların işlendiği görülmektedir (3). Örneğin Amfetamin kullanımı saldırı, adam kaçırmaya, soygun, cinayet, dikkatsiz araba kullanma olasılığını artırabileceğini göstermiştir (2). Uyuşturucu madde kullanımı yalnızca suça neden olmazlar şiddet davranışına da neden olur. Şiddet davranışının da nedenlerinden birisi de madde kullanımındır. Madde ve alkol kullanmayla, saldırgan ve şiddet içeren eylemlerinin birbirini izlediği belirlenmiştir. Kullanılan maddelerin toksite etkileri ile saldırgan eylemlerin, şiddet davranışlarının görülmesi direkt rol oynamaktadır. Kullanılan maddeler nedeniyle

insan beyinde kontrol sistemini bozmakta ya da artmış duyu durumu görülmesi sonucu, bireylerde çok daha fazla saldırgan ve kontrolden çıkan davranış eylemi görülebilmektedir. Suç ve madde kullanma arasında neden-sonuç ilişkisi söz konusu olabilir. Örneğin madde kullanma suç işlemeye neden olmakta ya da suç işlemeye madde kullanmaya neden olabilmektedir (12).

## Gereç ve Yöntem

Bu çalışma tanımlayıcı ve ilişki arayıcı tipte bir araştırmadır. Araştırmanın evrenini, Manisa Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi Alkol-Madde Araştırma ve Tedavi Merkezi (AMATEM) servisinde araştırmanın yapıldığı tarihlerde DSM-V tanı ölçütlerine göre madde bağımlılığı tanısı alan, yatarak tedavisi devam eden ve poliklinikten takip edilen hastalar oluşturmaktadır. 2015 yılı Temel Sağlık İstatistikleri Modülü (TSİM) verisine göre 680 hasta Manisa Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi AMATEM servisinde ve poliklinikten hasta takip edilmiştir. Minimum örnek büyüklüğü evreni bilinen formül kullanılarak %95 güven aralığı %5 standart sapma ile 246 hesaplanmıştır.

## Veri Toplama Araçları

Araştırmanın verileri aşağıda yer alan ölçekler ve bilgi formu kullanılarak toplanmıştır.

### 1. Bilgi Formu

Çalışmamızda kullanılan sosyo-demografik veri formunda yaş, doğum yeri, meslek ve çalışma düzeni, ekonomik durum, çocuklukta şiddete maruziyet, medeni durumu, ailede psikiyatrik hastalık öyküsü ve hastalık özellikler yer almaktadır.

### 2. Buss-Durkee Saldırganlık Ölçeği (Aggression Questionnaire)

Ölçek, Buss ve Perry (13,14) tarafından geliştirilen, saldırganlığı beş boyutta inceleyen sistematik bir ölçektir. Buss ve Warren tarafından 2000 yılında güncellenmiştir. Kendini değerlendirme tekniğine dayanan ölçek toplam 34 maddeden oluşturulmuştur. Ölçek 5'li likert tipinde geliştirilmiş olup, bireylerden ifadelerin karakterlerine ne kadar uygun olduğunu "Hiç Uygun Değil" den "Tam Uygun"a kadar değerlendirmeleri istenmiştir. Ölçekten alınabilecek en yüksek puan 170, en düşük puan 34'dür. Saldırganlık ölçeği toplam puanı yüksek ise, bireyin alt ölçek puanlarını incelemek gerekir.

Ölçekten alınan puanlardan 58 ve aşağısı düşük, 59 ve 110 arası normal, 111 ve üzeri yüksek saldırganlık düzeyine işaret etmektedir. Saldırganlık ölçeğinin toplam puanı yüksek olarak saptandığında bireyin alt ölçek puanlarını incelemek gerekir (14).

### Verilerin Toplanması

Araştırma, Etik kurul onayı ve Manisa Kamu Hastaneleri Genel Sekreterliği'nden yazılı izin alındıktan sonra, Manisa Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi AMATEM servisinde Ağustos 2016'da yürütülmüştür.

### Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmadan elde edilen verilerin değerlendirilmesinde bilgisayar ortamında SPSS 15.0 for Windows ve EpilInfo 2002 Statcalc kullanılmıştır. Analiz yöntemi olarak ki-kare testi ve gruplar arası karşılaştırmada Bağımsız Gruplarda t Testi ve ki kare kullanılmıştır. Test sonuçları %95 güven aralığında değerlendirilmiştir. Ortalamalar aritmetik ortalama±standart sapma olarak belirtilmiştir.

### Araştırmanın Etiği

Araştırmaya başlamadan önce, Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Etik Kurulu'nun 31-03-2016/109 tarihli etik kurul izni ve Manisa Kamu Hastaneleri Genel sekreterliğinden izin alınmıştır.



### Bulgular

Araştırmaya katılan hastaların yaş ortalamaları  $31.5 \pm 11.3$  (min=18, max=65)'dir. Araştırmaya katılanların %95.1'i erkek, %53.6'sı lise ve üzeri eğitimlidir. Katılımcıların %49.6'sının bekar, %33.3'ünün evli, %45.1'inin çocuğu olduğu, %68.7'sinin gelir giderden az, suç işleyen hastaların %71.4'nü çocukluğunda şiddete maruz kaldığı belirlenmiştir. Birden fazla seçenekle yöneltilen suç sırasında alkol ya da madde türlerinden kullanmış olduklarına dair soruya yanıt olarak en fazla %25,7 ile esrar oluştururken hemen arkasından eroin, karışık madde, alkol ve uçucu madde gelmektedir (Tablo 1).

Araştırmaya katılan hastaların soy geçmişinde psikiyatrik hastalık olduğunu belirten 83 kişinin en çok sırasıyla babasında, ikinci derece akrabasında ve annesinde olduğu belirlendi. Hastaların akrabalarında suç öyküsü varlığı sorgulamasında 83 kişinin 67'sinde ikinci derece akrabası, 6'sında babası ve yine 6'sında kardeşinde suç öyküsü olduğu belirlendi (Tablo 2).

Saldırganlık düzeyinin alt boyutlarının dağılımı Tablo 3'de belirtilmiştir. Buna göre toplam saldırganlık düzeyi 0 ile 110 arasında puanlanırken ortalama puan 56.3 olarak göze çarpmaktadır. En yüksek ortalamalar öfke ve fiziksel saldırganlık düzeylerindedir (Tablo 3).

Madde kullanan ve kullanmayanların suç işleme durumları değerlendirildiğinde; madde kullanıp da suç işlemeyen olmamıştır, yani suç işleyen 83 kişi madde kullanıcısıdır. Madde kullanmayıp suç işleyenler ise %9.8'dir (Tablo 4).

Madde kullanan hastaların madde kullanmayan hastalara göre sözel şiddet saldırganlığı daha fazladır ( $p < 0.05$ ). Suça yönelik kriminal özgeçmişe sahip olanların olmayanlara göre anlamlı düzeyde ( $p < 0.01$ ) fiziksel, sözel, öfke, dolaylı ve toplam saldırganlık alt boyutlarında yüksek saldırganlık düzeyine sahip oldukları belirlenmiştir.

### Tartışma

Madde kullanma ile suç işleme arasında ilişkiyi araştıran birçok çalışma yapılmış ve madde kullanma ile suç eylemlerinde bulunma arasında pozitif bir ilişki olduğu belirlenmiştir (2,15,16,17). Çalışmamızda da madde kullanımı ve suç işleme



**Tablo 1.** Sosyo-demografik özellikler

	Sayı	%
<b>Yaş</b>	31.5±11.3 (min=18, max=65)	
<b>İlk suç işleme yaşı</b>	17.6±2.93 (min=10, max=25)	
<b>Cinsiyet</b>		
Kadın	12	4.9
Erkek	234	95.1
<b>Eğitim düzeyi</b>		
Okuryazar	9	3.7
İlkokul	44	17.9
Ortaokul	61	24.8
Lise	95	38.6
Önlisans	21	8.5
Lisans ve üstü	16	6.5
<b>Medeni durum</b>		
Bekar	122	49.6
Evli	82	33.3
Eşinden Ayrılmış	42	17.0
<b>Çocuk durumu</b>		
Yok	135	54.9
Var	111	45.1
<b>Gelir durumu</b>		
Gelir giderden az	142	68.7
Gelir gider dengeli	64	26.0
Gelir giderden fazla	13	5.3
<b>Çocuklukta şiddete maruz kalma durumu (n=83)</b>		
Yok	23	28.6
Var	41	41.9
Nadiren	15	22.4
Sık	7	7.1
<b>Suç sırasında (n=152) (Birden fazla seçenek)</b>		
Alkol	21	13.8
Esrar	39	25.7
Uçucu madde	16	10.5
Uyarıcı madde	9	5.9
Hallusinojen	3	2.0
Eroin	35	23.0
Karışık madde	29	19.1

arasındaki yüksek ilişki göze çarpmaktadır. Şahinli'nin yaptığı çalışmada, alkol ve uyuşturucu madde kullanımının suçlu davranışla ilişkisinin incelendiği çalışmada tüm mahkumlar içerisinde yaklaşık %10'unun uyuşturucu madde temin etmek için en az bir kez suç işlediği belirlenmiştir (18). Lise ve benzer okullarda eğitim alan 10. sınıf öğrenciler üzerinde yapılan çalışmada, son bir yılı içeren zaman sürecinde önemsiz ya da değerli bir eşyayı çalmak, hırsızlık yapmak için

apartmanlara ve arabalara zorla girmek, hırsızlık yapmak için fiziksel şiddet uygulamak, başkasının malına zarar vermek, benzer suç eylemlerinde bulunma ile madde kullanımı arasında bir ilişki olduğu belirlenmiştir (12). Bu çalışmada da adli özgeçmiş olanların sırasıyla hırsızlık, yaralama, şiddet içeren birden fazla suça dahil olduğu görülmektedir. Yapılan bir başka çalışmada, ergenlerin madde etkisi altındayken ergenlerin %29.7'si suç işlediği belirlenmiştir. Aynı çalışmada

Özellikler	n	%
Soy geçmişinde psikiyatrik hastalık		
Anne	14	5.7
Baba	34	13.8
Kardeş	5	2.0
2.derece akraba	28	11.4
Başka	2	0.8
Akrabalarında suç öyküsü		
Baba	6	2.4
Kardeş	6	2.4
2.derece akraba	67	27.2
Başka	4	2.0
Toplam	83	100.0

Saldırganlık türü	Ortalama	Ortanca	Min	Max
Fiziksel	13.5±5.4	14.0	0	30
Sözel	7.5±3.0	8.0	0	17
Öfke	13.9±4.7	14.0	0	27
Düşmanlık	11.9±4.4	12.0	0	26
Dolaylı	9.3±4.1	10.0	0	23
Toplam	56.3±17.6	58.0	0	110

bireylerin tutuklanma ve hüküm kararına neden olan, suçu işlerken maddenin etkisi altında olan bireylerin oranı ise %32.8 olarak belirlenmiştir (10). Çalışmamız bu çalışma sonuçları ile benzerlik göstermiştir.

Çalışmadan elde edilen sonuçlar; hastaların çoğu erkek, çocukluğunda hem fiziksel hem de psikolojik istismara uğramış deneyimler yaşadıkları ve daha erken yaşlarda suç işleme yaşına sahip olduğunu göstermiştir. Araştırmaya katılan çocukların çoğu düşük sosyoekonomik geçmişe sahip yoksulluktan etkilenerek yaşadıkları

gözlenmiştir. Çalışma ayrıca çocuklukta ihmal ile sonra madde kullanımı ve mevcut literatür tarafından destekleyen suç davranışı arasında ilişki olduğu belirlenmiştir (2,8). Paschall evde ve başka yerlerde şiddete maruz kalmanın çocuğun daha sonraki yaşamlarında şiddet davranışına katılma riskini artırdığını belirtmektedir. Hastaların ailesinde psikiyatrik tanı ve suç öyküsü olması çocuk suçluluğunun başlatılmasında katkı da bulunan bir faktör olduğu ve suç olaylarının bir nesilden diğerine aktarıldığı görülmektedir (19). Baker ve Mednick, ailede suçluluk öyküsü bulunan 18 ila 23 yaş arasındaki gençlerin, aile içi suç davranışları olmayanlara göre şiddetli suç eylemleri gerçekleştirme olasılığının 3.8 kat daha fazla olduğunu bulmuşlardır (20). Akrabalarında suç öyküsü varlığı sorgulamasında 83 kişinin 67'sinde ikinci derece akrabası, 6'sında babası ve yine 6'sında kardeşinde suç öyküsü olduğu görülmektedir. Bandura'nın sosyal öğrenme kuramına göre saldırganlık gözlem ya da taklit yoluyla öğrenilir ve davranış ne kadar sık pekiştirilirse o derece kalıcı olur (21). Bu sonuç da bize şiddete maruz kalan bireylerin ilerleyen dönemlerde şiddet davranışı gösteren bireylerin görülmesini düşündürmektedir. Çalışmamızda suç sırasında en fazla esrar alındığı ifade edilmiş olup sırasıyla eroin, karışık madde, alkol ve uçucu madde kullanıldığı belirtilmiştir. Bireyler alkol ya da maddeyi ortalama 12 ay kullanmakta olup; uzun süreli madde kullanımı şiddet davranışı oluşturduğu White ve Hansell'in yaptığı çalışmada desteklemektedir (22).

### Sonuç ve Öneriler

Sağlık çalışanları, psikiyatri hemşireleri madde kullanımı ve suç işleme konularında yapılan her türlü çalışmalarda yer almalı sağlık politikalarının geliştirilmesinde ve bununla ilgili yapılacak düzenlemelerde aktif görev almaları oldukça önem taşımaktadır.

	Suç işlememiş olan (n=147)		Suç işlemiş olan (n=99)		ki-kare p*
	n	%	n	%	
Madde kullanan	0	0.0	83	100.0	0.000
Madde kullanmayan	147	90.2	16	9.8	

\* ki-kare testi

**İletişim:** Dr. Sevgi Nehir

**E-posta:** sevgiturkmen212@gmail.com

### Kaynaklar

1. Bennett T, Holloway K. The causal connection between drug misuse and crime. *Br J Criminol.* 2009; 49:513-531.
2. Håkansson A, Jesionowska V. Associations between substance use and type of crime in prisoners with substance use problems - a focus on violence and fatal violence. *Subst Abuse Rehabil.* 2018;15(9):1-9.
3. Fazel S, Bains, Doll H. Substance abuse and dependence in prisoners: a systemic review. *Addiction.* 2006;101:181-191.
4. Boden JM, Fergusson DM, Horwood LJ. Alcohol misuse and violent behaviour: findings from a 30-year longitudinal study. *Drug Alcohol Depend.* 2012;122:135-141.
5. Boles MS, Miotto K. Substance abuse and violence: a review of the literature. *Aggression Violent Behav.* 2003;8:155-174.
6. Grann M, Fazel S. Substance misuse and violent crime: Swedish population study. *BMJ.* 2004;328:1233-1234.
7. Hoaken PN, Stewart SH. Drugs of abuse and the elicitation of human aggressive behaviour. *Addict Behav.* 2003;28:1533-1554.
8. Lundholm L, Häggård U, Möller J, Hallqvist J, Thiblin I. The triggering effect of alcohol and illicit drugs on violent crime in a remand prison population: a case crossover study. *Drug Alcohol Depend.* 2013;129:110-115.
9. Håkansson A, Berglund M. All-cause mortality in criminal justice clients with substance use problems – a prospective follow-up study. *Drug Alcohol Depend.* 2013;132:499-504.
10. Aksoy A, Ögel K. Sokakta Yaşayan Çocuklarda Kendine Zarar Verme Davranışı Ve Madde Kullanımı. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2005; 6:163-169.
11. Moberg T, Stenbacka M, Tengström A, Jönsson EG, Nordström P, Jokinen J. Psychiatric and neurological disorders in late adolescence and risk of convictions for violent crime in men. *BMC Psychiatry.* 2015;15:299.
12. Altuner D., Engin N. Gürer C, Akyay İ., Akgül A. Madde kullanımı ve suç ilişkisi: kesitsel bir araştırma *Tıp Araştırmaları Dergisi:* 2009;7(2) :87-94
13. Buss AH, Perry M. The aggression Questionnaire. *J Pers Soc Psychol.* 1992; 63(3):452-9.
14. Can S. Aggression Questionnaire adlı ölçeğin Türk popülasyonunda geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. Uzmanlık Tezi. Genelkurmay Başkanlığı Gülhane Askeri Tıp Akademisi Haydarpaşa Eğitim Araştırma Hastanesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Servis şefliği, 2002, İstanbul.
15. Liu L, Chui WH, Chen Y. Violent and Non-Violent Criminal Behavior among Young Chinese Drug Users: A Mixed Methods Study. *Int J Environ Res Public Health.* 2018 2;15(3).
16. Sharma S, Sharma G, Barkataki B. Substance use and criminality among juveniles-under-enquiry in New Delhi. *Indian J Psychiatry.* 2016;58(2):178-82.
17. Sharma S, Lal R. Volatile substance misuse among street children in India: a preliminary report. *Subst Use Misuse.* 2011;46-9.
18. Şahinli K. Alkol ve uyuşturucu madde kullanımının suçlu davranışla ilişkisi: Ankara ceza infaz kurumları örneği. Güvenlik Bilimleri Enstitüsü Doktora Tezi. Ankara, 2016.
19. Paschall MJ. Exposure to Violence and the Onset of Violent Behavior and Substance Use Among Black Male Youth: An Assessment of Independent Effects and Psychosocial Mediators. Paper Presented at the Society for Prevention Research, June 1996, San Juan, PR. 1996.
20. Baker RL, Mednick BR. Influences on Human Development: A Longitudinal Perspective. Boston, MA: Kluwer Nijhoff; 1984.
21. Bandura A. Sociallearning theory. Englewood Cliffs (NJ): Prentice-Hall;1977.
22. White H.R, Hansell S. Acute and long-term effects of drug use on aggression from adolescence into adulthood. *Journal of Drug Issues* 1998;4:28.

# Üniversite Öğrencilerinde Akıllı Telefon Bağımlılığı İle Servikal Bölge-Üst Ekstremitte Ağrısı Arasındaki İlişki\*

Relationship Between Smartphone Addiction and the Pain in Cervical Region-Upper Extremity among University Students



Ayla Günal<sup>1</sup>, Serkan Pekçetin<sup>2</sup>

Geliş/Received : 19.01.2018  
Kabul/Accepted : 22.06.2018

DOI: 10.17942/sted.381207

## Öz

**Amaç:** Bu çalışmanın amacı üniversite öğrencilerinde cep telefonu bağımlılık düzeyi ile servikal bölge ve üst ekstremitte ağrısı arasındaki ilişkiyi araştırmaktır.

**Gereç ve Yöntem:** Çalışmaya bir devlet üniversitesinin Sağlık Bilimleri Fakültesi ve Beden Eğitimi ve Spor Yüksekokulu'na devam eden 187 öğrenci gönüllü olarak katıldı. Öğrencilerin demografik bilgileri ve cep telefonu kullanım süreleri kaydedildi. Cep telefonu bağımlılık düzeyleri akıllı telefon bağımlılığı ölçeği-kısa form ile, servikal bölge ve üst ekstremitte ağrısı visual analog skalası ile değerlendirildi.

**Sonuçlar:** Bireylerin yaş ortalamaları  $20,06 \pm 1,95$  yıl, cep telefonu kullanımına başlangıç yaşı  $15,11 \pm 2,35$  yıl, günlük ortalama cep telefonu kullanımı  $4,36 \pm 1,79$  saat olarak tespit edildi. Bireylerin %84'ünün derslerde cep telefonunun açık olduğu saptandı. Akıllı telefon bağımlılığı ile servikal bölge ve üst ekstremitte ağrısı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu görüldü ( $p < 0,01$ ). Günlük ortalama cep telefonu kullanım süresi ile cep telefonu bağımlılığı ( $p < 0,01$ ), servikal bölge ve üst ekstremitte ağrısı ( $p < 0,05$ ) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptandı.

**Tartışma:** Üniversite öğrencilerine cep telefonu bağımlılığının vücuda olan olumsuz etkileri konusunda verilecek eğitim programlarının sağlığı koruma ve geliştirme açısından önemli kazanımlar sağlayabileceği düşünülmüştür.

**Anahtar sözcükler:** Ağrı, Öğrenciler, Akıllı telefon

## Abstract

**Objective:** The aim of this study was to investigate the relationship between the level of smart phone addiction and the pain in cervical region-upper extremity among university students.

**Materials and Methods:** One hundred and eighty-seven students attending the School of Health Sciences and the School of Physical Education and Sports at a public university participated in the study voluntarily. The demographic variables of the students and the amount of time they spent on a smartphone per day were recorded. Smartphone addiction level and cervical region-upper extremity pain were evaluated using Smartphone Addiction scale-short version and Visual Analog Scale, respectively.

**Findings:** The mean age of the participants was  $20,06 \pm 1,95$  years, the mean age at starting using smartphone was  $15,11 \pm 2,35$  years and the average amount of time spent on smartphone per day was  $4,36 \pm 1,79$  hours. It was found that 84% of the participants did not switch off their smartphone during classes. There was a statistically significant correlation between smartphone addiction level and cervical-upper extremity pain ( $p < 0,01$ ). A statistically significant correlation was identified between the duration of smartphone use per day and smartphone addiction level ( $p < 0,01$ ), and cervical-upper extremity pain ( $p < 0,05$ ).

**Conclusion:** It was thought that the training programs for university students on the negative effects of smartphone addiction on the body may provide significant gains in terms of health protection and promotion.

**Keywords:** Pain, Students, Smartphone

\*Çalışma 30 Mayıs-2 Haziran 2017 tarihlerinde Engelli Bireylerin İstihdam Edilebilirliğinin Artırılması İçin Teknik Yardım Projesi kapsamında İstanbul'da düzenlenen Uluslararası Kapanış Kongresi'nde poster bildiri olarak sunulmuştur.

1. Dr. Öğr.Üyesi Tokat Gaziosmanpaşa Ü. Sağlık Bilimleri Fak. Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü, Tokat (ORCID No: 0000-0003-2213-2111)

2. Dr. Öğr.Üyesi, Sağlık Bilimleri Ü. Gülhane Sağlık Bilimleri Fak. Ergoterapi Bölümü, Ankara (ORCID No: 0000-0001-5110-633X)

## Giriş

Günümüzde; akıllı telefonlara sosyal medya takibi, internet erişimi, fotoğraf ve video çekme, oyun oynama gibi özellikler ilave edildiğinden dolayı yalnızca telefon olarak kullanımları ortadan kalkmış olup, telefonlar günlük yaşamın vazgeçilmez bir aracı haline gelmiştir. Nitekim ülkemizde 2016 yılında Türkiye İstatistik Kurumu'nun (TÜİK) hane halkı bilişim teknolojileri kullanım araştırmasında hanelerin %96,9'unda cep telefonu ya da akıllı telefon bulunduğu tespit edilmiştir (1). Cep telefonu kullanan bireyler arasında ise üniversite öğrencileri geniş bir grubu oluşturmaktadır (2).

Akıllı telefonlar sahip oldukları sayısız özellikler ile insanların yaşamını kolaylaştırmakta; ancak bu kolaylıklarda akıllı telefona olan bağımlılığı tetikleyebilmektedir. Bağımlılık; bir madde ya da davranışı kullanmayı bırakamama ya da kontrol edememe şeklinde tanımlanmaktadır. Tanımdan da anlaşıldığı gibi bağımlılık maddeye ya da davranışa karşı gelişebilmektedir ve akıllı telefon bağımlılığı, bağımlılığın davranışsal kategorisi altında yer almaktadır (3). Türkiye'de de teknoloji bağımlılığı bir bağımlılık çeşidi olarak kabul görmektedir ve bu bağımlılık ile ilgili mücadeleler başlamıştır. Akıllı telefon teknolojisinin sürekli bir gelişim içinde olması ve beraberinde fiyatlarının da ucuzlaması tüketicilerde akıllı telefon kullanımının yaygınlaşmasına neden olmaktadır. Bu bağlamda akıllı telefon bağımlılığı konusunun gelecekte toplumun psikolojik ve fiziksel gelişimine daha fazla etki edeceği öngörülmektedir. Bu durumun gelecekte bağımlılık araştırması yapan sağlık bilimine sigara tiryakisi, alkolik gibi kavramlara ek olarak "teknolojikolik" ve "akıllı telefonkolik" gibi kavramların da girmesine ve bu bağımlılık tartışmalarının artmasına neden olacağı belirtilmektedir (4).

Akıllı telefon bağımlılığının bireyler üzerinde yol açtığı olumsuz etkiler yalnızlık ve utangaçlık gibi sosyal ve psikolojik problemlere neden olabildiği gibi (5); aynı zamanda kas iskelet sisteminde problemlere de neden olabilmektedir (6). Literatürde akıllı telefonların fiziksel etkilerini inceleyen araştırmalar daha çok el bileği ve baş parmakta ağrı ve kas iskelet sistemi problemlerini incelemiştir (7,8). Hâlbuki akıllı telefon bağımlılığı olan bireylerde boyun ve üst ekstremitede ağrı

yakınmaları görülebilir. Bu ağrı şikâyetinin, sabit bir pozisyonda tekrarlayan hareketlerin kaslarda spazma yol açmasından ya da kötü postürün yorgunluğa neden olmasından kaynaklanabileceği belirtilmiştir (9).

Ülkemizde son yıllarda akıllı telefon bağımlılığı ile ilgili yapılan çalışmalarda psikolojik iyi olma hali, akademik başarı, yalnızlık düzeyi gibi kişiye ait sosyal ve psikolojik boyutların incelenmiş olduğu; kas iskelet sistemi ile ilgili ilişkisini inceleyen bilimsel araştırmaların ise literatürde sınırlı sayıda olduğu görülmüştür (10-12). Bu bağlamda çalışmamızda akıllı telefon bağımlılığı açısından artmış risklere sahip üniversite öğrencilerinin bağımlılık düzeyleri ile servikal bölge ve üst ekstremitedeki subjektif ağrı düzeyleri arasındaki ilişki incelenmiştir.

## Gereç ve Yöntem

Çalışmaya bir devlet üniversitesinin Sağlık Bilimleri Fakültesi ve Beden Eğitimi ve Spor Yüksekokulu'na devam eden 187 öğrenci gönüllü olarak katılmıştır. Araştırmanın yapılması için gerekli idari izinler alınmıştır. Bu araştırma Helsinki Deklarasyonuna uygun olarak gerçekleştirilmiş olup, çalışmaya katılan gönüllülerin yazılı onamları alınmıştır. Çalışmaya herhangi bir ortopedik ve/veya nörolojik hastalığı olan öğrenciler dahil edilmemiştir.

Çalışmaya katılan gönüllülerin demografik bilgileri kaydedildikten sonra, cep telefonu kullanım süreleri ve vücut üzerindeki etkileri ile ilgi ilgili farkındalıkları araştırmacı tarafından hazırlanan bir form ile cep telefonu kullanma düzeyleri Akıllı Telefon Bağımlılığı Ölçeği-Kısa Form ile servikal bölge ve üst ekstremitede ağrısı Vizüel Analog Skalası ile değerlendirildi.

## Akıllı Telefon Bağımlılığı Ölçeği-Kısa Form (ATBÖ-KF)

ATBÖ-KF, bireylerin akıllı telefon bağımlılığı riskini ölçmek için geliştirilmiş bir ankettir. Ölçek bir faktörlü olup alt boyutları yoktur. Ölçeğin 10 maddesi vardır ve her bir madde altılı Likert dereceleme ile puanlanır. Ölçek puanları 10-60 arasında değişmektedir. Testten elde edilen puan arttıkça bağımlılık için riskin arttığı değerlendirilmektedir. ATBÖ-KF özgün formunun iç tutarlılık ve eş zamanlı geçerliliğinin Cronbach alfa katsayısı 0,91 olarak bulunmuştur (13).

Ölçeğin Türkçe versiyonu Noyan ve ark. (14) tarafından 2015 yılında yapılmış olup, anketin maddeleri ve puanlaması orijinal anket ile aynıdır. Araştırmacılar tarafından Türkçe ATBÖ-KF için Cronbach alfa katsayısı 0,86 olarak bulmuşlardır.

### Vizüel Analog Skalası (VAS)

Çalışmaya katılan gönüllülerin ağrı düzeylerinin belirlenmesinde standart 10 cm VAS (0= "ağrı yok" 10= "dayanılmaz ağrı") kullanılmıştır (15).

### İstatistiksel Analiz

Verilerin istatistiksel analizlerinde SPSS 22.0 paket programı kullanılarak tanımlayıcı istatistikler hesaplanmıştır. Sayısal değişkenlerin normalliği Shapiro Wilks testi ile incelenerek, ölçüm sonuçlarının normal dağılım göstermediği tanımlanmış olup; non-parametrik testler tercih edilmiştir. Sayısal değişkenler arası ilişki Spearman korelasyon katsayısı ile verilmiştir. Spearman korelasyon katsayısı (r) 0,00-0,19 "zayıf", 0,20-0,39 "düşük", 0,40-0,59 "orta", 0,60-0,79 "kuvvetli", 0,80-1,00 "çok kuvvetli" ilişki düzeyini belirttiği kabul edilmiştir. Anlamlılık düzeyi  $p < 0,05$  olarak kabul edilmiştir.

### Bulgular

Çalışmaya katılan gönüllülerin 126'sı kadın ve 61'i erkek idi. Gönüllülerin yaş ortalaması  $20,10 \pm 1,90$  yıl olarak kaydedildi. Örneklem grubunun %84,00'ünün ders sırasında cep telefonunu açık olduğu saptandı. Gönüllülerin akıllı telefon kullanımına ait sonuçlar Tablo 1'de gösterildi. Gönüllülerin servikal bölge ve üst ekstremiteye ait VAS ortalamaları ve standart sapmaları sırasıyla  $2,60 \pm 2,60$ ,  $2,00 \pm 2,30$  olarak bulundu (Tablo 1).

Bireylerin yaşları ile mobil kullanım bağımlılıkları ve ağrı şikayetleri arasında istatistiksel olarak bir ilişki saptanmadı ( $p > 0,05$ ). Günlük telefon kullanım süresi arttıkça bağımlılık puanının yükseldiği ( $p < 0,01$ ), servikal bölge ve üst ekstremitede ağrı şiddetinin arttığı ( $p < 0,05$ ) bulundu. Bağımlılık düzeyi ile servikal bölge ve üst ekstremitedeki ağrı arasında pozitif yönde düşük düzeyde ilişki saptandı ( $p < 0,05$ ) (Tablo 2).

### Tartışma ve Sonuç

Çalışmamızda üniversite öğrencilerinin cep telefonu bağımlılıkları arttıkça servikal bölge ve üst ekstremitede ağrı şikâyetlerinin arttığı

**Tablo 1.** Katılımcıların akıllı telefon kullanımı ile ilişkili bulguları ve Vizüel Analog Skalası puanları

	Min.	Max.	X	SS
Yaş (yıl)	18,00	37,00	20,10	1,95
Cep Telefonu Kullanmaya Başlama Yaşı (yıl)	9,00	24,00	15,10	2,35
Günlük Cep Telefonu Kullanma Süresi (saat)	1,00	7,00	4,40	1,79
ATBÖ-KF	10,00	58,00	28,10	9,96
Servikal Bölge VAS Puanı	0,00	10,00	2,60	2,65
Üst Ekstremitede VAS Puanı	0,00	9,20	2,00	2,30

ATBÖ-KF= Akıllı Telefon Bağımlılığı Ölçeği-Kısa Form, VAS= Vizüel Analog Skalası

**Tablo 2.** Akıllı telefon kullanımı ile ilişkili değişkenler ve VAS ile ilgili değişkenler arasındaki korelasyon

		1	2	3	4	5
Cep Telefonu Kullanmaya Başlama Yaşı (1)	r	-	-0,176	0,060	0,004	0,001
	p	-	0,016*	0,413	0,955	0,994
Günlük Cep Telefonu Kullanma Süresi (2)	r	-0,176	-	0,283	0,142	0,153
	p	0,016*	-	0,000**	0,048*	0,037*
ATBÖ-KF (3)	r	0,060	0,283	-	0,279	0,328
	p	0,413	0,000**	-	0,000**	0,000**
Servikal Bölge VAS Puanı (4)	r	0,004	0,142	0,279	-	0,582
	p	0,955	0,048*	0,000**	-	0,000**
Üst Ekstremitede VAS Puanı (5)	r	0,001	0,153	0,328	0,582	-
	p	0,994	0,037*	0,000**	0,000**	-

ATBÖ-KF= Akıllı Telefon Bağımlılığı Ölçeği-Kısa Form, VAS= Vizüel Analog Skalası \*  $p < 0,05$ , \*\* $p < 0,01$

görüldü. Bununla birlikte günlük kullanım süresi uzadıkça cep telefonu bağımlılığının ve ağrı şikâyetlerinin de yükseldiği saptandı.

TÜİK 2013 verilerine göre ülkemizde cep telefonu kullanımı 10 yaşında başlamaktadır (16). Çalışmamızda bireylerin ortalama 15 yaşlarında telefon kullanmaya başladıkları saptanmıştır. Çalışmamızdan elde edilen bu sonuçlar örneklem grubumuzun, TÜİK verilerine göre daha geç yaşlarda cep telefonu kullanımının başladığını göstermektedir. Bununla birlikte olguların ergenlik döneminden itibaren cep telefonu kullanmaları, üniversite eğitiminden önce bilinçli mobil telefon kullanımına yönelik eğitim programları düzenlenmesini aynı zamanda bu programlarının yükseköğretimde de devam etmesi gerektiğini ortaya koymuştur.

Literatürde üniversite öğrencilerinin telefon kullanım sürelerinin 2-7 saat arasında olduğu bildirilmiştir (17-19). Yang ve ark. (20) adolesan bireylerin akıllı telefon kullanımı ile kas-iskelet sistemi sorunlarının ilişkisini inceledikleri çalışmalarında, örneklem grubunun yaklaşık yarısının boyun ve omuz problemi yaşadığını, bu durumun akıllı telefon kullanımı süresinin uzunluğu ile ilişkili olduğunu göstermiştir.



Fotoğraf: Ebru Maranalı Fidan

Çalışmamızda bireylerin cep telefonlarını gün içinde ortalama 4 saat kullandığı saptandı. Kullanım süresi arttıkça bağımlılık düzeyinin, servikal bölge ve üst ekstremitte ağrısının arttığı görüldü. Telefon kullanım süresi ve kas iskelet sistemine olan etkilerinin literatür ile uyumlu olduğu görülmektedir. Elde edilen bilgiler ışığında, üniversite öğrencilerinde mobil telefon kullanım süresinin sağlığa olan negatif etkilerinin anlatılmasına ve azaltmaya yönelik eğitim çalışmalarına gereksinim olduğu düşünülmüştür.

Üniversite öğrencilerinde mobil telefon yoksunluğu yaygın bir problem olarak tanımlanmaktadır. Bu bireyler gün içerisinde sıklıkla telefonlarını kontrol etmekte, gece telefonlarını açık konumda tutmakta, uyandıklarında ilk önce telefonlarını kontrol etmektedirler (21,22). Üniversite öğrencilerinin yer aldığı bir çalışmada mobil telefon yoksunluğunun %55 oranında olduğu bildirilmiştir (23). Çalışmamızda öğrencilerin %84,0'ının cep telefonlarının ders sırasında açık olduğu saptandı. Mobil telefon yoksunluğunun araştırma grubu için de bir risk faktörü olduğu düşünülmüştür.

Literatürde cep telefonu bağımlılığı ve kullanıcı yaşı arasındaki ilişkinin araştırıldığı çalışma sonuçlarının farklı olduğu görülmektedir. Üniversite öğrencilerinde akıllı telefon kullanımı ve bağımlılığı üzerine yapılan bir derlemede katılımcıların yaşları ile bağımlılık düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı görülmüştür (4). Akın ve Divanoğlu (24) üniversite öğrencilerinin cep telefonu kullanım durumlarını araştırdıkları çalışmada yaşın bağımlılık ile ilişkili olduğunu, en yüksek bağımlılığın 20-22 yaş aralığında görüldüğünü bildirmişlerdir. Kaysi'nin (25) bu konu ile ilgili yaptığı çalışmada ise, daha küçük yaş grubunda olan üniversite öğrencilerinin daha büyük yaş grubundaki öğrencilere göre telefon bağımlılıklarının yüksek olduğu gösterilmiştir. Çalışmamızda yaş ile bağımlılık ve servikal bölge ve üst ekstremitte ağrısı arasında ilişki saptanmadı. Elde edilen bu sonucun derleme çalışması ile benzer olduğu bulunmuştur. Bununla birlikte, çalışmada yer alan öğrencilerin çoğunluğunun benzer yaş aralığında olmasının bu sonuç ile ilişkili olabileceği düşünülmüştür (%95,0'ı 18-22 yaş aralığında).

18-25 yaş aralığında üniversite öğrencilerinin yer aldığı bir çalışmada, mobil telefon kullanımı ile özellikle boyun ve omuzu ilgilendiren kas-iskelet sistemi problemleri arasında ilişki olduğu gösterilmiştir. Çalışmada, elektronik alet kullanımı ve postüral alışkanlıkların bu problemlere yol açtığı ve kas iskelet sisteminin korunması/bu konudaki farkındalık adına üniversite öğrencileri için acil olarak ergonomi eğitimi ve tavsiyelerini içeren programlara gereksinim olduğu bildirilmiştir (26). 20-24 yaş aralığındaki bireylerde ise mobil telefonda mesaj yazma frekansı arttıkça boyun ve üst ekstremiteye ait belirtilerin arttığı gösterilmiştir (27). Benzer olarak, mobil el aleti kullanım prevalansı ve kas-iskelet sistemi şikayetlerine ait risk faktörleri ile ilgili sistematik gözden geçirme çalışmasının sonuçları mobil alet kullananlar arasında kas iskelet sistemi şikayet prevalansının %1,0-67,8 aralığında olduğu, en yüksek prevalansın ise boyun ile ilgili yakınmalar oluşturduğu, aynı zamanda boyun fleksiyonu, telefon ile arama sıklığı, mesaj yazma ve oyun oynama ile kas iskelet sistemi yakınmaları arasında ilişki olduğu tanımlanmıştır (28). Kalirathinam ve ark. (29) üniversite öğrencilerinin mobil telefon kullanımına bağlı %20,1'inin üst ekstremit ve boyun problemi yaşadığını, bunların içinde ilk sırayı boynun, ikinciyi sağ omuzun, üçüncü sırayı ise sol omuzun aldığını saptamışlardır.

Çalışmamızda üniversite öğrencilerinin cep telefonu bağımlılıkları arttıkça servikal bölge ve üst ekstremitede ağrı şikayetlerin arttığı saptandı. Elde edilen sonuçların literatür ile benzer olduğu görüldü. Ancak servikal bölge ve üst ekstremitede ağrı şikayetleri ile ilişkili postüral hatalar gibi diğer değişkenlerin incelenmemiş olmaması çalışmanın en önemli sınırlılığıdır. Çalışmamızda yalnızca gönüllü öğrencilerin yer almış olması ve örneklem sayısının yüksek olmaması diğer bir sınırlılıktır. Gelecekte yapılacak çalışmalarda katılımcı sayısının daha fazla olmasına, aynı zamanda elde edilen bu sonuçlar üzerinden eğitim programlarının düzenlenmesine ve verilecek eğitimin etkinliğinin inceleneceği çalışmalara gereksinim olduğu öngörülmektedir.

Çalışmamızda elde edilen sonuçlar üniversite öğrencilerinde mobil telefon kullanımının sağlık açısından negatif sonuçlara yol açtığını göstermiştir. Bu bağlamda mobil telefon

bağımlılığı ve sonuçlarının anlatıldığı konferansların düzenlenmesi, broşür ve afişlerin yerleşke içinde dağıtılması, özellikle sağlığı korunması ve geliştirilmesi gibi dersler kapsamında bu konuya yer verilmesi ile pozitif kazanımların elde edilebileceği düşünülmektedir.

**İletişim:** Ayla Günal

**E-posta:** ayla.gunal@gop.edu.tr

### Kaynaklar

1. Türkiye İstatistik Kurumu. Hane halkı bilişim teknolojileri kullanım araştırması. TÜİK Haber Bülteni 2016; Sayı 21779.
2. Uzgören E, Şengür M, Yiğit Ü. Üniversite öğrencilerinin cep telefonu talebinde israfı yönelik davranışlarının analizi- Dumlupınar Üniversitesi öğrencilerine yönelik bir uygulama. Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi 2013;18(1):29-44.
3. Kwon M, Lee JY, Won WY, Park JW, Min JA, Hahn C, Gu X, Choi JH, Kim DJ. Development and validation of a smartphone addiction scale (SAS). PloS one 2013;8(2):1-7.
4. Kuyucu M. Gençlerde akıllı telefon kullanımı ve akıllı telefon bağımlılığı sorunsalı: "Akıllı telefon(kolik)" üniversite gençliği. Global Media Journal TR Edition 2017;7(14):328-59.
5. Aktaş H, Yılmaz N. Üniversite gençlerinin yalnızlık ve utangaçlık unsurları açısından akıllı telefon bağımlılığı. IJSSER 2017;3(1):85-100.
6. Kim HJ, Kim JS. The relationship between smartphone use and subjective musculoskeletal symptoms and university students. J Phys Ther Sci 2015;27(3):575-9.
7. Trudeau MB, Young JG, Jindrich DL, Dennerlein JT. Thumb motor performance varies with thumb and wrist posture during single-handed mobile phone use. J Biomech 2012;45(14):2349-54.
8. Woo HC, White P, Ng HK, Lai CW. Development of kinematic graphs of median nerve during active finger motion: Implications of smartphone use. PloS one 2016;11(7):1-17.
9. Alparslan Babayiğit M, Kurt M. Hastane Ergonomisi. Istanbul Medical J 2013;14:153-9.
10. Akgül BM. The reflections of smartphone use and recreational use of internet by high school students to leisure boredom and academic achievement. European Journal of Physical Education and Sport Science 2016;2(5):1-20.
11. Çakır Ö, Oğuz E. Lise öğrencilerinin yalnızlık düzeyleri ile akıllı telefon bağımlılığı arasındaki ilişki. Mersin Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi 2017;13(1):418-29.
12. Kumcagiz H, Gunduz Y. Relationship between psychological well-being and smartphone



- addiction of university students. *International Journal of Higher Education* 2016;5(4):144-56.
13. Kwon M, Kim DJ, Cho H, Yang S. The smartphone addiction scale: development and validation of a short version for adolescents. *PloS one* 2013;8(12):1-7.
  14. Noyan CO, Enez DA, Nurmedov S, Yılmaz O, Dilbaz N. Akıllı telefon bağımlılığı ölçeğinin kısa formunun üniversite öğrencilerinde Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *Anatolian Journal of Psychiatry* 2015;16(Special issue.1):73-81.
  15. Burckhardt C S, Jones KD. Adult measures of pain: the McGill Pain Questionnaire (MPQ), Rheumatoid Arthritis Pain Scale (RAPS), Short-Form McGill Pain Questionnaire (SF-MPQ), Verbal Descriptive Scale (VDS), Visual Analog Scale (VAS), and West Haven-Yale Multidisciplinary Pain Inventory (WHYMPI). *Arthritis Care & Research* 2003;49(5):96-10
  16. Türkiye İstatistik Kurumu. 06-15 yaş grubu çocuklarda bilişim teknolojileri kullanımı ve medya. TÜİK Haber Bülteni 2013; Sayı 15866.
  17. Erdem H, Kalkın G, Türen U, Deniz M. Üniversite öğrencilerinde mobil telefon yoksunluğu korkusunun (nomofobi) akademik başarıya etkisi. *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi* 2016;21(3):923-36.
  18. Minaz A, Bozkurt ÖÇ. Üniversite öğrencilerinin akıllı telefon bağımlılık düzeylerinin ve kullanım amaçlarının farklı değişkenler açısından incelenmesi. *Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi* 2017;9(21):268-86.
  19. Yadav JU, Yadav DJ. Study of mobile phone usage in medical students of deemed University of Western Maharashtra, India. *Int J Community Med Public Health* 2017;4(2):405-8.
  20. Yang SY, Chen MD, Huang YC, Lin CY, Chang JH. Association between smartphone use and musculoskeletal discomfort in adolescent students. *J Community Health* 2017;42(3):423-30.
  21. Akıllı KG, Gezgin MD. Üniversite öğrencilerinin nomofobi düzeyleri ile farklı davranış örüntülerinin arasındaki ilişkilerin incelenmesi. *Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi* 2016;40:51-69.
  22. Adnan M, Gezgin MD. Modern çağın yeni fobisi: üniversite öğrencileri arasında nomofobi prevalansı. *Journal of Faculty of Educational Sciences* 2016;49(1):141-58.
  23. Erdem H, Türen U, Kalkın G. Mobil telefon yoksunluğu korkusu (nomofobi) yayılımı: Türkiye'den üniversite öğrencileri ve kamu çalışanları örnekleme. *Bilişim Teknolojileri Dergisi* 2017;10(1):1-12.
  24. Akin E, Divanoğlu US. Üniversite öğrencilerinin cep telefonu kullanımına karşı genel tutumları ve bu tutumların, kullanıma yansımalarına yönelik Aksaray Üniversitesi'nde bir araştırma. *SÜ İİBF Sosyal ve Ekonomik Araştırmalar Dergisi* 2009;11(17):69-93.
  25. Kaysi F. Üniversite öğrencilerinin akıllı telefon kullanımının incelenmesi. In: Ger MA Eds: *Yükseköğrenim Üzerine*, İstanbul: İstanbul Aydın Üniversitesi Yayınları, 2016:116-29.
  26. Woo EH, White P, Lai CW. Musculoskeletal impact of the use of various types of electronic devices on university students in Hong Kong: An evaluation by means of self-reported questionnaire. *Man Ther* 2016;26:47-53.
  27. Gustafsson E, Thomée S, Grimby-Ekman A, Hagberg M. Texting on mobile phones and musculoskeletal disorders in young adults: A five-year cohort study. *Appl Ergon* 2017;58:208-14.
  28. Xie Y, Szeto G, Dai J. Prevalence and risk factors associated with musculoskeletal complaints among users of mobile handheld devices: A systematic review. *Appl Ergon* 2017;59:132-42.
  29. Kalirathinam D, Manoharlal MA, Mei CL, Ling CK, Sheng TWY, Jerome A, Us MR. Association between the usage of smartphone as the risk factor for the prevalence of upper extremity and neck symptoms among university students: A cross - sectional survey based study. *Research J Pharm and Tech* 2017;10(4):1184-90.



Seda Çağlar<sup>1</sup>, Işıl Ar<sup>2</sup>, Beril Yaşa<sup>3</sup>, Şirin Kurt<sup>4</sup>

DOI: 10.17942/sted.495198

Geliş/Received : 11.12.2018

Kabul/Accepted : 21.02.2019

### Öz

**Amaç:** Araştırma, Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi (YYBÜ)'nde bebeği yatan annelerin bakım ve tedavi uygulamaları sırasında bebeklerinin yanında olma, işlemlere katılma ve üniteadaki aile merkezli bakım uygulamalarına ilişkin görüşlerini belirlemek amacıyla yapıldı.

**Gereç ve Yöntem:** Tanımlayıcı nitelikteki araştırmanın verileri, Ocak-Haziran 2017 tarihleri arasında İstanbul'daki bir üniversite hastanesinin YYBÜ'nde bebeği yatan 63 anneden anket formu aracılığıyla elde edildi.

**Bulgular:** Annelerin tamamına yakınının (%90,5 ve üzeri) bebeklerinin bakım uygulamalarını yapmak istedikleri; yarısından fazlasının (%52,3 ve üzeri) bazı ağırlı ve komplike tedavi uygulamaları (beslenme sondası, periferik ve göbük kateteri yerleştirilmesi, canlandırma, ameliyat) dışında genellikle bebeklerinin yanında olmayı istedikleri, %50,8'inden fazlasının üniteadaki Aile Merkezli Bakım uygulamalarından memnun olduğu, ancak tedavi uygulamaları sırasında bebeğinin yanında olma (%44,4) ve taburculuk sonrasında (%76,2) daha fazla desteğe gereksinim duydukları belirlendi.

**Sonuç:** Araştırma sonucunda annelerin bebeklerinin bakım ve tedavi uygulamalarına katılmak istedikleri belirlendi. Annelerin bakım uygulamalarına dahil edilmesi konusunda desteklenmeleri, bakım ve tedavi uygulamaları öncesinde gerekli bilgilendirme yapılarak bebeklerinin yanında olmalarına teşvik edilmeleri, anne ve bebeğinin 24 saat aynı odada kalabilmesi için kurum politikalarının geliştirilerek düzenlemelerin yapılması ve taburculuk sonrasında iletişim ve bilgilendirmenin sürdürülmesi gereklidir.

**Anahtar sözcükler:** Aile merkezli bakım, Aile varlığı, anne görüşleri, Yenidoğan yoğun bakım ünitesi

### Abstract

**Objective:** The study was carried out to determine the opinions of mothers whose infants were staying in the Neonatal Intensive Care Unit (NICU) on staying with baby during care and treatment, participation in the procedures, and family centered care in the unit.

**Materials and Method:** The data of this descriptive research were obtained through a questionnaire from 63 mothers whose babies have been hospitalized at the NICU of a university hospital in Istanbul between January and June 2017.

**Findings:** It was determined that almost all mothers (90,5% and above) wanted to perform baby care practices; more than half (52,3% and above) of them usually wanted to accompany their infants during treatment except some painful and complicated practices (nasogastric tube insertion, peripheral intravenous and umbilical catheter placement, resuscitation and surgery). More than half (50,8%) of the mothers stated that they were satisfied with the Family-Centred Care practices in the unit; however, it was seen that they needed more support for accompanying their babies during treatment practices (44,4 %) and in the post-discharge period (76,2).

**Conclusion:** In the research, it was determined that the mothers wanted to be with their infants during care and treatment practices. It is necessary to provide support to mothers for being included in baby care practices, to encourage them to accompany their babies during treatment practices, to inform them, to develop corporate policies to enable mothers to stay with their babies in the same room for 24 hours and to maintain communication and counselling after discharge.

**Key words:** Family-Centred Care, Parental presence, Mothers' opinions, Neonatal intensive care unit

\*Bu çalışma 1-2 Haziran 2018 tarihleri arasında Atina /Yunanistan'da düzenlenmiş olan 4th Paediatric Nursing Associations of Europe Congress on Paediatric Nursing (PNAE)'da sözel bildiri olarak sunulmuştur.

1 Dr. Öğretim Üyesi, İstanbul Ü. Cerrahpaşa Florence Nightingale Hemşirelik Fak. Çocuk Sağlığı ve Hast. Hemşireliği AD, İstanbul (ORCID No: 0000-0001-8768-9282)

2 Arş. Gör.; MSc, Kocaeli Ü. Sağlık Bilimler Fak. Hemşirelik Bölümü, Kocaeli, (ORCID No: 0000-0003-2615-158X)

3 Uzm. Dr.; İstanbul Ü. İstanbul Tıp Fak. Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi, İstanbul, (ORCID No: 0000-0001-7871-3121)

4 Hemşire, İstanbul Ü. İstanbul Tıp Fak. Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi, İstanbul, (ORCID No: 0000-0002-3226-7485)

## Giriş

Dünyada her yıl yaklaşık 15 milyon preterm bebek dünyaya gelmekte ve bu sayı giderek artmaktadır. Preterm doğum oranı 184 ülkede %5-18 arasında değişmektedir (1,2). Preterm doğumlar neonatal mortalitenin (ilk dört hafta içinde ölüm) en önemli nedeni olmakla birlikte dünyada her yıl bir milyondan fazla bebek, preterm komplikasyonlarıyla ilişkili yaşamını kaybetmektedir (2).

YYBÜ'de bebeği yatan ebeveynlerin yoğun stres yaşadığı ve bu dönemde bebeklerinden ayrı kalmakta zorlandıkları bilinmektedir (3). Yaşanan stres, ebeveynlerin bebekleriyle etkili iletişime geçmelerine engel olmanın yanında, özellikle annenin duygusal zorluklar yaşamasına yol açmakta ve bu durum uzun dönemde anne ve bebeğin sağlığına olumsuz yansımaktadır (4,5). Bu doğrultuda aile merkezli bakım, sağlık hizmeti sağlayıcısı-hasta-ebeveyn ilişkisini güçlendirmeyi, hastaların ve ebeveynlerin sağlık bakımı deneyimini geliştirmeyi, streslerini azaltmayı ve tıbbi karar verme sürecini geliştirmeyi amaçlayan bir yaklaşımdır (6). Aile merkezli bakım yaklaşımının dört temel bileşeni; saygı, bilgi paylaşımı, ailenin bakıma katılımı ve işbirliğidir (3). Sağlık çalışanı, aile ve bebek arasındaki dürüst, açık iletişim ve yeterli bilgilendirme ile yaşanan stresin azaldığı, tıbbi karar verme sürecinin ve iyileşmenin hızlandığı bildirilmektedir (3,6).

Neonatal dönemde hastaneye tekrar yatışların, bebeklerin tıbbi durumlarından çok ebeveynlerin evde preterm bebeğin bakımı konusundaki yetersizliklerine bağlı tutum ve algılarından kaynaklandığı bildirilmektedir (7,8). Yapılan çalışmalarda hastane ortamında bebeklerin bakımına aktif katılan ebeveyn tutumunun hastane sürecinde ve taburculuk sonrasında bebeğin gelişimini kolaylaştırdığı ve erken taburculuğun hastane enfeksiyonları gelişme riskini de en aza indirdiği bildirilmektedir (7,9). Anne-bebek arasındaki ten tene teması sürdürmek (kanguru bakımı), bebeğin beslenmesinde ve diğer sağlık hizmetlerinde anne katılımını teşvik etmek ile bebeğin verdiği yanıtları ve tepkileri anlamının kolaylaşacağı, annelerin güvenlerinin artacağı, hastaneye tekrar yatış oranları ve dolayısıyla yenidoğan ölümlerinin azalacağı düşünülmektedir (7).

Son yıllarda Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitelerine yatışların artmasıyla birlikte annelerin 24 saat bu ünitelerde bulunması gerekliliği ortaya çıkmıştır. Sonuç olarak aile merkezli bakım yaklaşımı doğrultusunda bu ünitelerde annelerin sınırsız olarak bulunması ve bakım uygulamalarına katılımlarının teşvik edilmesiyle hastanede yatma sürecindeki ve taburculuk sonrasındaki memnuniyetsizlikleri de azalacaktır (10).

Türkiye'de halen birçok YYBÜ'de annelerin yenidoğan ünitelerinde sınırsız kalmalarına izin verilmemekte, anneler bakım ve tedavi uygulamalarına yeterli düzeyde dahil edilmemektedir. Bu nedenle çalışma YYBÜ'de bebeği yatan annelerin bakım ve tedavi uygulamaları sırasında bebeklerinin yanında olma, işlemlere katılma ve üniteadaki aile merkezli bakım uygulamalarına ilişkin görüşlerini belirlemek amacıyla yapıldı.

Bu doğrultuda araştırma soruları;

YYBÜ'nde bebeği yatan anneler,

1. Hangi bakım uygulamalarına katılmak istiyor?
2. Hangi tedavi uygulamaları sırasında bebeklerinin yanında olmak istiyor?
3. Ünitelerin aile merkezli bakım yaklaşımından memnun mu? şeklinde idi.

## Gereç ve Yöntem

### Araştırmanın Tipi

Araştırma, kesitsel ve tanımlayıcı tiptedir.

### Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma, İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Hastanesi'nin Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde Ocak-Haziran 2017 tarihleri arasında yürütüldü.

### Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Ocak-Haziran 2017 tarihleri arasında bebeği en az 3 gün YYBÜ'de kalan anneler (n=102), örneklemini ise araştırmaya katılmaya gönüllü anneler oluşturdu (n=63). Araştırmaya katılım oranı %61,76 idi.

### Veri Toplama Süreci

Örneklem seçim ölçütlerine uyan annelere öncelikle araştırmanın amacı, içeriği, yöntemi

konusunda bilgi verilip, araştırmaya gönüllü olarak katılmayı kabul edenlerden yazılı izin alınarak örneklem grubu oluşturuldu. Yazılı izin alındıktan sonra her anneye yaklaşık 13 dakika süren, yenidoğan yoğun bakım ünitesinde sıkça yapılan 8 adet invazif hemşirelik uygulaması videosu izletildi. Videolar; orogastrik/nazogastrik sonda yerleşimi, periferik intravenöz katater takılması, intravenöz yoldan ilaç uygulama, venöz kan alma, topuk kanı alma, göbük kateteri yerleştirme, resüsitasyon ve göz muayenesi girişimlerini içermekteydi.

Videolar izletildikten sonra anneye, yaklaşık 10 dakika sürecek 4 bölümden oluşan veri toplama formu araştırmacı hemşire aracılığıyla yüz yüze görüşülerek doldurtuldu. Birinci bölüm; demografik verileri içeren sorulardan, ikinci bölüm; bebeğinin hastanede yatarken hangi bakım uygulamaları sırasında uygulamalara katılmak istediğii "isterim", "istemem" ya da "yalnızca yanında olmak isterim" biçiminde yanıt verecekleri sorulardan, üçüncü bölüm: bebeğii hastanede yatarken hangi tedavi uygulamaları sırasında yanında olmak istediğii "isterim" ve "istemem" biçiminde yanıt verecekleri sorulardan, dördüncü bölüm: annelerin ünite içindeki aile merkezli bakım uygulamalarına ilişkin görüşlerini "asla", "bazen", "genellikle" biçiminde yanıt verecekleri sorulardan oluşmakta idi.

### Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın başlangıç aşamasında İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Etik Kurulu'ndan gerekli izinler alındı (21/09.12.2016). Araştıma kapsamına alınacak annelere araştırmanın amacı hakkında bilgi verilerek yazılı onamları alındı.

### Verilerin Değerlendirilmesi

Veriler tanımlayıcı istatistik yöntemler (ortalama, sayı ve yüzde) ile SPSS 21.0 istatistiksel paket programı kullanılarak değerlendirildi.

### Bulgular

Araştırma kapsamındaki bebeklerin %66,6' sı erkek, %39,7'si 32-36<sup>6/7</sup> gestasyon haftasındaydı. Bebeklerin vücut ağırlığı ortalaması 1.931±1.072 gram, postnatal yaş ortalaması 15,42±16,12 gün idi. Annelerin büyük çoğunluğu (%48,2) ilköğretim mezunuydu ve %63,5'i çalışmıyordu (Tablo 1).

Araştırma kapsamındaki annelerin tamamının; bebeklerinin beslenmesi, vücut sıcaklığı ölçümü ve bez değişimi gibi rutin bakım uygulamalarını yapmak istediğii; banyo, çarşaf ve kıyafet değişimi, anne sütü/mama hazırlama ve bebeğii genel durumunu gözlemek isteyen anne oranının ise %90'dan fazla olduğu belirlendi (Tablo 2).

**Tablo 1.** Bebeklerin ve annelerin tanıtıcı özellikleri (N=63)

Tanıtıcı özellikler		n	%
Cinsiyet	Kız	21	33,3
	Erkek	42	66,6
Gestasyon haftası	24-31+ <sup>6</sup> GH	20	31,7
	32-36+ <sup>6</sup> GH	25	39,7
	37 GH ve üzeri	18	28,6
Vücut ağırlığı (gr) X± SS	1.931±1.072 (Min-Max: 525-4400gr)		
Postnatal yaş (gün) X± SS	15,42±16,12 (Min-Max: 3-76 gün)		
Anne eğitim durumu	İlköğretim	31	48,2
	Lise	13	20,6
	Üniversite mezunu	16	25,4
	Lisansüstü	3	4,8
Anne çalışma durumu	Evet	23	36,5
	Hayır	40	63,5
Gelir durumu	Gelir < Gider	18	28,6
	Gelir = Gider	40	63,5
	Gelir > Gider	5	7,9

**Tablo 2.** Bebeğin bakım uygulamalarına yönelik anne görüşleri (N=63)

Anne görüşleri	İsterim	İstemem	Yanında olmak isterim
	n (%)	n (%)	n (%)
Bebeğimi beslemek	63 (100)	-	-
Bebeğimin vücut sıcaklığını ölçmek	63 (100)	-	-
Bebeğimin bezini değiştirmek	63 (100)	-	-
Bebeğimin banyosunu yaptırmak	61 (96,8)	1 (1,6)	1 (1,6)
Bebeğimin çarşaflarını değiştirmek	61 (96,8)	2 (3,2)	-
Bebeğimin kıyafetlerini değiştirmek	61 (96,8)	1 (1,6)	1 (1,6)
Bebeğimin sütünü/mamasını hazırlamak	59 (93,6)	4 (6,4)	-
Bebeğimin kan basıncını/nabzını/solunumunu gözlemek ve bildirmek	59 (93,6)	4 (6,4)	-
Bebeğimin cildini gözlemek ve değişimleri bildirmek	58 (92,1)	5 (7,9)	-
Bebeğimin ağrı durumunu gözlemek ve değişimleri bildirmek	57 (90,5)	5 (7,9)	1 (1,6)

**Tablo 3.** Bebeğin tedavi uygulamalarına yönelik anne görüşleri (N=63)

Anne Görüşleri	Yanında olmak isterim	Yanında olmak istemem
	n (%)	n (%)
Doktorların gün içinde yaptığı değerlendirmelerde	60 (95,2)	3 (4,8)
İşitme testi yapılırken	59 (93,7)	4 (6,3)
Röntgen filmi çekilirken	58 (92,1)	5 (7,9)
Ameliyathaneye giderken	58 (92,1)	5 (7,9)
Pansuman yapılırken	57 (90,5)	6 (9,5)
Topuktan kan alınırken	47 (74,6)	16 (2)
Göz muayenesi (ROP) yapılırken	45 (71,5)	18 (28,5)
Damar içine ilaç verme uygulaması yapılırken	41 (65,1)	22 (34,8)
Kan alınırken	37 (58,8)	26 (41,2)
Aspirasyon yapılırken	33 (52,3)	30 (47,7)
Beslenme sondası takılırken	26 (41,3)	37 (58,7)
Damar yolu açılırken	25 (38,6)	36 (60,4)
Canlandırma yapılırken	18 (28,5)	41 (65,1)
Ameliyat sırasında	15 (23,9)	42 (76,2)
Göbek kateteri takılırken	8 (12,7)	55 (87,3)

Araştırma kapsamındaki annelerin yarısından fazlasının; doktorların gün içinde yaptığı değerlendirmelerde, işitme testi yapılırken, röntgen filmi çekilirken, ameliyathaneye giderken, pansuman yapılırken, topuktan kan alınırken, göz muayenesi (ROP) yapılırken, damar içine ilaç verme uygulaması yapılırken, kan alınırken ve aspirasyon yapılırken bebeklerinin yanında olmak istedikleri ancak beslenme sondası takılırken, damar yolu açılırken, canlandırma yapılırken, ameliyat sırasında ve göbek kateteri takılırken bebeklerinin yanında olmak istemedikleri belirlendi (Tablo 3).

Annelerin yarısından fazlasının ünitadaki aile merkezli bakım yaklaşımından memnun olduğu, ancak annelerin %44,4'ünün tedavi uygulamaları sırasında bebeğinin yanında olmadığını, %76,2'sinin ise taburculuk sonrası destek alamadığını ifade ettikleri belirlendi (Tablo 4).

### Tartışma

Postpartum dönemdeki bir annenin bebeğinin YYBÜ'de olması annenin depresyon ve anksiyete düzeyini artırmakta ve bu durum anne ile bebek arasındaki bağlanma sürecini olumsuz yönde etkilemektedir. Bu sorunların, sağlık çalışanı-

**Tablo 4.** YYBÜ’de uygulanan aile merkezli bakım yaklaşımına yönelik anne görüşleri (N=63)

Anne görüşleri	Asla n (%)	Bazen n (%)	Genellikle n (%)
Yoğun bakıma geldiğimde bana bir ziyaretçiden çok bir ebeveyn gibi davranılıyor	1 (1,6)	6(9,5)	56(87,9)
Bebeğimin gereksinim duyabileceği bakım konusunda dürüstçe bilgi veriliyor	4 (6,3)	4(6,3)	55(87,3)
Bebeğimin tıbbi tedavisi ile ilgili bir karar verilirken bana danışılıyor	3 (4,8)	4 (6,4)	56 (88,9)
Yenidoğan ünitesine gelmem memnuniyetle karşılanıyor	2 (3,2)	7(11,1)	54(85,7)
Bebeğimin işlemleri mahremiyet ve gizlilik ilkelerine bağlı kalınarak gerçekleştiriliyor	3 (4,8)	7 (11,1)	53 (84,1)
Tüm uygulamalar öncesi bilgilendirme yapıp onayım isteniyor uygulamalar	2 (3,2)	13 (20,6)	48 (75,2)
Sağlık çalışanları endişelerim konusunda beni dinliyor	7(11,1)	9 (14,3)	47 (74,6)
Bakım konusunda karar verirken sağlık çalışanları beni de kararlara katıyor	6 (9,5)	12 (19,1)	45 (71,4)
Bebeğimin bakımından sorumlu hemşireye ulaşabiliyorum	17 (27)	3 (4,8)	43 (68,2)
Bebeğimin bakımından birinci derecede sorumlu olan doktorun adını biliyorum.	18 (28,6)	2 (3,2)	43 (68,2)
Bebeğimin gereksinim duyabileceği bakım konusunda dürüstçe bilgi veriliyor	11 (17,5)	9 (14,3)	43 (68,2)
Sağlık çalışanlarının bebeğim hakkındaki tavsiyelerini istediğim kadar sorgulayabiliyorum	12 (19)	9 (14,3)	42 (66,7)
Bebeğimin bakımından sorumlu doktora ulaşabiliyorum	14 (22,2)	8 (12,7)	41 (65,1)
Bebeğimin bakımından birinci derecede sorumlu olan hemşirenin adını biliyorum.	20 (31,7)	3 (4,8)	40 (63,5)
Bakım uygulamaları sırasında bebeğimin yanında olabiliyorum	13 (20,6)	11 (17,5)	39 (61,9)
Sağlık çalışanları ailem ve benim nasıl bir süreçten geçtiğimi anlıyor	8 (12,7)	16 (25,4)	39 (61,9)
Bebeğime kanguru bakımı uygulayabiliyorum.	26 (41,3)	5 (7,9)	32 (50,8)
Bebeğim hakkında verilen bilgilerin çok fazla olmasından bunaliyorum.	60 (95,2)	2 (3,2)	1 (1,6)
Tedavi uygulamaları sırasında bebeğimin yanında olabiliyorum.	28 (44,4)	13 (20,6)	22 (35)
Eve gittikten sonra yardıma ya da rahatlamaya gereksinim duyarsam kimi arayacağımı biliyorum.	48(76,2)	3(4,8)	12(19,1)

hasta-ebeveyn ilişkisini güçlendirmeyi, hastaların ve ebeveynlerin sağlık bakımı deneyimini geliştirmeyi, streslerini azaltmayı ve tıbbi karar verme sürecini geliştirmeyi amaçlayan aile merkezli bakım yaklaşımıyla daha hafif

atlatılabileceği düşünülmektedir (5,11,12). Çalışmada annelerin neredeyse tamamına yakınlarının bebeklerinin rutin bakım uygulamalarını kendilerinin yapmak istedikleri belirlendi. Tedavi uygulamaları sırasında bebeklerinin yanında

olmaya yönelik görüşlerini sorulduğunda ise; bazı ağrılı ve komplike tedavi uygulamaları (resüsitasyon, ameliyat gibi) dışında genellikle bebeklerinin yanında olmayı istedikleri belirlendi. Russel ve ark. (2014)'nin çalışmasında YYBÜ'de annelerin memnuniyetini artıran faktörlerin; bebeklerinin bakımına katılmak ve sağlık çalışanlarıyla etkili iletişim kurabilmek olduğu belirlenmiştir (13). Çelen (2013)'in çalışmasında annelerin bakım uygulamalarını yapma konusunda kendilerini yeterli hissettikleri belirlenmiştir (14). Çakmak (2015)'in çalışmasında YYBÜ'de bebeği yatan annelerin, bebeklerinin bakımına katılmalarının annelerinin durumluluk ve sürekli kaygı düzeylerini azalttığı, bebek bakım becerilerini ve bebek bakımına ilişkin problem çözme becerilerini artırdığı ve annelerin çoğunlukla bakım uygulamalarına katıldıkları rapor edilmiştir (15).



**Tıbbi Sekreter: Hilal Yüksel "Masumiyet"**  
STED Fotoğraf Yarışması 2014 Sergi Ödülü

Konukbay ve Aslan (2011)'in çalışmasında ise araştırma kapsamına alınan ailelerin çoğunluğu (%88.9) YYBÜ'deki bebeklerinin bakımına katılmadığını belirtmiştir. Çalışmalarında yenidoğan ailelerinin çoğunlukla bakıma katılma, bebeğin durumunun belirsizliği, sağlık personelinin yeterli bilgi alma, çocuklarını yoğun bakım ünitesinde istediklerinde görebilme, bebeğe yapılan tedavi ve işlemler, bebeğin durumuna uyum sağlama ve anne-baba rolünün kazanılması konularında güçlük yaşadıkları saptanmıştır (16).

Araştırma kapsamındaki annelerin çalışmanın yapıldığı ünite'deki aile merkezli bakıma yönelik yaklaşımlardan (bilgilendirme, etkili iletişim, anneyi bakıma dahil etme gibi) genel olarak memnun oldukları ancak tedavi uygulamalarına dahil edilmediğini ifade eden annelerin çoğunlukta olduğu (%44,4), ayrıca annelerin taburculuk sonrasındaki iletişim ve bilgilendirmenin yeterli olmadığını (%76,2) ifade ettikleri belirlendi. Özyazıoğlu ve Tüfekçi (2009)'nin çalışmasında YYBÜ'de bebeği yatan annelerin %47,3'ünün bebekleri hakkında yeteri kadar bilgilendirildiklerini ve %68,8'inin ünite'de bebekleriyle yeterli zaman geçirdiklerini ifade ettikleri belirlenmiştir (17). Boztepe ve Çavuşoğlu (2009)'nun çalışmasında ise annelerin bilgilendirilme konusunda sıkıntılar yaşadıkları ve verilen bilgileri de yeterli düzeyde anlayamadıkları belirlenmiştir (18). Ayvaz ve Açıkgöz (2018)'ün çalışmasında da benzer biçimde ailelerin bebeklerin hastalıkları konusunda yeterli düzeyde bilgiye sahip olmadıkları ve ebeveynlerin yaşadıkları en önemli sorunun bebeklerinden uzun süre ayrı kalmak olduğu saptanmıştır (19).

Çalışma sonuçlarımız, YYBÜ'de bebeği yatan annelerin ünite'deki aile merkezli bakım yaklaşımından memnun olduklarını gösterse de Türkiye'de yapılan birçok çalışmada annelerin bebeklerinin bakımına yeteri kadar katılmadıkları, tedavi uygulamaları sırasında bebeklerinin yanında olamadıkları, yatış ve taburculuk sonrası bilgilendirme konusunda yetersizlikler olduğu görülmektedir.

### **Sonuç ve Öneriler**

Araştırma kapsamındaki annelerin bebeklerinin bakım uygulamalarını genellikle yapmak istedikleri, tedavi uygulamaları sırasında

bebeklerinin yanında olmak istedikleri ancak ameliyat ve resüsitasyon gibi ağırlı ve komplike girişimler sırasında bebeklerinin yanında olmak istemedikleri, çalışmanın yapıldığı YYBÜ'nün aile merkezli bakım yaklaşımından memnun oldukları ancak taburculuk sonrasındaki iletişim ve bilgilendirmenin yeterli olmadığını ifade ettikleri belirlendi. Yenidoğan hemşireleri aile merkezli bakım yaklaşımının bir parçası olan ebeveyn varlığının önemini farkında olmalı ve girişimler sırasında ailenin nerede yer alması gerektiğine karar verebilmeli, düşük kaygı düzeyine sahip ebeveynlerin bebeklerini daha hızlı sakinleştirip kaotik ortamı engelleyebileceğinin farkında olmalıdırlar. Ebeveynlerin kaygılarını hafifletmek için girişimlerden önce gerekli bilgileri açık ve dürüst bir biçimde verilerek etkili iletişim kurulmalı ve ebeveynlerin bebeklerini desteklemek için girişimlerde yer almalarına olanak sağlanmalıdır. Yenidoğan ünitelerinde anne ve bebeğin 24 saat bir arada olmaları odalar yer almalıdır. Kurum politikası olarak aile merkezli bakımın benimsenmesi, buna yönelik düzenlemelerin yapılması ve Türkiye genelinde uygulanmaya çalışılması oldukça önemlidir.

**İletişim:** Seda Çağlar

**E-posta:** sedac@istanbul.edu.tr

#### Kaynaklar

1. Liu L, Oza S, Hogan D, Chu Y, Perin J, Zhu J, et al. Global, regional, and national causes of under-5 mortality in 2000-15: an updated systematic analysis with implications for the Sustainable Development Goals. *Lancet* 2016; 388(10063):3027-35.
2. World Health Organization-WHO. Preterm birth. Fact sheet N°363 Updated November 2013. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs363/en/>. Accessed 2018.
3. Griffin T. Family-centered care in the NICU. *J Perinat Neonat Nurs*. 2006;20:98-102.
4. Ionio, C, Colombo C, Brazzoduro V, Mascheroni E, Confalonieri E, Castoldi F, Lista G. Mothers and fathers in NICU: the impact of preterm birth on parental distress. *Europe's journal of psychology*, 2016, 12.4: 604.
5. Voos KC, Ross G, Ward MJ, Yohay AL, Osorio SN, & Perlman JM. Effects of implementing family-centered rounds (FCRs) in a neonatal intensive care unit (NICU). *J Matern Fetal Neonatal Med* 2011;24(11):1403-1406.
6. Voos K, Ross G, Ward MJ, Yoahy A-L, Perlman J. Factors Contributing to Stress in a Neonatal Intensive Care Unit. *Pediatric Academic Societies Conference 2009 May 2-5; Baltimore, Maryland*.
7. Bastani F, Abadi TA, & Haghani H. Effect of family-centered care on improving parental satisfaction and reducing readmission among premature infants: a randomized controlled trial. *J Clin Diagn Res* 2015; 9(1): SC04.
8. Ell K. Social network, social support and coping with serious illness: the family connection. *Soc Sci Med* 1996;42:173-83.
9. Johnson BH, Abraham MR, Parrish RN. Designing the Neonatal Intensive Care Unit for optimal family involvement. *Clin Perinatol* 2004;31:353-82.
10. Bakewell- sacchs S, Genaros S. Parenting the Post- NICU premature infant. *MCN Am J Matern Child Nurs* 2004;29:398-403.
11. Ahn HY, Lee J, Shin HJ. Kangaroo care on premature infant growth and maternal attachment and post- partum depression in South Korea. *J Trop Pediatr* 2010; 6(5): 342-344.
12. Kurtulus N, Yıldız K, Korucu E, & Ozyazicioglu N. Determination of Pediatric Nurses' Attitudes on Family-Centered Care. *International Journal of Caring Sciences* 2018;11(2).
13. Russell G, Sawyer A, Rabe H, Abbott J, Gyte G, Duley L and Ayers A. Parents' views on care of their very premature babies in neonatal intensive care units. *BMC Pediatrics* 2014; 14(1): 5-12.
14. Çelen R. Prematüre bebeği olan anne ve babaların kaygı düzeyleri ve ilişkili faktörler. *Doktora Tezi* 2013. (Doctoral dissertation, Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü).
15. Çakmak E. Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde bebeği yatan annelerin bakıma katılmalarının kaygı düzeyleri ve bakım sorunlarını çözme becerileri ile ilişkisi *Doktora Tezi* 2015. (Master's thesis, Adnan Menderes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü).
16. Konukbay D, Arslan F. Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde yatan yenidoğan ailelerinin yaşadıkları güçlüklerin belirlenmesi. *Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences* 2011;14(2):16-22.
17. Özyazicioglu N, Tufekci F.G, Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde bebekleri bakım alan annelerin kaygı ve umutsuzluk düzeylerini etkileyen faktörlerin incelenmesi. *Ataturk Üniversitesi Hemsirelik Yüksekokulu Dergisi* 2009;12(4):66-73.
18. Boztepe H, Çavuşoğlu H. Bir üniversite hastanesindeki uygulamaların aile merkezli bakım yönünden incelenmesi. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 2009, 16.1: 011-024.
19. Ayvaz E, Açıkgöz A. Nitel bir çalışma: yenidoğan yoğun bakım ünitesinde tedavi gören bebeklerin ailelerinin görüş ve beklentilerinin belirlenmesi. *Osmangazi Tıp Dergisi* 2018; Doi: 10.20515/otd.426794.





Tufan Aslı Sezer<sup>1</sup>, Sibel Erkal İlhan<sup>2</sup>

DOI: 10.17942/sted.472967

Geliş/Received : 21.10.2018

Kabul/Accepted : 19.02.2019

### Öz

**Amaç:** Araştırma, kronik hastalığa sahip çocuk-ergen ve ebeveynlerin yaşam kalitesi algılarını değerlendirmek amacıyla yapılmıştır.

**Gereç ve Yöntem:** Çalışma, bir üniversitesi hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniğine başvuran ve çocuk hastalıkları kliniğinde Ekim 2011-Şubat 2012 tarihleri arasında yatan kronik hastalığa sahip 8-18 yaş çocuk-ergen (n:71) ve ebeveynleri (n:71) ile yürütülmüştür. Veriler, Kişisel Bilgi Formu ve Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği kullanılarak toplanmıştır. Verilerin analizi SPSS 15.0 paket programında değerlendirilmiştir.

**Bulgular:** Ölçekten aldıkları toplam puan ortalaması çocukların 55,8, ergenlerin 58,9'dur. Araştırmada 8-12 yaş grubu çocuğun yaşam kalitesi algısı değerlendirme puanları ile ebeveynlerin puanları arasında çok güçlü doğrusal bir ilişki olduğu ( $r=0,908$ ;  $p<0,01$ ) ve en iyi uyumun psikososyal sağlık boyutunda olduğu görülmüştür ( $r=0,895$ ). 13-18 yaş ergen ve ebeveyni arasında ise orta düzeyde ilişki saptanmıştır ( $r=0,576$ ;  $p<0,01$ ).

**Sonuç:** Çocukların değerlendirdikleri yaşam kalitesi algıları ile ebeveynlerin değerlendirdikleri yaşam kalitesi algıları arasında pozitif yönde güçlü bir ilişki, ergenlerde ise orta düzeyde ilişkili olduğu saptanmıştır. Bu nedenle çalışmada ebeveynlerin de değerlendirildiği ve yaşam kalitesini artırıcı hemşirelik girişimlerinin uygulanması ile çocuk-ergen ve ebeveynlerinin gereksinimlerini en iyi biçimde ortaya çıkarılmasının gerekliliği vurgulanmıştır.

**Anahtar sözcükler:** Adölesan, Çocuk, Ebeveyn, Kronik hastalık, Yaşam kalitesi

### Abstract

**Objective:** The aim of this study is to evaluate the perceptions of the children-adolescents with chronic diseases and their parents about the quality of life.

**Materials and Method:** The study was conducted among 8-18 years old children and adolescents with chronic diseases (n: 71) and their parents (n: 71), who were admitted to the pediatric outpatient clinic of a university hospital and hospitalized between October 2011 and February 2012. Data were collected through a "Personal Information Form" and the "Pediatric Quality of Life Inventory (PedsQL)". The analysis of the data was performed using SPSS 15.0 package program.

**Findings:** The mean total scores on the scale were 55,8 and 58,9 for children and adolescents, respectively. It was seen that there was a very strong linear relationship ( $r=0,908$ ;  $p<0,01$ ) between the perception of quality of life scores for 8-12 years old children and their parents and the optimal correlation was observed on psychosocial health subscale ( $r=0,895$ ). A moderate relationship was identified between the scores for the adolescents aged 13-18 years and the scores for their parents ( $r=0,576$ ;  $p<0,01$ ).

**Conclusions:** A strong positive correlation was found between the children's and their parents' perceptions of quality of life while a moderate relationship was identified between the perceptions of quality of life of the adolescents and their parents. Therefore, the study emphasized that the needs of the children-adolescents and parents should be revealed in the best way through nursing interventions aiming at improving the quality of life and also taking the parents into consideration.

**Key words:** Adolescent, Child, Parents, Chronic disease, Quality of life

\*Bu çalışma araştırmacı Tufan Aslı Sezer tarafından, Prof. Dr. Sibel Erkal İlhan danışmanlığında yürütülen yüksek lisans tezinden üretilmiştir.

\*\*5. Ulusal 2.Uluslararası Akdeniz Pediatri Hemşireliği Kongresi'nde (15-18 Kasım 2015) sözlü sunum olarak sunulmuştur.

1 Arş. Gör.; Ankara Ü. Hemşirelik Fak. Hemşirelik Bölümü Ankara (Orcid No: 0000-0003-2423-3725)

2 Prof. Dr.; Ankara Ü. Hemşirelik Fak. Ebelik Bölümü. Ankara (Orcid No: 0000-0002-5792-0700)

## Giriş

Kronik hastalıklar ve tedavisi, bireyin ve ailelerinin yaşam tarzında değişikliklere neden olduğundan yaşam kalitesini doğrudan etkilediği bilinmektedir (1,2). Yaşam kalitesi, içinde kültür, değer yargıları, kişinin konumu ve amaçlarını içeren, ölüm sürecini de içerisine alan ve yaşam boyu devam eden sağlığa etki eden bozukluklar, sağlık algılayışları, bireyin fiziksel, fonksiyonel, emosyonel ve sosyal faktörlerinin birleşimi sonucu bireyin iyilik halinin bir anlatımı ve yaşamın farklı alanlarında öznel iyi olma, mutluluk, işlevsel yeterlilik, sosyal iyilik gibi bileşenlerinden oluşan ve yaşam koşulları içinde elde edilebilecek kişisel doyumun düzeyini etkileyen kişisel tepkileri gösteren geniş bir kavram olarak tanımlanmaktadır (3,4,5).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) raporlarına göre kronik hastalıkların, dünyada tüm ölümlerin %63'ünden sorumlu olduğunu bildirilmiştir. Türkiye'de ise ölümlerin binde beşinde ikinci grup içerisinde yer alan kronik hastalıkların (kalp damar sistemi hastalıkları, solunum sistemi hastalıkları, endokrin, nutrisyonel ve metabolik hastalıklar, duyu organ bozuklukları, genitoüriner sistem hastalıkları, malign neoplazmalar, kas iskelet sistemi ve nörolojik bozukluklar vb.) sorumlu olduğu ve hastalık yükünün %81 olduğu belirtilmiştir (6). Çocukluk çağında ise kronik hastalıklar farklılıklar göstermektedir. Doğumda görülebildiği gibi çocukluk döneminin herhangi bir zamanında da ortaya çıkabilmektedir. Kronik çocukluk hastalıkları doğumsal kalp hastalıkları, epilepsi, kronik böbrek yetmezliği, karaciğer hastalıkları, kanserler, ortopedik sorunlar, hemofili, astım gibi çok çeşitli olabilmektedir (7,8).

Kronik hastalığı olan çocuk-ergenler, yalnızca hastalığın belirtilerini azaltmaya çalışmakla kalmayıp, aynı zamanda çeşitli etkenlere bağlı olarak sosyal, psikolojik, gelişimsel ve çevresel sorunları da hastalığın beraberinde yaşamaktadırlar (9). Bu sorunlara karşın kronik hastalığı olan çocuklar normal yaşantılarını sürdürmeye çalışmakta, ancak günlük yaşam aktivitelerindeki kısıtlamalar ve yaşam tarzındaki değişiklikler sonucu yaşam kalitesi olumsuz yönde etkilenmektedir (10). Aynı zamanda kronik hastalığın çocukta yarattığı sosyal ve psikolojik sorunlar çocuğa, aileye, hastalığın tipine, sosyal

çevreye ve aldığı tıbbi bakıma göre değişmekte ve çocuğun hastalığa uyumunu kolaylaştırmakta ya da zorlaştırmaktadır. Hasta çocukların yaşam kalitelerinin belirlenmesi onların kendilerini nasıl hissettiklerini, günlük yaşam aktivitelerini nasıl yaptıklarını, hastalık durumlarını nasıl algıladıklarını ve hastalığın tedavisinden ne derece etkilendiklerini kendi bakış açılarıyla değerlendirebilme olanağı sağlamaktadır (11).

Çocuğa kronik hastalık tanısı konulduğu zaman aile üyeleri, çocuğun durumu ve kendi içsel duyguları nedeniyle yas yaşamaktadırlar. Ailenin kronik hastalığa olan tepkilerinin, stres düzeylerinin ve baş etme yöntemlerinin çocuğun yaşam kalitesini önemli ölçüde etkilediğine göre, tüm aile bireylerinin dolayısıyla sosyal çevrenin çocuk-ergen üzerindeki etkilerinin sağlık personelleri tarafından göz önüne alınması gerektiği önemle belirtilmektedir (12,13). Bu nedenle hemşireliğin kronik hastalığı olan çocuğun bakımında önemli bir yere sahip olması beklenmektedir. Çünkü bu çocuklar hastalıkları ile uzun dönem yaşamakta ve büyüme gelişme dönemlerinde hastalıkları ve hastalığın getirdiği olumlu ya da olumsuz sonuçlarla yaşamaktadırlar. Sonuç olarak yaşam kaliteleri olumsuz etkilenmekte ve yaşamdan aldıkları doyum azalmaktadır. Bu süreçlerin sorunsuz atlanması ve bir sonraki gelişimsel döneme sağlıklı geçilmesi için sağlık bakım profesyonellerinden destek almaları önemlidir. Bu desteği gerçekleştirecek olan en önemli bakım personeli ise hemşirelerdir. Hemşireler yaşam kalitesini artırmaya yönelik bakımını oluşturabilmek için öncelikle çocuğun hastalığına karşı fiziksel ve psikososyal gereksinimlerini tanımlayabilmeli ve çocuğun hastalık ve tedaviye uyumunu saptayabilmelidir. Sağlıklı ve hastalık dönemlerinde çocuğun zayıf yönlerini ortaya çıkarabilmeli ve yaşamdan etkilenme düzeylerini saptayabilmelidir (6). Hemşireler bakımı organize ederken çocuk ve ergenin kronik hastalık karşısında gerçekçi hedefler geliştirmelerine yardım edebilmeli, çocuğun ve ergenin benlik saygısını geliştirmesi için aile ile iletişime geçebilmeli, aile bireyleri arasında etkili iletişimin sağlanması için duygularını ifade etmelerine yardım edebilmeli, çocuğun ve ergenin bağımsızlığının geliştirmesi ve desteklemesi için evde ve okulda aktif katılımını sağlayabilmeli, sosyal ilişkileri destekleyici öğeleri ele

alabilmediler. Hemşireler tüm bunları planlarken hastalığa karşı çocuk ve ailesinin genel durumunu çok iyi gözlemlemeli ve çocuk-ergenin gelişimsel dönemlerini göz önünde bulundurmalıdır (6,14,15). Sonuç olarak, hemşirelikte yaşam kalitesine yönelik girişimler çocuk-ergen ve ebeveyni rahatlatmaya yardım etme, uygun bakım verme ve yaşamın; biyolojik, psikolojik ve sosyokültürel yönünü içeren esenlik durumunu yükseltmeye yönelik yaklaşımlardan oluştuğu görülmektedir (10,14).

Buna göre kronik hastalığı olan çocuk ve ergenlerin yaşam kalitesine yönelik yapılan çalışmalara gereksinim olduğu, özellikle ebeveynlerin de görüşlerinin ele alındığı çalışmalara gereksinim olduğu görülmüştür. Bu nedenle çocuk-ergen ve ebeveynlerinin yaşam kalitesinin belirlenmesinin, çocuk-ergen hastalara ve ebeveynlerine verilecek bakımın planlanmasında yaşam kalitesi değişikliklerinin, yaşam kalitesini olumsuz etkileyen faktörlerin bilinmesi ve saptanmasının bireye yönelik bütüncül bakıma (bireyselleştirilmiş bütüncül bakım) planlanmasına ışık tutacağı düşünülmektedir.

Çalışmanın amacı; kronik hastalığa sahip çocuk-ergen ve ebeveynlerin değerlendirdikleri yaşam kalitesi algılarının belirlenmesidir.

## **Gereç ve Yöntem**

### **Araştırmanın tasarımı**

Tanımlayıcı tipte olan bu araştırma, kronik hastalığa sahip çocuk-ergen ve ebeveynlerin yaşam kalitesi algılarının değerlendirilmesi amacıyla, Ekim 2011 ve Şubat 2012 aylarında Ankara ili sınırları içerisinde bulunan bir üniversite hastanesinin Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniğine başvuran ve çocuk hastalıkları kliniğine yatan çocuk-ergenler ve ebeveynlerini kapsamaktadır.

### **Araştırma evren ve örnekleme**

Hastanenin çocuk sağlığı ve hastalıkları polikliniğine başvuran ve çocuk hastalıkları kliniğinde yatan kronik hastalığa sahip 124 çocuk-ergen ve ebeveynleri evreni kapsamış olup, araştırmamıza katılmayı kabul eden ve iletişim kurulabilen 71 çocuk-ergen ve ebeveynleri ile yürütülmüştür.

## **Veri toplama araçları**

Çocuk-ergen ve ailelerinin sosyo-demografik özelliklerini belirlemek amacıyla araştırmacı tarafından hazırlanan ve içerisinde çocukların yaş, cinsiyet, öğrenim düzeyi, kardeş sayısı, anne ve babalarının öğrenim durumu, hastalığın tipi ve durumunu, hastalık tanısını aldığı tarih ile ebeveynlerin çalışma ve gelir durumunu belirlemeye yönelik 12 adet sorudan oluşan "Kişisel Bilgi Formu" kullanılmıştır.

## **Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği (ÇİYKÖ)**

Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeğinde; 2-4, 5-7, 8-12 çocuk yaş grupları, 13-18 yaş ergen ve ebeveyn formları bulunmakta ve her bir form 23 maddeden oluşmaktadır. Çocuk-ergen ve ebeveynin yanıtlayacağı ölçekteki tüm yargılar aynı maddelerden oluşmaktadır. Çocuk-ergen formları çocuğun gelişim evresine uygun maddeleri içermekte olup; çocuğun anlayabileceği dil, üçüncü şahıs kullanılarak kurulmuştur (16). Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği çocuk ve ergenlerin son bir ayını sorgulamakta ve hiçbir zaman (100 puan), nadiren (75 puan), bazen (50 puan), sıklıkla (25 puan), hemen her zaman (0 puan) olmak üzere beşli Likert tipi işaretlemeyi gerektirmektedir. Ölçeğin yarısından fazlası doldurulmamış ise ölçek değerlendirilmeye alınamamaktadır. Ölçekten elde edilen puanlar toplandıktan sonra doldurulan madde sayısına bölünerek toplam puan elde edilmektedir. Sonuçta ÇİYKÖ toplam puanı ne kadar yüksek ise, sağlıkla ilgili yaşam kalitesi de o kadar iyi algılanmaktadır. Çocuk ve ergen formları çocuk ve ergenler tarafından, ebeveyn formu ise çocuk ve ergenlerin anne ya da babası tarafından doldurulmaktadır. Ölçek, DSÖ'nün tanımladığı sağlıklılık halinin bileşenleri olan fiziksel sağlık, duygusal işlevsellik, sosyal işlevsellik ve okul işlevselliği alanlarını sorgulamakta ve puanlama üç alanda yapılmaktadır. Bunlar; Fiziksel Sağlık Toplam Puanı (FSTP), Psikososyal Sağlık Toplam Puanı (PSTP) ve Ölçek Toplam Puanıdır (ÖTP). Psikososyal sağlık alanı, duygusal işlevsellik ile ilgili sorunlar (DİP), sosyal işlevsellik ile ilgili sorunlar (SİP) ve okul ile ilgili sorunlar (OİP) olmak üzere üç alt boyuttan oluşmaktadır. Ölçeğin iç tutarlılığını gösteren Cronbach katsayıları 0,80 ve 0,88 arasında değişmekte ve güvenilir bir ölçek olduğu görülmektedir (16). ÇİYKÖ'nin (8-12 yaş) Türkçe geçerlilik ve

güvenilirlik çalışması, Sönmez ve Başbakkal tarafından 2007 yılında yapılmıştır. Genel toplamda çocuk formu test uygulamasında, Cronbach alfa katsayısı 0,78 olarak belirlenmiştir (3). 13-18 yaş ÇİYKÖ'nin geçerlilik ve güvenilirlik çalışması ise Çakın Memik ve arkadaşları tarafından 2007 yılında yapılmıştır. Genel toplamda çocuk formu test uygulamasında Cronbach alfa katsayısı 0,82 olarak bulunmuştur (17).

### Verilerin değerlendirilmesi ve analizi

Tüm verilerin analizi için SPSS 15.0 istatistik programı kullanılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde çocuk-ergen ve ebeveynlerin betimleyici özellikleri sayı, yüzde, ortalama ve standart sapma şeklinde belirlenmiştir. Araştırmada kronik hastalığı olan çocuk-ergen ve ebeveynlerinin yaşam kalitesi ölçek ve alt boyutlarına ilişkin puan ortalamaları t testi ile karşılaştırılmıştır. Çocuklar için yaşam kalitesi ölçeği puan ortalamalarının hastalık tanısına göre değişimini belirlemek tek yönlü varyans analizi kullanılmış ve bu değişimin hangi alt boyutlarda olduğunu saptamak amacıyla ise PostHoc testlerinden Tukey HSD testi uygulanmıştır. Aynı zamanda, ebeveyn tarafından değerlendirilen yaşam kalitesinin çocuk-ergenin kendi değerlendirmesi arasındaki ilişki Pearson korelasyon ile incelenmiştir.

### Araştırmanın Etik Yönü

Çocuk-ergen ve ebeveynlerine araştırma ile ilgili gerekli bilgiler verilmiş olup katılımcı onam formu ile kendilerinden yazılı onam alınmıştır. Araştırmanın yapılabilmesi için Ankara Üniversitesi Etik Kurulu'ndan onay alınmış ve araştırmanın yapılacağı Üniversite Hastanesi'nden yazılı kurum izinleri alınmıştır.

### Bulgular

Tablo 1'de çocuk-ergenlerin tanıtıcı ve hastalıklarına ilişkin özelliklerine yer verilmiştir. Çocukların yaşam kalitesi algıları  $55,8 \pm 20,0$  iken; ergenlerin yaşam kalitesi algıları  $58,9 \pm 22,2$  olarak saptanmıştır (Tablo 2). İstatistiksel olarak anlamlı olmamasına ( $p > 0,05$ ) karşın ergen grubun yaşam kalitesi algısı çocuğun yaşam kalitesi algısından daha yüksek bulunmuştur. Aynı zamanda her iki grupta da sosyal işlevsellik alanı puanı (69,9) diğer alt gruplara göre yüksek olarak bulunmuştur.

Hastalık tanısına göre çocuk-ergenlerin yaşam kalitesi algısı puanlarının değişip değişmediğini belirlemek için istatistiksel yöntemlerden tek yönlü ANOVA ile değerlendirilmiş ve buna göre hastalık tanısı ile yaşam kalitesi algısı ölçek toplam puanı arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p < 0,05$ ). Ölçeğin alt boyutlarında ise yalnızca sosyal işlevsellik alanında hastalık durumu ile arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır ( $p > 0,05$ ). Ortaya çıkan anlamlı sonuçların hangi hastalık gruplarında farklılaşmaya neden olduğunu belirlemek için ise çoklu karşılaştırma testlerinden Tukey HSD testi kullanılmıştır. Tukey HSD testinin sonuçlarına göre gözlenen anlamlı farklılaşmanın epilepsi hastalığı ile ayrı ayrı karaciğer, kalp ve lösemi hastalıkları arasında olduğu görülmüştür. Bu farklılıkların ölçeğin yalnızca fiziksel sağlık alt boyutu ile duygusal işlevsellik alt boyutunda olduğu görülmüştür.

Tablo 3'de çocuk-ergen ebeveynlerinin ölçekten aldıkları puan ortalamaları ve karşılaştırmaları verilmiştir. Yapılan analizlere göre ergen ebeveynlerinin yaşam kalitesi algısı değerlendirme puan ortalaması ( $51,6 \pm 14,7$ ) ve yaşam kalitesi alt ölçek puan ortalamaları, çocuk ebeveynlerinkinden ( $50,0 \pm 20,2$ ) biraz daha yüksek bulunmuş ancak istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ( $p > 0,05$ ).

Çocuğun (8-12 yaş) yaşam kalitesi değerlendirmesi ile ebeveynlerinin değerlendirmeleri Pearson Korelasyon analizi ile incelenmiştir. Buna göre, çocuğun yaşam kalitesi algısı değerlendirme puanları ile ebeveynlerin puanları arasında çok güçlü doğrusal bir ilişki olduğu belirlenmiştir ( $r = 0,90$ ;  $p < 0,01$ ). Yaşam kalitesi ölçeğinin alt boyutlarına göre en iyi uyumun psikososyal sağlık boyutunda olduğu bulunmuştur ( $r = 0,89$ ;  $p = 0,00$ ) (Tablo 4). Ergen (13-18 yaş) grubun yaşam kalitesi değerlendirmeleri ile ebeveynlerin değerlendirmeleri arasındaki istatistiksel ilişki ise pozitif yönde orta düzeyde bulunmuştur ( $r = 0,57$ ;  $p = 0,00$ ). Yaşam kalitesi alt boyutları arasındaki ilişki ise en güçlü duygusal işlevsellik alt boyutunda olduğu ( $r = 0,70$ ), en az uyumun ise okul işlevselliği alt boyutunda olduğu bulunmuştur ( $r = 0,25$ ) (Tablo 5). Tüm ilişkiler istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p < 0,01$ ).

**Tablo 1.** Çocuk-ergenlerin tanıtıcı özellikleri

Özellikler (n:71)	8-12 yaş		13-18 yaş		Toplam	
	N	%	N	%	N	%
<b>Cinsiyet</b>						
Kız	14	42,4	13	34,2	27	39,0
Erkek	19	57,6	25	65,8	44	62,0
<b>Öğrenim durumu</b>						
İlköğretim	33	100,0	18	47,4	51	71,8
Ortaöğretim	-	-	20	52,0	20	28,2
<b>Kardeş durumu</b>						
Tek çocuk	6	18,0	-	-	6	8,5
1-2 kardeş	18	55,0	21	55,0	39	55,0
3 ve üzeri	9	27,0	17	45,0	26	36,5
<b>Tıbbi Tanı</b>						
Böbrek hastalıkları	9	27,2	23	60,5	32	45,0
Karaciğer hastalıkları	5	15,2	6	15,8	11	15,5
Kalp hastalıkları	5	15,2	2	5,3	7	9,9
Lösemi	4	12,1	2	5,3	6	8,5
Epilepsi	4	12,1	-	-	4	5,6
Astım	2	6,1	1	2,6	3	4,2
Diğer*	4	12,1	4	10,5	8	11,3
<b>Hastalık tanısını aldığı yaş</b>						
0-2 yaş	18	54,6	16	42,1	34	47,8
3-6 yaş	4	12,1	10	26,3	14	19,7
7-12 yaş	11	33,3	6	15,8	17	24,0
13 yaş ve üzeri	-	-	6	15,8	6	8,5
<b>Hastaneye yatış sıklığı</b>						
15 günde bir	3	9,0	6	15,8	9	12,7
Her ay	7	21,2	14	36,8	21	29,6
2 ayda bir	2	6,1	2	5,3	4	5,6
3 ayda bir	9	27,3	10	26,3	19	26,8
6 ayda bir	12	36,4	6	15,8	18	25,4
<b>Toplam</b>	<b>33</b>	<b>100,0</b>	<b>38</b>	<b>100,0</b>	<b>71</b>	<b>100,0</b>

\*Tip 1 DM, HT, Hircburg Hast., FMF, Artrit, Kronik ileus

**Tablo 2.** Kronik hastalığı olan çocuk ve ergenlerin ÇİYKÖ'den aldıkları puan ortalamaları ve karşılaştırılması

Ölçek Alt boyutları	Çocuk 8-12 yaş	Ergen 13-18 yaş	Test İstatistiği	
	Ortalama± SS	Ortalama±SS	t	p
Fiziksel sağlık toplam puanı	55,9±26,0	57,2±27,3	-0,193	0,848
Duygusal işlevsellik puanı	49,5±22,8	52,5±24,8	-0,516	0,607
Sosyal işlevsellik puanı	65,7±24,0	72,8±20,8	-1,312	0,194
Okul işlevselliği puanı	49,3±19,9	54,0±20,1	-0,96	0,341
Psikososyal sağlık toplam puanı	54,9±19,1	59,8±20,5	-1,023	0,312
Ölçek toplam puanı	55,2±20,0	58,9±22,1	-0,711	0,481

**Tablo 3.** Kronik hastalığı olan çocuk-ergenlerin ebeveynlerinin ÇİYKÖ puan ortalamaları ve karşılaştırılması

Ölçek Alt boyutları	Çocukların ebeveynleri	Ergenlerin ebeveynleri	Test İstatistiği	
	Ortalama± SS	Ortalama±SS	t	p
Fiziksel sağlık toplam puanı	48,4±24,2	49,1±20,9	-0,131	0,896
Duygusal işlevsellik puanı	45,3±22,3	47,7±16,0	-0,527	0,601
Sosyal işlevsellik puanı	63,6±21,9	64,6±20,7	-0,19	0,851
Okul işlevselliği puanı	43,6±21,2	48,2±15,6	-1,048	0,298
Psikososyal sağlık toplam puanı	50,8±19,3	53,3±15,1	-0,616	0,541
Ölçek Toplam puanı	50,0±20,2	51,6±14,6	-0,385	0,701

**Tablo 4.** Kronik hastalığı olan çocuk ve ebeveynlerinin yaşam kalitesi alt boyutları puanları arasındaki ilişki

Ebeveyn Çocuk	Fiziksel sağlık toplam puanı	Duygusal işlevsellik puanı	Sosyal işlevsellik puanı	Okul işlevselliği puanı	Psikososyal sağlık toplam puanı
Fiziksel sağlık toplam puanı	0,803*	0,757	0,483	0,634	0,711
Duygusal işlevsellik puanı		0,882*	0,569	0,601	0,776
Sosyal işlevsellik puanı			0,881*	0,649	0,756
Okul işlevselliği puanı				0,703*	0,778
Psikososyal sağlık toplam puanı					0,895*

\*Pearson Korelasyon Analizi,  $p<0.001$

**Tablo 5.** Kronik hastalığı olan ergen ve ebeveynlerinin yaşam kalitesi alt boyutları puanları arasındaki ilişki

Ebeveyn Çocuk	Fiziksel sağlık toplam puanı	Duygusal işlevsellik puanı	Sosyal işlevsellik puanı	Okul işlevselliği puanı	Psikososyal sağlık toplam puanı
Fiziksel sağlık toplam puanı	0,499*	0,539	0,371	0,037	0,422
Duygusal işlevsellik puanı		0,705*	0,466	0,231	0,601
Sosyal işlevsellik puanı			0,578*	0,333	0,694
Okul işlevselliği puanı				0,251*	0,474
Psikososyal sağlık toplam puanı					0,638*

\*Pearson Korelasyon Analizi,  $p<0.001$

### Tartışma

Bu çalışma çocuk-ergen ve ebeveynlerinin yaşam kalitesi algılarının belirlenmesine yönelik tasarlanmıştır. Elde edilen bulgulara göre, ergenlerin yaşam kalitesi algıları, çocuğun yaşam kalitesi algısından daha yüksek bulunmuştur. Bu durumu bilişsel gelişimleri ele alınarak değerlendirecek olursak beklenen bir durum olabileceği söylenebilir. Piaget'ye göre 8-12 yaş çocuklar henüz somut dönemde olduklarından düşünce biçimleri farklıdır. Hastalığını anlamaya

başlar, ancak hala hastalığın yanlış bir şey yapmaktan kaynaklandığını ve cezalandırma olarak düşünür. Hastalıktan algıladıkları duyguları somut yakınmalarla tanımlayabilirler. Ölüm korkusu da bu dönemde gelişmektedir. Hastalıklarına ilişkin suskunluk ve bu konuda konuşmama onların hastalıklarını ölümcül olarak algılamalarına sebep olur. 13-18 yaş dönemdeki ergenler ise Piaget'ye göre soyut dönemde olduğundan, bu dönemdeki çocuklar erişkinlere daha yakın özellikler kazanmaya başlamışlardır.

Problemlerle baş etmede daha iyi olabilir ve soyut düşünebilirler (15). Dolayısıyla çocuk ve ergen grubun biri somut dönemde diğeri soyut dönemdedir. Bu nedenle 8-12 yaş çocukların yaşam kalitesi algılarının ergenlerden düşük saptanması gelişimsel döneminden kaynaklı olabileceğini düşündürmektedir. Çalışmada, ölçeğin alt boyutlarında ise hem çocuklarda hem de ergenlerde sosyal işlevsellik alanında daha yüksek yaşam kalitesi algısına sahip oldukları saptanmıştır. Bu sonucu, psikososyal gelişim kuramcısı Erikson'a göre değerlendirdiğimizde, arkadaşlık ve akran grubunun bu yaş dönemlerinde öne çıkması ile ilgili olduğundan kaynaklandığını düşündürmektedir.

Yapılan çalışmalara bakılacak olursa; 8-12 yaş gurubu çocukların ve 13-18 yaş ergenlerin ölçekten aldıkları toplam puan ortalaması her iki grupta da 80,7 olarak bulunmuştur (11). Çakın Memik ve arkadaşlarının 2007 yılında ergenlerin yaşam kalitesi algılarının belirlendiği çalışmalarında ölçek toplam puanı 77,3 (17); Varni ve arkadaşlarının 2003 yılında yine ergenlerde yaptıkları çalışmalarında ise 83,6 olarak bulunmuştur (18). Bir diğer çalışmaya göre ise çocuk ve ergen formlarında ölçek toplam puan ortalaması 79,6 olarak saptanmıştır (16). Çakın Memik ve arkadaşlarının (2008) 8-12 yaş grubu sağlıklı ve hasta olan çocuklar ve ebeveynlerinin yaşam kalitesi algılarının değerlendirildiği çalışmalarında çocuk formunda ölçek toplam puan ortalamasını 77,1 olarak saptamıştır (19). Klotsche ve arkadaşları 2013 yılında Juvenil İdiopatik Artrit hastaları ile yaptıkları çalışmalarında yaşam kalitesi algıları toplam puanını 75 olarak saptamışlardır (20). Sertçelik ve arkadaşları 2018 yılında doğuştan kalp hastalığı olan çocuklarda yaşam kalitesini değerlendirdikleri çalışmalarında çocukların yaşam kalitesi algılarının düşük olduğunu ve özellikle psikososyal alt boyutta anlamlı düzeyde düşük olduğunu belirtmişlerdir (21). 2018 yılında yapılan bir başka çalışmada ise kronik hastalığa sahip çocukların yaşam kalitesi algılarının 60.57 ile 68.21 puan arasında değiştiği belirtilmiştir (22). Orak hücreli anemisi olan çocuklar ile yapılan çalışmada ise çocukların yaşam kalitesi algıları 75.40 olarak saptanmıştır (23) Çalışmamızda çocuk grubunun ölçek toplam puanı 55,3 olarak saptanmıştır. Tüm bu sonuçlara göre çalışma

grubumuzun diğer çalışma gruplarına göre daha düşük yaşam kalitesi algılarına sahip olduğu söylenebilir. Bunun nedeni olarak, çalışma grubunun farklı tipte kronik hastalıklara sahip olmasından dolayı olduğu düşünülmektedir.

Yaşam kalitesinin alt boyutlarına göre incelediğimizde çalışmamızda en düşük puanın duygusal işlevsellik alanında, en yüksek puanın ise sosyal işlevsellik alanında olduğu saptanmıştır. Yağcı-Küpeli ve arkadaşlarının 2012 yılında kanser tanısı almış 8-18 yaş arasında değişen hastalar ile yaptıkları çalışmalarında fiziksel ve okul işlevselliği alt boyutunda belirgin düşüklük olduğunu saptamışlardır (24). Durualp ve ark. (2010) yaptıkları çalışmalarında kronik hastalığa sahip çocukların fiziksel sağlık puan ortalaması en düşük, sosyal işlevsellik puan ortalaması ise bizim çalışmamız ile benzer biçimde en yüksek düzeyde bulunmuştur (11). Sosyal işlevsellik alanında çocuk ve ergenlerin kişiler arası ilişkileri ile okuldaki yaşantılarına ilişkin bilgiler edinilmektedir. Bu sonuçlara göre çocuk ve ergenlerin sosyal işlevsellik alanında yüksek puanların görülmesinin aile ve arkadaşlarından sosyal çevresinden önemli ölçüde destek aldıkları söylenebilir.

Yaşam kalitesi ile ilgili Türkiye'de yapılan çalışmalarda ele alınan hasta grupları aynı hastalığa sahip çocuk ve ergenleri kapsamaktadır (13,21,25). Yani yaşam kalitesini değerlendirmek istedikleri kronik hastalığa sahip çocuk-ergenler seçilirken tek bir kronik hastalık belirlenmiş ve bu hastalığa sahip çocuk-ergenlerin yaşam kaliteleri algıları belirlenmiştir. Bu da aynı hastalığa sahip bireylerin yaşam kalitesi algıları arasında uyum olabileceğini düşündürmektedir. Çalışmamızda ise kronik hastalığa sahip farklı tanıları olan çocuk ve ergenler ele alınmıştır. Bu nedenle çalışmamızda elde edilen sonuçlara göre yaşam kalitesi algısı ölçek puanları yazındaki çalışmalardan elde edilen puanlardan daha düşük bulunmuştur. Diğer taraftan fonksiyonel kısıtlılık durumunun yani hastalığın görünür olmasının yaşam kalitesini düşürdüğü düşünüldüğünde, bizim çalışmamızda da böbrek hastalığı ve karaciğer hastalığı olan çocukların çoğunlukta olması ve bunların tipik dış görünüşleri, büyüme ve gelişmelerinde gerilik, tedavi ve kontroller nedeniyle okula devamsızlıklarının olması, astım ve migren gibi

hastalıklarına göre daha yüksek olmaktadır. Bunun da diğer çalışmalara göre bizim çalışmamızda yaşam kalitesi puan ortalamalarının daha düşük çıkmasına neden olduğu düşünülmektedir. Bu nedenle ileride yapılacak yaşam kalitesi ile ilgili çalışmalarda hastalık gruplarının ayrı ayrı değerlendirilmesinin daha özgül ve değerli sonuçlar ortaya koyacağı düşünülmektedir.

Çalışmamızda istatistiksel açıdan anlamlı olmamasına karşın ergen ebeveynlerinin yaşam kalitesi algısı değerlendirme puan ortalaması, çocuk ebeveynlerinkinden biraz daha yüksek bulunmuştur. ÇİYKÖ ile yapılmış araştırmalara baktığımızda Varni ve arkadaşlarının (2001) hasta ve sağlıklı çocuk-ergenlerin yaşam kalitesini değerlendirdikleri çalışmalarında, ebeveyn formlarında yaşam kalitesi ölçek toplam puan ortalaması 80,9 olarak bulunmuştur (16). Yine Varni ve arkadaşların (2003) ÇİYKÖ'ne göre çocuklarda yaşam kalitesinin geçerlilik ve güvenilirliğinin değerlendirildiği çalışmalarında ebeveyn formlarının yaşam kalitesi ölçek toplam puanı 79,4 olarak bulunmuştur (18). Çakın Memik ve arkadaşlarının (2007) ÇİYKÖ'nin 13-18 yaş ergen formunun geçerlilik ve güvenilirliğinin belirlenmesi amacıyla 230 sağlıklı ve kronik hastalığı olan ergenlerde yapmış olduğu çalışmada ebeveyn formunun toplam ölçek puan ortalaması 77,1 olarak bulunmuştur (17). 8-12 yaş grubu çocuk formunun geçerlilik ve güvenilirliğinin belirlendiği çalışmada ise ebeveyn formunun ölçek toplam puan ortalaması 74,4 olarak saptanmıştır (3). Sehlo ve Kampar'ın (2015) çalışmalarında ise ebeveynlerin yaşam kalitesi algıları 75.20 olarak saptanmıştır (23). Çalışmamızda ise ergen ebeveynlerinin yaşam kalitesi ölçek puanı daha düşük bulunmuştur. Yapılan bu çalışmalar, çalışmamız sonuçları ile karşılaştırıldığında, çalışmamızdaki ebeveynlerin ölçek puanlarının daha düşük değerlendirdikleri görülmektedir. Bu durum ebeveynlerin çocuklarının hastalıkları ile mücadele ederken aynı zamanda kendi gereksinim ve yaşantısı ile birlikte çocuklarının yaşam kaliteleri algılarını daha düşük belirlemesine neden olabilir.

Çalışmamızda çocuk-ergenin yaşam kalitesi algıları ile ebeveynlerinin değerlendirmeleri arasındaki ilişki incelenmiş, çocuk ve ebeveyni arasında güçlü bir ilişki görülmüş ancak ergen ve

ebeveyni arasında orta düzeyde bir ilişki olduğu saptanmıştır. Varni ve arkadaşlarının (2001) çalışmalarında, çocuk-ergen ve ebeveynler arasında ölçek toplam puanına göre uyumun orta derecede olduğu görülmüştür (16). Varni ve arkadaşlarının (2003) bir diğer çalışmasında yaşın artması ile uyumun arttığı gösterilmiştir (18). Çalışmamızda ise çocuk grubunda ebeveyn ile arasında daha güçlü bir uyumun olduğu ( $r=0,908$ ) ve bu durumun toplumumuzdaki aile içi ilişkilerinin kuvvetli olmasından kaynaklanabileceği düşünülmüştür. Çakın Memik ve arkadaşlarının (2008) 8-12 yaş grubundaki çalışmasında ise çocuk ve ebeveyn ÇİYKÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı, doğru orantılı ve orta-yüksek düzeyde korelasyonların bulunduğunu belirtmişlerdir (19). Çakın Memik ve arkadaşlarının (2007) 13-18 yaş ergen ve ebeveynleri arasındaki toplam ölçek puanına göre uyumun orta düzeyde ve anlamlı olduğu saptanmıştır (17). Bizim çalışmamızda Çakın Memik ve arkadaşlarının çalışmasına benzer biçimde ebeveynler arasındaki ilişki orta düzeyde ( $r=0,576$ ) bulunmuştur. Santral sinir sistemi tümörlü çocuklar ile yapılan bir araştırmada yaşam kalitesi puanları arasındaki uyumun tüm alt ölçeklerle beraber pozitif yönde yüksek korelasyonlara sahip olduğu bulunmuştur ( $r=0,78$ ) (26). McClellan ve arkadaşlarının (2008) orak hücreli anemi tanısı almış 84 çocuk ve ergen ile yapmış olduğu bir çalışmada çocuklar ve ebeveynlerinin değerlendirdikleri yaşam kalitesi puanları arasında güçlü bir ilişki olduğunu belirlemişlerdir (27). Ölçek alt boyutlarında ise özellikle fiziksel sağlık ile psikososyal sağlık alanında önemli bir ilişki olduğunu saptamışlardır (27). Çalışmamızda da çocuk ve ebeveynlerinin hem ölçek toplam puanında hem de fiziksel sağlık ve psikososyal sağlık alanında güçlü ve yüksek ilişkilerin olduğu saptanmış ve istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Buna göre McClellan ve arkadaşlarının çalışması ile çalışmamız sonuçlarının benzerlik gösterdiği görülmektedir.

Yazına göre yaşam kalitesi ile ilgili çocuk ve ebeveyn değerlendirme sonuçlarının birbirine çok yakın olması beklenmemektedir (2). Ancak ÇİYKÖ ile yapılan çalışmaların çoğunda ebeveyn ve çocuk formları arasında uyum olduğu ve bu uyumun ise en fazla fiziksel sağlık alanında, en az ise okul işlevselliği ve sosyal işlevsellik alanlarında olduğu belirtilmiştir (13,18,26,27). Çalışmamızda



ergenler ile ebeveynleri arasında en az uyumun okul işlevselliği alanında olduğu görülmüştür. Bu sonucun ise ebeveynin çocukla birlikte okulda olamaması ve arkadaş ilişkilerini gözlemlememesi ve ergenin gelişimsel özelliğine özgü aileden çok akran ilişkilerinin önemli olduğu ve bağımsızlığını kanıtlamaya çalıştığından aile ilişkilerindeki uzaklıktan kaynaklandığı düşünülmektedir. Yapılan diğer çalışmalar (13,16,17,19) incelendiğinde çocuk-ergen ile ebeveynin değerlendirdiği yaşam kalitesi puan ortalamaları arasında önemli ölçüde uyum olduğu belirtilmektedir. Yazındaki çalışma sonuçları çalışmamız destekler nitelikte olup, çocuk-ergen ve ebeveynleri arasında uyum olduğu görülmüştür.

Sonuç olarak, çalışmamızda çocuk-ergen değerlendirmesi ile elde edilen yaşam kalitesi puanları arasında yalnızca sosyal işlevsellik alanında yüksek algılara sahip oldukları, diğer alanlarda ise daha düşük yaşam kalitesi algılarına sahip oldukları görülmüştür. Bu nedenle çocuk-ergenlerin özellikle okul işlevselliği alanında aileleri ile ilişki kurulmalı ve kontroller sırasında ya da hastanede yatış sırasında hemşirelerin hastalarına bütüncül yaklaşım felsefesi ile yaklaşarak eğitim durumunun sorgulanması ve sorun olduğundan kuşkulandığında ise sorunun ve nedenlerinin tespitinin yapılarak çözüm önerileri sunulmasının önemli olacağı düşünülmektedir. Diğer bir yönden okul hemşireliğinin bu noktada ne derece önemli olduğu ve okullarda atlanılmaması gereken bir meslek dalı olduğu unutulmamalıdır. Yine çocuk-ergenlerin okul alanında daha düşük yaşam kalitesi algılarına sahip olduklarından okuldaki diğer çocukların bilinçlendirilmesi ve bu konuda okul hemşireliğinin önemli rol olacağı düşünülmektedir. Yaş grubu düştükçe yaşam kalitesi algılarının düştüğü görülmüştür. Bu nedenle küçük yaş gruplarında daha dikkatli olunmalıdır. Çalışmamızda çocuk ve ebeveynlerinin uyumu kuvvetli olmasına karşın ergen-ebeveynlerinin uyumu orta düzeyde saptanmıştı. Bu nedenle ergen ve ebeveynlerine destek ve eğitim verilmesinin önemli olacağı ve aralarındaki ilişkilerinin olumlu yönde kuvvetleneceği düşünülmektedir. Kronik hastalığa sahip çocuk ve ergenlerin hastalıklarının gruplandırıldığı hastalığa özgü yaşam kalitesini etkileyen etmenlerin ortaya çıkarılmasının daha

özgü ve değerli olacağı ve ebeveynlerinde yaşam kalitelerinin değerlendirilmesinin çocukların bütüncül bakımının planlanmasında önemli rol oynayacağı düşünülmektedir.

Araştırmaya, çocuk ve ergenlerin %42,7'si katılmak istemediği ya da ölçeği yanıtlayacak bilişsel yeterliliğe sahip olmadığı için çalışmaya katılmamıştır. Bu nedenle elde edilen sonuçların genellenebilmesi için daha geniş popülasyonlarda çalışmalara gereksinim olduğu düşünülmektedir.

### Teşekkür

*Araştırmaya katılmayı kabul eden tüm çocuklara, ergenlere ve ebeveynlerine teşekkürlerimi sunarım.*

**İletişim:** Tufan Aslı Sezer

**E-posta:** tasezer@ankara.edu.tr

### Kaynaklar

1. Öztürk C, Ayar D. Tip 1 Diabetes Mellitus'lu çocuklarda yaşam kalitesi ve önemi. DEUHYO ED 2013;6(2):99-101.
2. Demirağ S A. Kronik hastalıklar ve yaşam kalitesi. Türkiye Klinikleri J Fam Med-Special Topics 2015;6(6):6-9.
3. Eiser C, Morse R. Quality-of-life measures in chronic diseases of childhood. Health Technol Assess 2001;5:1-156.
4. Sönmez S, Başbakkal Z. Türk çocuklarının pediatrik yaşam kalitesi 4.0 envanterinin (pedsq 4.0) geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. Türk Klinik J Pediatr 2007;16:229-37.
5. Tayaz E, Koç A. Engelli bireye bakım verenlerde algılanan bakım yükü ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi. Medical Journal of Bakirkoy 2018;14(1):44-52.
6. Ulusal Hastalık Yükü Çalışması Sonuçları ve Çözüm Önerileri 2017. Erişim 21 Aralık 2018, at [http://www.tip.hacettepe.edu.tr/ekler/pdf/ulusal\\_program.pdf](http://www.tip.hacettepe.edu.tr/ekler/pdf/ulusal_program.pdf)
7. Çavuşoğlu H. Çocuk sağlığı hemşireliği. 10. Baskı. Ankara. Sistem Ofset Basımevi; 2013.
8. Erdoğan A, Karaman MG. Kronik ve ölümcül hastalığı olan çocuk ve ergenlerde ruhsal sorunların tanınması ve yönetilmesi. Anadolu Psikiyat De 2008;9:244-252.
9. Er M. Çocuk, hastalık, anne-babalar ve kardeşler. Çocuk Sağlığı Hast. Derg 2006;49:155-68.
10. PayotA, Barrington KJ. The quality of life of young children and infants with chronic medical problems: Review of the literature. Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care 2011;41:91-101.
11. Durualp E, Kara FN, Yılmaz V, Alaybeyoğlu K.

- Kronik hastalığı olan ve olmayan çocukların ve ebeveynlerinin görüşlerine göre yaşam kalitelerinin karşılaştırılması. Ankara Univ Tıp Fak Mecm 2010;63(2):55-63.
12. Üneri Ö, Çakın Memik N. Çocuklarda yaşam kalitesi kavramı ve yaşam kalitesi ölçeklerinin gözden geçirilmesi. Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi 2007;14:48-56.
  13. Üneri ÖŞ, Turgut S, Öner P, Bodur Ş, Rezaki B. Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu olan 8-12 yaş grubu çocuklarda yaşam kalitesi değerlendirmesi. Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi 2010;17(1):27-32.
  14. Kurt AS, Çetinkaya Ş. Lösemili çocuklarda yaşam kalitesi ve hemşirelik bakımı. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi 2006;3(8):8-12.
  15. İnal FN, Pekcanlar A. Kronik hastalıklar, hastaneye yatış ve çocuk. Dokuz Eylül Üniv Tıp Fak Derg 2008;22(2):99-105.
  16. Varni JW, Seid M, Kurtin PS. The Pedsqtlm 4.0: Reliability and validity of the pediatric quality of life inventory tm version 4.0 generic core scales in healthy and patient populations. Med Care 2001;39:800-12.
  17. Çakın Memik N, Ağaoğlu B, Coşkun A, Üneri Ö, Karakaya I. Çocuklar için yaşam kalitesi ölçeğinin 13- 18 yaş ergen formunun geçerlik ve güvenilirliği. Turk Psikiyatri Derg 2007;18(2):1-12.
  18. Varni JW, Bruwinkle TM, Seid M. The Pedsqtlm 4.0 as a pediatric population health measure: feasibility, reliability and validity. Ambul Pediatr 2003;3:329-41.
  19. Çakın Memik N, Ağaoğlu B, Coşkun A, Karakaya I. Çocuklar için yaşam kalitesi ölçeğinin 8-12 yaş çocuk formunun geçerlik ve güvenilirliği. Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi 2008;15(2):87-98.
  20. Klotsche J, Minden, K, Thon, A, Ganser G, Urban A, Horneff G. Improvement in health-related quality of life for children with juvenile idiopathic arthritis after start of treatment with etanercept. Arthritis care & research 2014;66(2):253-262.
  21. Sertçelik T, Alkan F, Sapmaz ŞY, Coşkun Ş, Eser E. Doğuştan kalp hastalığı olan çocuklarda yaşam kalitesi. Turk Pediatri Arsivi 2018;53(2).
  22. Akkuş SY, Ayhan AB. Kronik hastalığı olan çocukların davranışlarının ve yaşam kalitelerinin incelenmesi. Türkiye Çocuk Hastalıkları Dergisi 2018;1-7. (inpress) doi: 10.12956/tjpd.2018.394
  23. Sehlo MG, Kamfar HZ. Depression and quality of life in children with sickle cell disease: the effect of social support. BMC Psychiatry 2015;15(1):78.
  24. Yağcı Küpeli B, Akyüz C, Küpeli S, Büyükpamukçu M. Health-related quality of life in pediatric cancer survivors: a multifactorial assessment including parental factors. J Pediatr Hematol Oncol 2012;34:194-199.
  25. Taş F, Yılmaz HB. Pediatrik onkoloji hastalarında yaşam kalitesi kavramı. Türk Onkol Derg 2008;23(2):104-7.
  26. Bhat SR, Goodwin TL, Burwinkle TM, Lansdale MF, Dahl GV, Huhn SL. Profile of daily life in children with brain tumors: An assessment of health-related quality of life. J Clin Oncol 2005;23(24):5493-500.
  27. McClellan CB, Schatz J, Sanchez C, Roberts CW. Validity of the pediatric quality of life inventory for youth with sickle cell disease. J Pediatr Psychol 2008;33(10):1153-62.

Meral Demirören<sup>1</sup>

DOI: 10.17942/sted.447352

Geliş/Received : 24.07.2018  
Kabul/Accepted : 18.02.2019

### Öz

Birçok sağlık sorunu, sosyal, çevresel, ekonomik ve politik ortamların/koşulların birbiriyle iç içe geçmiş bağlamlarında ortaya çıkar. Bu da, sağlık sorunlarına hem bireysel hem de ilgili tarafların koordinasyonu ve işbirliği ile yanıtlar verilmesini gerektirir. Topluma karşı sosyal sorumluluğun geliştirilmesinde sağlık sistemi yanı sıra, tıp fakültelerine de görev düşmektedir. Günümüzde tıp fakültelerinden eğitim, araştırma ve hizmet uygulamalarını hizmet sundukları topluluk, bölge ve/veya ülkenin öncelikli sağlık sorunları doğrultusunda yönlendirme yükümlülüğünü yerine getirerek sosyal güvenilir tıp fakülteleri olmaları ve toplumdaki sağlık eşitsizliklerini gidermeye katkı sağlamaları beklenmektedir. Tıp fakülteleri sosyal sorumluluk duygusu ve bilinci gelişmiş, hastalarının yaşamlarında, hizmet sundukları toplumda, sağlık politikası ve sağlık sistemleri düzeyinde olumlu bir değişim yaratabilecek mezunlar verecek biçimde tıp eğitimi programlarını geliştirmelidir. Bu amaçla, hizmet sunumuyla öğrenme, topluma dayalı tıp, dağıtılmış tıp eğitimi gibi eğitimsel yaklaşımları eğitim programlarına entegre etmeli, etkisini izlemeli ve değerlendirmelidir. Böylece, tıp fakülteleri hem öğrencilerine sosyal sorumlulukla ilgili yeterlikleri kazandırarak hem de toplum sağlığına katkı sağlayan çalışmalar/ projelerin uygulanmasına olanak sağlayarak kendi kurumsal sosyal sorumluluklarını yerine getirebilirler.

**Anahtar sözcükler:** Sosyal sorumluluk, Tıp eğitimi, Hizmet sunumuyla öğrenme, Topluma dayalı tıp, Dağıtılmış tıp eğitimi

### Abstract

Many health problems arise in mutual interaction of social, environmental, economic and political contexts. Therefore, responses to health problems are required to be formed through both individual and collective approaches of stakeholders. Medical schools are accountable for the development of social responsibility to society, as well as the health system. Today, medical schools are expected to become socially accountable institutions as fulfilling their obligation to shape their educational, research and service facilities in direction of guiding the primary health problems of their community, region and country and contributing to the elimination of inequalities in the health care of the society. Medical faculties should develop their medical education programs to produce graduates with a sense of social responsibility and awareness, ability to create a positive change in the lives of their patients, in the society they serve, in terms of health policy and health systems. For this purpose, they should integrate educational approaches such as service learning, community-based medicine and distributed medical education into their education programs and monitor and evaluate their effects. Thus, medical schools can fulfil their institutional social responsibilities by providing their students with competencies related to social responsibility as well as by enabling the implementation of studies/projects that contribute to public health.

**Key words:** Social responsibility, Medical education, Service learning, Community-based medicine, Distributed medical education

Sorumluluk, "kişinin kendi davranışlarını ya da kendi yetki alanına giren herhangi bir olayın sonuçlarını üstlenmesi, sorum, mesuliyet" olarak tanımlanır (1). Sorumluluk, insanların davranışlarının ya da olumsuz neticeler doğurabilecek olaylara müdahale etmedikleri durumların sonuçlarını kabullenebilmesi olarak tanımlanabilir. Sorumluluğun gelişmesinde, insanların kendileri için ve içinde yaşadıkları toplum için geliştirdikleri duygu, düşünce ve davranışlar etkilidir (2).

### Sosyal sorumluluk

İnsanlar, kendilerine karşı bireysel sorumluluklara ve yaşadıkları sosyal ortama karşı sosyal sorumluluklara sahiptir. Sosyal sorumluluk, bireyin, kendi çıkarlarının yanı sıra toplum yararını geliştirecek ve koruyacak biçimde hareket etmesidir. Sosyal sorumluluk, yalnızca bireysel haklara saygı duymakla sınırlı değildir, aynı zamanda, insan olmanın temel bir özelliği olarak toplumun iyiliğine nasıl katkıda bulunabileceği ile ilgilidir (3). Doğaya ve çevreye saygılı olmak, sosyal sorunlara duyarlı olmak, örgütsel vatandaşlık ve ahlaki değerlere sahip olmak, sosyal sorumluluğa sahip insanların temel özellikleri arasında sayılabilir (4).

Sosyal sorumluluk, bireysel ve kurumsal boyutu olan bir kavramdır. Bireysel sosyal sorumluluk, bireyin içinde yaşadığı toplumu, toplumdaki güç dağılımını, sorunları ve sorunların kaynaklarını bilmeleri ve bunların çözümüne katkı sunmalarıdır (5). Kurumsal sosyal sorumluluk, kurum ve kuruluşların tüm paydaşlarına ve topluma karşı etik ve sorumlu davranması, bu yönde kararlar alması ve uygulaması gerektiği şeklinde tanımlanabilir. Kurumsal sosyal sorumluluk, kurumların eylemlerinin toplum ve çevre üzerindeki etkilerinden sorumlu olmak için takip etmeleri gereken bir ilke olarak da tanımlanır (6).

Tıpta, "sorumluluk" kavramı, genel kullanımdan biraz daha farklı anlamlara ve ahlaki çıkarımlara sahiptir. Birçok sağlık sorunu, sosyal, çevresel, ekonomik ve politik ortamların/koşulların birbiriyle iç içe geçmiş bağlamlarında ortaya çıkar ve dolayısıyla yalnızca bireysel yanıtları/tepkileri değil, aynı zamanda toplu ve koordineli tepkileri de gerektirir. Toplumun refahı, bireysel iyiliğin ve bireysel sorumluluğun bir parçası olarak kabul

edilmelidir. Bu bağlamda sosyal sorumluluk, sosyal vicdana vurgu yapar, iyi bir hasta bakımı sunmak için hastaları etkileyen eşitsizlik, güç ve ayrıcalık sistemlerini tanıma ve karşılıklı etkileşimlerini anlama ve bunların nasıl geliştirilebileceği ile ilgilenir (3).

Tıp, birey olarak hastanın iyiliğini sağlama ve hasta-hekim ilişkisinin önceliği ile toplumun sağlık gereksinimlerini karşılama ihtiyacını dengelemelidir. Bir başka ifade ile, bireysel olarak nitelikli hasta bakımı ile herkes için sağlığı sağlama arasında bir denge kurulmalıdır. Dünya Sağlık Örgütü 1978'de "herkes için sağlık" hedefini, "*toplumun tüm üyelerinin mümkün olan en iyi sağlık durumuna sahip olması*" şeklinde tanımlamıştır. Sağlık kurumlarının toplumların sağlık gereksinimlerini karşılama görevleri, nitelik ve hakkaniyet (equity) kavramları ile açıklanabilir. Nitelik, bireysel sağlığa olan bağlılığı, hakkaniyet ise toplumun tümüne en iyi sağlık hizmetini sunmaya bağlılığı temsil eder. Etik yönüyle açıklanmaya çalışılırsa, etik bir eksen boyunca, bir uçta yarar ve sadakat, diğerinde sosyal adalet ve yönetim yer alabilir (7).

Günümüzde dünya genelinde tıbbi uygulamalar önemli ölçüde ticarileşmiştir. Buna karşılık olarak, sağlık otoriteleri sosyal olarak sorumlu davranışları teşvik etmek için çeşitli stratejiler geliştirmektedir. Bu stratejiler arasında sağlık sistemi değişiklikleri yanı sıra, tıp eğitiminin de sosyal sorumluluk bilinci ve duyarlılığına sahip hekimler yetiştirme anlamında geliştirilmesine yönelik çabalar yer almaktadır (8). Tıp eğitimi tamamlayan bir hekimden, hekim rolleri için yetkin olması ve bu roller için tanımlanan mesleki uygulamaları uygun biçimde yerine getirmesi beklenir. Kanada Kraliyet Hekimler ve Cerrahlar Koleji, hekim rollerini yedi başlıkta tanımlamıştır: tıp uzmanı, profesyonel, iletişimci, bilim insanı, sağlık savunucusu, işbirlikçi-ekip üyesi, lider. Sosyal sorumluluk, profesyonel ve sağlık savunuculuğu rolü ile çok yakından ilişkilidir. Sağlık savunuculuğu rolü, bireylerin ve toplumun sağlığını geliştirmek için, onların gereksinimlerini anlama, gereksinimlerini karşılamak üzere onlarla birlikte çalışma, gerektiğinde savunuculuklarını yapma ve bir değişim yaratmak üzere kaynak yaratmaya katkı sağlama ya da itici güç olma şeklinde tanımlanır. Sağlık savunucu rolü hekimlerin birey ve toplum

düzeyinde savunmasız/örselenebilir ya da marjinal toplulukların gereksinimlerinin karşılanmasına bir hekim olarak katkı sağlamayı kapsar (9, 10). Profesyonel rol ise, bir hekim olarak etik ve yasal uygulamalar, nitelikli mesleki davranışlar, mesleğe ve topluma karşı hesap verebilir/güvenilir uygulamalar, kişisel sağlığını ve gelişimini sürdürerek bireysel olarak hastaların ve toplumun sağlığına ve iyilik haline katkı sağlamak şeklinde tanımlanır (9). Roemer, tıbbın sosyal sorumluluğunun etik kodları temelinde bir hekimin özelliklerini aşağıdaki biçimde tanımlamıştır (8):

- Her durumda, hastaların ve toplumun hastalık ve yaralanmalarını önlemek ve sağlıklarını sürdürmek ve geliştirmek için çalışmak,
- Tüm insanların onuruna saygı göstermek, statülerine ve getireceği maddi kazançta bakmaksızın, sağlık gereksinimlerine uygun hizmet sunmak,
- Yoksul insanların daha büyük sağlık sorunları olacağına farkında olmak, onların gereksinimlerine yanıt vermek için özel çaba göstermek,
- Rasyonel bilimsel bir gerekçe olmaksızın kaynak savurganlığı yapmamak,
- Çevrenin yaratacağı sağlık tehlikelerine karşı dikkatli olmak ve bu tür tehlikeleri ortadan kaldırmak için ilgililerle çalışmak,
- İnsanlara yaşadıkları ve çalıştıkları ortamlarda ve kendi hekimliğine en çok gereksinim duyulan toplumlarda hizmet sunmak,
- Etkin ve etkili sağlık hizmeti sunmak için sağlık çalışanlarıyla işbirliği içinde çalışmak,
- Tıp alanındaki gelişmeleri izlemek ve uygulamalarına yansıtma,
- Mevzuatın uygulanması için kamusal otorite ile işbirliği yapmak.

### **Tıp fakülteleri için sosyal sorumluluk**

Sağlık eşitsizliklerini gidermeye yönelik stratejilerden birisi, tıp fakültelerinin sağlık eşitsizliklerini gidermek için sosyal sorumluluklarını yerine getirmeleridir (6). Dünya Sağlık Örgütü, 1990'lı yılların başında sosyal olarak güvenilir tıp fakültesi ve tıp eğitimi kavramlarını geliştirmiştir (11-13). 1995'de Dünya Sağlık Örgütü tıp fakültelerinin sosyal güvenilirliğini şu biçimde tanımlamıştır: *Tıp*

*fakültelerinin eğitim, araştırma ve hizmet sunumlarını hizmet sundukları topluluk, bölge ve/veya ülkenin öncelikli sağlık sorunları doğrultusunda yönlendirme yükümlülüğüdür. Öncelikli sağlık sorunları, hükümetler, sağlık bakım organizasyonları ve toplum ile birlikte belirlenebilir* (14). Bu tanımda tıp fakülteleri ile toplum, sağlık yöneticileri, sağlık profesyonelleri ve politika belirleyiciler arasındaki işbirlikçi ilişkiler öne çıkmaktadır (13).

Tıp fakülteleri hem formal hem de örtük programlarında sosyal güvenilirliğe tutarlı bir biçimde bağlılık göstermelidir.

Taraflarla/paydaşlarla işbirlikçi etkili çalışmalar yaparak, eğitim, hizmet ve araştırma kaynaklarını bölgesindeki toplumun öncelikli sağlık sorunlarını anlamaya ve onlara yöneltmeye odaklanmalıdır (15).

Sosyal sorumluluk ve hesap verebilirlik arayışı, tıp ve toplum arasındaki sosyal sözleşmeyi tanımlama, güçlendirme, koruma ve sürdürme yönünde uzun süredir devam eden bir girişimdir. Tıp mesleğinin topluma ve kamu yararına hizmet karşılığında belirli hak ve ayrıcalıklara sahip olacağı bir anlaşmadır (16-20).

2010 yılında 130 organizasyon ve bireysel liderlerin katılımı ile uluslararası referans grup tarafından "Sosyal Güvenir Tıp Fakülteleri için Evrensel Uzlaşma Dökümanı" geliştirilmiştir. Sosyal güvenilir tıp fakültesi olabilmek için dört özgün bileşen tanımlanmıştır (21):

1. Toplumun mevcut ve gelecekteki sağlık gereksinimlerine ve zorluklarına yanıt vermek,
2. Eğitim, araştırma ve hizmet önceliklerini bu gereksinimlere göre yeniden yönlendirmek,
3. Diğer paydaşlar ve yönetim ile ortaklıkları güçlendirmek,
4. Performansın ve etkinin değerlendirilmesi için değerlendirme ve akreditasyonu kullanmak.

Sosyal güvenilirlik kavramını gerçekliğe dönüştürmek amacıyla, aktif olarak katılan bireyler ve kurumlardan oluşan Sağlık Eşitliği için Eğitim Ağı (THEnet) oluşturulmuştur. THEnet,

eğitim, araştırma ve hizmet kaynaklarını hedef toplumun sağlık öncelikleri ve sağlık sistemi gereksinimlerine yönelik olarak yönlendirmeye bağlılık gösteren tıp ve sağlık bilimleri okullarını kapsamaktadır. Temel amaç, özellikle hizmet götürülmeyen olmak üzere tıp fakültelerinin hizmet sundukları (hedef) toplumlardaki eşitlik ve sağlık çıktılarını geliştirmektir (22).

### **Tıp eğitimi ve sosyal sorumluluk**

Tıp mezunlarının, bireylerin ve toplumların giderek artan ve değişen sağlık gereksinimleri ve yaşadıkları sosyal zorlukları tanıması ve yanıt oluşturması, mesleki bilgi ve becerileri kazanması ve tıpta kullanılan teknolojilerde ustalaşmadan daha fazlasını gerektirir (15). Tıp eğitiminde öğrencilerin her yerde sağlık bakımını bir insanlık hakkı olarak uygulayacak, sosyal sorumluluğu derinlemesine anlayacak, sağlık ve hastalığın sosyal belirleyicilerinin farkında olacak ve yanıt verecek biçimde eğitilmeleri hedeflenmelidir (8).

Tıp öğrencilerinin sağlık ve sağlık bakımındaki eşitsizlikler, sağlığın sosyal belirleyicileri hakkında bilgi sahibi olması önemlidir, ancak yeterli değildir. Toplumun öncelikli sağlık gereksinimleri bağlamında, insanların sağlık ihtiyaçlarına özellikle sağlık hizmeti alma bakımından hassas/öncelikli gruplara duyarlı olmaları gerekmektedir (3). Tıp öğrencilerinin eğitimleri çoğunlukla üçüncü basamak sağlık hizmetlerinin sunulduğu üniversite hastanelerinde gerçekleşmektedir (23). Bu nedenle, tıp eğitimi sürecinde öğrencilerin topluma karşı kendilerini sorumlu hissetmeleri ve güvenilir olmalarını sağlama çabası giderek daha çok önem kazanmaktadır (7,8,12,24,25). Lisansüstü Tıp Eğitimi Akreditasyon Konseyi ve Kanada Kraliyet Hekimler ve Cerrahlar Koleji gibi çeşitli otoriteler, tıp eğitimi ve uygulamasında sosyal sorumluluk konusunda akreditasyon standartları yayınlamıştır.

Tıp eğitiminde öğrencilerde sosyal sorumluluk duygusu ve bilincinin geliştirilmesi, hastalarının yaşamlarında, hizmet sundukları toplumda, sağlık politikası ve sağlık sistemleri düzeyinde olumlu bir değişim yaratabilmeleri hedeflenir. Bu amaçla, tıp eğitiminde hizmet sunarak öğrenmenin (service-learning) eğitim programına entegre edilmesi önemlidir (3).

Hizmet sunarak öğrenme (HSÖ), hazırlık, yapılandırma, değerlendirme ve refleksiyon

süreçlerinin yer aldığı yapılandırılmış ve topluma hizmet yoluyla öğrenme deneyimidir. Öğrenciler, toplumun gereksinimlerine yanıt oluşturmak üzere hizmet sunarken, hizmetin sunulduğu bağlamı, hekimlik rollerini öğrenir ve sınıfta öğrendikleri bilgiler ile uygulama arasında bağlantı kurarlar. HSÖ'nün merkezinde sağlığın sosyal belirleyicileri olmalıdır (26). Sağlığın sosyal belirleyicileri, politik, demografik, epidemiyolojik, çevresel, kültürel ya da ekonomik olarak insanların sağlığını bireysel ve toplumsal olarak olumlu ya da olumsuz etkileyen faktörlerdir. Bunlar arasında yaşam koşulları, etnik köken, sosyoekonomik durum, cinsel tercih, cinsiyet, yaş, yaşanılan coğrafya, eğitim, özrürlük yer almaktadır (27,28). Öğrenciler, hizmet uygulamaları ile temas ettikleri toplulukları ve bu toplulukları biçimlendiren temel özellikleri daha iyi anlayabilirler (26). HSÖ, bir ihtiyaç değerlendirmesini takiben, bireylerin, organizasyonların ve kurumların harekete geçirildiği projelerle ya da çalışmalarla gerçekleştirilir. Hizmet ve öğrenmenin birleşmesi, öğrencilerin toplum yararına yönelik bir fark yaratmaya olan bağlılıklarını sürdürmelerine de yardımcı olur (29).

HSÖ'nün felsefi temelleri, öğrenme için bilgi ve becerilerin deneyim ile etkileşmesinin kilit öneme sahip olduğunu savunan John Dewey'e dayanır. Deneyimsel öğrenme, öğrencilerin merakını ve problem çözmeyi teşvik ettiğinden içsel olarak değerlidir. HSÖ'de refleksiyon kilit öneme sahiptir. Refleksiyon, tıp öğrencilerine, deneyimlerini analiz etmeleri ve bunlardan çıkarımlarda bulunarak tepki vermelerini sağlayarak, sağlığın sosyal belirleyicilerine yönelik anlamalarını güçlendirir. Refleksiyon yazılı, sözlü ya da kritik olay bildirimisi şeklinde olabilir (30,31). Hizmet sunumu, tıp öğrencilerinin hekimlik mesleğinin sorumluluk ve özgecil nedenlerini yeniden keşfetmelerine yardımcı olur (32). İnsanlara hizmet vermek ve yaşamlarını iyileştirmek, tıp mesleğini seçmenin en önemli nedenleri arasındadır ve tıp öğrencileri yaygın olarak bu istekle tıp eğitimine başlarlar. HSÖ, bu yaklaşımı güçlendiren ve pekiştiren bir eğitimsel yaklaşımdır ve öğrencilerin sorumluluk ve sosyal adalet duygusunu gelişmelerine yardımcı olur (29).

HSÖ, gönüllülükten farklıdır, resmi bir eğitim programına ya da yapısına bağlıdır ve toplumdaki

sosyal değişimi etkileme potansiyeline sahip değildir (26). HSÖ'de dersin uygulaması sınıftan daha çok toplumun içinde gerçekleştirilir. Önemli olan öğrencilerin projeler geliştirmeleri değil, geliştirdikleri projeleri uygulamaları ve uygulamaları üzerine refleksiyon yapmalarıdır. Eğitiminin rolü, rehberlik etme, yönlendirme, yol gösterme, çalışmaları gözlemlemedir (5).

Tıp eğitiminde HSÖ, seçmeli, seçime dayalı ve zorunlu ders/kurs programları şeklinde sunulmaktadır. HSÖ programları, toplum içinde ve okullarda sağlıklı davranışlar geliştirmeye yönelik girişimler biçiminde olabilmektedir. Örneğin, diyet, egzersiz, stres ve rahatlama, cinsel sağlık, öz- saygı, uyuşturucu ve alkol bağımlılığı konuları. Klinik temelli HSÖ programları olabilmektedir. Örneğin, Alzheimer hasta bakımı, doğum öncesi bakım, genel klinik bakım aktiviteleri. Bir diğer grup HSÖ programları ise, sosyal adalet ve insancıl paradigma ile sağlık savunuculuğu, sağlık hizmetlerine erişim, ve kaynak yaratma konularında uygulanmaktadır (30).

Stewart ve Wubben'a'nın, HSÖ programlarına yönelik literatür değerlendirme çalışmasında, tıp öğrencileri için HSÖ programlarının öğrenme çıktıları/kazanımları üç kategoride toplanmıştır (30):

1. Kişi/kişilerler arası beceriler: Ekip çalışması ve işbirliği, liderlik, iletişim, çeşitlilik.
2. Akademik bilgi ve mesleki beceriler: Klinik beceriler ve konuya özel bilgi, problem çözme ve eleştirel düşünme, öz-güven ve öz-yeterlik, hekim rolü ve çalışma ortamı/uzmanlık, toplum sağlığı belirleyicilerini ve politikalarını anlama.
3. Sivil katılım ve sosyal sorumluluk: Sosyal adalet ve toplum için destek.

Tıp eğitiminde kapsamlı, seçim yapma olanağı sunan ve tüm öğrencilere katılma fırsatı sunan HSÖ programları değerlidir. HSÖ'de topluma hizmet, doğrudan, dolaylı, savunuculuk ve insancıl faaliyetlere ilişkili olabilir. Kentsel, kırsal ve uluslararası ortamlarda olabilir. Üniversite-toplum ortaklığı kurulması, fırsatları genişletebilir ve öğrencilere farklı toplulukların sağlık gereksinimleri ile karşılaşma olanağı sunar.

Ulaşılabilirlik nedeni ile, kentsel ortamlarda HSÖ uygulamaları daha yaygındır. Kırsal, doğal afet ve uluslararası ortamlarda HSÖ uygulamaları daha azdır. Kırsal ve doğal afet bölgelerinde HSÖ, öğrencilere sınırlı kaynaklarla çalışmayı; uluslararası HSÖ, küresel vatandaşlık ve kültürler arası farkındalığı geliştirme, dil engellerini aşma ve yeni dilleri öğrenme olanağı sağlayabilir (30). Borges ve Hartung'un çalışmasında, her öğrenciden beş yıllık tıp eğitimi programı boyunca her akademik yılda ayda dört saatlik hizmet sunması beklenmiş ve "hizmet", ihtiyaç sahibi, yetersiz hizmet alan ve/veya korunmasız insanlara ya da topluluklara fayda sağlamayı amaçlayan çalışma olarak tanımlanmıştır. Öğrenciler bu tanım içinde herhangi bir hizmet fırsatını seçmekte özgür bırakılmıştır (32).

Literatürde HSÖ, "topluma dayalı eğitim" ya da "topluma dayalı tıbbi katılımcı öğrenme" olarak da tanımlanmaktadır. Topluma dayalı tıp eğitimi (TDTE), tıp eğitiminin üçüncü basamak üniversite hastaneleri dışında toplum içinde uygulanmasıdır. TDTE, kurum ziyaretleri, ev ziyaretleri, birinci basamakta gözetim altında çalışma, alan çalışmalarına katılım, sağlık eğitimi ve erken tanı programları gibi sağlığı geliştirmeye yönelik programlara katılma şeklinde olabilir. Temel sağlık hizmetleri felsefesini temel alır ve odağında sağlığın sosyal belirleyicileri vardır (33). Hunt ve arkadaşları, "HSÖ" ya da "TDTE" tanımını kullanan çalışmaları, 1990 – 2008 arasında literatürü sistematik bir biçimde analiz ederek değerlendirmiştir. Analiz sonucunda, HSÖ ve TDTE terimlerinin açıkça örtüştüğünü belirtilmiştir. Örneğin, tıp fakültesinin daha büyük bir toplumun sağlığına yanıt verme misyonuna atıfta bulunan ya da toplum üyelerinin sağlık önceliklerinin belirlenmesinde yer aldığını belirten makalelerin çoğunluğu "HSÖ" terimini kullanmıştır. Öğrencileri yerel (community) eğiticiler rehberliğinde yerel kliniklere yerleştiren programları tanımlayan çalışmalar, "HSÖ" yerine "TDTE"i kullanmıştır. Her iki kavramın da kullanıldığı makalelerde işbirlikçi ortaklıklar geliştirme ve öğrencilere toplum sağlığını öğretme ve sisteme dayalı uygulamalar için fırsatlar sunma temaları ortaya çıkmıştır (34).

Burrows ve arkadaşları, HSÖ'de başarı için öğrencilerin projeleri seçerken esnek olmalarının

ve öğrenci liderliğinin kritik olduğunu belirlemiştir. Esneklik, öğrencilere bir kontrol duygusu verir ve hem öğrenme hem de zaman yönetimi açısından ilgi alanlarına ve ihtiyaçlarına uygun bir proje bulmalarını sağlar. Öğrencilerin kendilerinin yürüttükleri ve liderlik yaptıkları projeler daha çok desteklenmektedir (35). HSÖ'de hem ihtiyaç analizi hem de uygulama süreçlerinde toplum katılımını sağlama ve tıp fakülteleri ile toplum arasında ortaklıklar kurulması ve sürdürülmesi önemlidir. Ortaklıklar geliştikçe, karşılıklı bilgi ve beceri aktarımı yoluyla her iki taraf da son derece fayda görür. Öğretim üyeleri ve tıp öğrencileri topluma teknik ve bilimsel uzmanlıklarını sunarken, toplum üyelerinden de kültürleri, sağlık öncelikleri ve sağlığın sosyal belirleyicileri hakkında bilgi alırlar (34).

Tıp eğitiminde sosyal sorumluluk bilinci ve duyarlılığının geliştirilmesi ile ilgili bir diğer eğitimsel yaklaşım dağıtılmış tıp eğitimidir (DTE) (distributed medical education). DTE, coğrafi sınırlar boyunca öğrenmeyi kolaylaştırmak için tasarlanır ve gelişmiş teknolojileri kullanır. DTE'nin öncelikli amacı tıp eğitiminde coğrafi engelleri yıkmaktır. Bu nedenle DTE'de yerinden yönetim, topluma dayalı eğitim ve kırsal ortamlarda eğitim önemlidir. Sıklıkla iletişim teknolojisi kullanılarak kırsal ve kentsel öğrenme ortamları ağı oluşturulur. DTE'de teknoloji kullanımı (video konferans sistemleri, elektronik öğrenme materyalleri/değerlendirme araçları/eğitim yönetimi araçlarının kullanımı) sosyal yatırım olarak kabul edilmektedir (36). Kanada'nın Tıp Fakülteleri Derneği "entegre, öğretme ve öğrenme ağını kullanan merkezi bir sağlık eğitimi modeli" tanımlamıştır. Bu model, öğrencilerin bağlam içinde öğrenmesini, bir öğrenme-öğretme ağına dahil olmasını, pratisyenliğe değer vermesini, ve öğrenme deneyimlerinin toplum katılımı ve girdiler tarafından durumsallaşmasını ve biçimlenmesini kapsar. Bir başka örnek, Flinders Üniversitesi Paralel Kırsal Klinik Programıdır. Güney Avustralya'nın Riverland bölgesinde başlatılan program, 4 yıllık tıp eğitimi programının üçüncü yılı boyunca kırsal alan ve yerel hastane uygulamalarını kapsar. Program, bölgede özel çalışan genel pratisyen hekimlerin süpervizyonu, yerel ve merkezi uzmanlar tarafından desteklenir (37). Program değerlendirme bulguları, programın klinik eğitimi genişletmesi; mezunları sağlık hizmeti alamayan bölgelerde çalışmaya teşvik etmesi; özel

pratisyen hekimlerle birlikte sürdürülebilir bir tıp eğitimi gerçekleştirilmesi ve tıp öğrencisinde fedakarlık ve hümanizmi teşvik etmesi açısından değerli olduğunu ortaya koymuştur. Öğrenciler, hastalarla, aile hekimleri ve sağlık personeli ile ilişkilerini geliştirdiklerini; aynı hastayı zaman içinde gördüklerini, hastalıklarını ve sağlık bakımı almalarını takip ettiklerini (evden hastaneye kadar); hastalar ve eğiticiler ile bağlamında çalıştıklarını, böylece mesleki uygulamalarının, hastalık ve sağlık hizmetleri üzerindeki etkisini görme ve deneyimleme şansına sahip olduklarını; eğitimsel gelişimlerine ek olarak bireysel olarak kişisel ve profesyonel gelişimlerini destekleyen rehberlik ve koçluk aldıklarını ve doğrudan hasta bakımına katkıda bulunarak sorumluluk duygularının geliştiğini bildirmiştir (37).

2005 yılında Kanada'daki Kuzey Ontario Tıp Okulu, tıp öğrencilerine Aborjin topluluklarının ihtiyaçlarını ve özelliklerini anlamaları ve onların sağlığı ve refahına katkıda bulunmak için neler yapılabileceğini öğrenmeleri için fırsatlar yaratmıştır (38).

Tıp eğitiminin coğrafi olarak farklı öğrenme ortamlarında verilmesi, geleceğin hekimlerini farklı mesleki uygulamalara ve ortamlara hazırlamak için onlara deneyim fırsatı sağlar. Ancak, DTE'nin zorlukları da vardır. Öncelikle, çok-alanlı eğitim ortamında, coğrafi mesafeler nedeniyle öğrencilerin ilgisini çekmek güç olabilir. Özellikle klinik temelli öğretim için öğrenme ortamındaki farklılık, hem eğiticiler hem de öğrenciler için özel hazırlık çalışmaları gerektirir. Sistemler düzeyinde, kaynak, insanlar ve alan açısından kaynak kısıtlılıkları olabilir (30).

Gelecekteki hekimlerde sosyal sorumluluk bilincini geliştirmeye odaklanan bir tıp eğitimi programı, yenilikçi, işbirlikçi, katılımcı ve dönüştürücü olan öğrenme-öğretme yaklaşımlarını uygulamalıdır. Öncelikle, programda sosyal farkındalık ve sorumluluk için fırsatların en iyi nasıl yaratılabileceğinin araştırılmalıdır. Tıp fakültesinde sosyal sorumluluk kültürünün yaratılması önemlidir (3). Toplumsal olarak sorumlu tıp eğitimi programlarının temel özellikleri (11):

- Öğrenen merkezli, hasta merkezli, topluma dayalı, hizmet sunumuna dayalı, ve bilgi iletişim teknolojisi ile destekli yaklaşımları içermesi.



- Öğretim üyelerinin ve programın topluma hizmete bağlılığı vurgulanması ve modellenmesi.
- Tıp eğitimi süresince eğiticilerin öğrencilerine sosyal sorumlu hekim davranışlarını modellemesi önemlidir. Modellenen eğitici davranışlarına örnekler (3):
- Kendi çalışma alanları ile ilgili savunuculuk faaliyetlerini belirlemek ve katkı sağlamak.
- Kanıta dayalı önleme ve sağlığı geliştirme girişimlerini hasta, topluluk ve toplum düzeylerinde uygulamak.
- Klinik karşılaşmalar dışında sağlığı etkileyen faktörleri belirlemek ve yanıt vermek.
- Hasta bakımını engelleyen faktörleri incelemek ve bunlara yanıt vermek.
- Konuyu iyi anlamaya katkıda bulunacak araştırmaları teşvik ederek ve/veya onlara katılarak savunuculuk için bilimsel bir yaklaşım benimsemek.

Ülkemizde tıp fakülteleri eğitim programlarında öğrencilerine sosyal sorumluluk bilinci ve duyarlılığı kazandırmaya yönelik zorunlu ve/veya seçmeli derslere giderek daha fazla yer vermektedir. Tıp fakülteleri sosyal sorumluluklarını hem tıp eğitimi yoluyla öğrencilerine bireysel sosyal sorumluluk yeterliğini kazandırarak hem de topluma katkı sağlayan projeler geliştirerek ve uygulanmasını sağlayarak yerine getirmektedir. Sosyal sorumluluk projeleri/uygulamaları, öğrencilere farklı sosyal ortamlarda bulunarak, toplumun ihtiyaçlarını ve beklentilerini yaşayarak öğrenme, organize bir biçimde sorumluluklarını yerine getirme fırsatı sunar. Bu deneyimler öğrencilerin fakültelerine ve topluma olan aidiyet duygularını geliştirir (40).

Sonuç olarak, sosyal sorumluluğu geliştirmeye yönelik eğitsel çabalar, başarılı tıp eğitimi programlarının tamamlayıcısı ve gerekli bir bileşeni olarak görülmelidir. Bu bağlamda, tıp fakülteleri ile sağlık bakım sisteminin ana paydaşları olan politika yapıcılar, sağlık yöneticileri, sağlık çalışanları, diğer akademik kurumlar ve toplum ile katılımcı ve işbirlikçi çabalar gerekli ve önemlidir.

**İletişim:** Dr. Meral Demirören

**E-posta:** meraldemiroren@gmail.com

## Kaynaklar

1. <http://www.tdk.gov.tr> Accessed June 28, 2018, at
2. Başer EH, Kılınc E. Küresel sosyal sorumluluk ölçeği: Geçerlik ve güvenilirlik çalışması. Sakarya University Journal of Education, 2015 Aralık/December: 75-89.
3. Dharamsi S, Ho A, Spadafora SM, Woollard R. The physician as health advocate: Translating the quest for social responsibility into medical education and practice. *Academic Medicine* 2011;86:1108-1113.
4. Bayraktar G, Tozoğlu E, Gülbahçe Ö, Öztürk ME, Gülbahçe A. Evaluation of individual social responsibility level of university students for sport and other different variables. *International Refereed Academic Journal of Sports, Health and Medical Sciences* 2016;Issue 18: 77-88.
5. Yılmaz K. Eğitim fakültelerinin sosyal sorumluluğu ve topluma hizmet uygulamaları dersi: Nitel bir araştırma. *Kuramsal Eğitimbilim* 2011;4(2):86-108.
6. Puschela K, Rojasa P, Erazob A, Thompsonc B, Lopeza J, Barrosa J. Social accountability of medical schools and academic primary care training in Latin America: principles but not practice. *Family Practice* 2014;Vol. 31, No. 4:399-408.
7. Francis CK. Medical ethos and social responsibility in clinical medicine. *Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine* 2001;Vol. 78, No. 1.
8. Roemer M. Medical ethics and education for social responsibility. *The Yale Journal of Biology and Medicine* 1980;53:251-266.
9. CanMEDS Physician Competency Framework, 2015.
10. Dharamsi S, Richards M, Louie D, Murray D, Berlandi A, Whitfield M, Scott I. Enhancing medical students' conceptions of the CanMEDS health advocate role through international service-learning and critical reflection: A phenomenological study. *Medical Teacher* 2010a;32: 977-982.
11. Preston R, Larkins S, Taylor J, Judd J. From personal to global: Understandings of social accountability from stakeholders at four medical schools. *Medical Teacher* 2016;38: 987-994.
12. Schofield A & Bourgeois D. Socially responsible medical education: innovations and challenges in a minority setting. *Medical Education* 2010;44: 263-271.
13. Woollard RF. Caring for a common future: medical schools' social accountability. *Medical Education* 2006;40:301-313.
14. World Health Organization, Division of Development Human Resources for Health. Defining and measuring the social accountability of medical schools. Geneva: World Health Organization, 1995.

15. Woollard B & Boelen C. Seeking impact of medical schools on health: meeting the challenges of social accountability. *Medical Education* 2012;46:21-27.
16. McCurdy L, Goode LD, Inui TS, et al. Fulfilling the social contract between medical schools and the public. *Academic medicine: Journal of the Association of American Medical Colleges* 1997;72(12):1063-1070.
17. Wasylenki D, Byrne N, & McRobb B. The social contract challenge in medical education. *Medical Education* 1997;31(4):250-258.
18. Wynia MK. The short history and tenuous future of medical professionalism: the erosion of medicine's social contract. *Perspectives in Biology and Medicine* 2008;51(4):565-578.
19. Cruess RL & Cruess SR. Expectations and obligations: professionalism and medicine's social contract with society. *Perspectives in Biology and Medicine* 2008;51(4):579-598.
20. Parboosingh J. Medical schools' social contract: more than just education and research. *Canadian Medical Association Journal* 2003;168(7):852-853.
21. <http://healthsocialaccountability.org> Accessed June 28, 2018, at.
22. Larkins SL, Preston R, Matte MC, Lindemann IC, Samson R, Tandinco FD, Buso D, Ross SJ, Palsdottir B, Neusy A-D & on behalf of The Training for Health Equity Network (THEnet). Measuring social accountability in health professional education: Development and international pilot testing of an evaluation framework. *Medical Teacher* 2013;35:32-45.
23. Crandall SJS, Volk RJ, Cacy D. A Longitudinal investigation of medical student attitudes toward the medically indigent. *Teaching and Learning in Medicine* 1997;Vol. 9, No. 4: 254-260.
24. Butler WT. Academic medicine's season of accountability and social responsibility. *Academic Medicine* 1992;67(2):68-73.
25. Faulkner LR, McCurdy RL. Teaching Medical Students Social Responsibility: The Right Thing to Do. *Academic Medicine* 2000;75:346-350.
26. Parsi K, List j. Preparing Medical Students for the World: Service learning and global health justice. *Medscape J Med.* 2008;10(11):268.
27. Sandhu G, Garcha I, Sleeth J, Yeates K, Walker GR. AIDER: A model for social accountability in medical education and practice. *Medical Teacher* 2013;35: e1403-e1408.
28. Rourke J. Social Accountability in Theory and Practice; *Annals of Family Medicine* 2006;4 (Suppl 1):45-48.
29. Elam CL, Sauer MJ, Stratton TD, Skelton J, Crocker D, Musick DW. Service learning in the medical curriculum: Developing and evaluating an elective experience. *Teaching and Learning in Medicine* 2003;15:3:194-203.
30. Stewart T, Wubbena ZC. A Systematic Review of service-learning in medical education: 1998-2012. *Teaching and Learning in Medicine* 2015;27:2:115-122.
31. Dharamsi S, Espinoza N, Cramer C, Amin M, Bainbridge L, Poole G. Nurturing social responsibility through community service-learning: Lessons learned from a pilot Project. *Medical Teacher* 2010b;32:905-911.
32. Borges NJ, Hartung PJ. Service learning in medical education: Project description and evaluation. *International Journal of Teaching and Learning in Higher Education* 2007;Volume 19, Number 1:1-7.
33. Dent J, Harden RA. A practical guide for medical teachers. London, UK; New York, NY: Churchill Livingstone. 2013.
34. Hunt JB, Bonham C, Jones L. Understanding the goals of service learning and community-based medical education: A systematic review. *Academic Medicine* 2011;86:246-251.
35. Burrows MS, Chauvin S, Lazarus CJ, Chehardy P. Required service learning for medical students: Program description and student response. *Teaching and Learning in Medicine* 1999;11:4:223-231.
36. MacLeod A, Kits O, Whelan E, Fournier C, Wilson K, Power G, Mann K, Tummons J, Brown PA. Sociomateriality: A theoretical framework for studying distributed medical education. *Academic Medicine* 2015;90:1451-1456.
37. Couper ID, Worley PS. Meeting the challenges of training more medical students: lessons from Flinders University's distributed medical education program. *MJA* 2010;193:34-36.
38. Hudson GL, Maar M. Faculty analysis of distributed medical education in Northern Canadian Aboriginal communities Rural and Remote Health 2014;14: 2664. (Online).
39. Wong RY, Chen L, Dhadwal G, Fok MC, Harder K, Huynh H, Lunge R, Mackenzie M, McKinney J, Ovalle W, Rauniyar P, Tse L, Villanyi D. Twelve tips for teaching in a provincially distributed medical education program. *Medical Teacher* 2012;34:116-122.
40. <http://tip.akdeniz.edu.tr/wp-content/uploads/2016/10/Toplumsal-duyarli%20C4%B1%20C4%B1k-tanitim-metni.pdf> Accessed June 28, 2018, at.



The Role of Nurse in Prevention of Postmenopausal Osteoporosis  
and in Changing Patients' Health Beliefs

Nurcan Kolaç<sup>1</sup>, Ayşe Yıldız<sup>2</sup>

DOI: 10.17942/sted.436306

Geliş/Received : 07.11.2018  
Kabul/Accepted : 25.02.2019

**Öz**

Osteoporoz, günümüzde gittikçe artan ve toplumun büyük bir kesimini etkileyen önemli bir halk sağlığı problemidir. Uluslararası Osteoporoz Vakfına (International Osteoporosis Foundation) göre, dünyada 34 milyon kişinin osteoporoz hastalığı ile karşı karşıya olduğu tahmin edilmektedir. Osteoporozun en önemli komplikasyonu kırıklara neden olmasıdır. Özellikle kalça kırığı yaşayanlarda mortalite oranı ilk iki yıl içinde % 12-20'dir. Dünya'da osteoporozdan etkilenen kişilerin yaklaşık olarak %40'ını postmenopoz dönemdeki kadınlar oluşturmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü tarafından osteoporoz mortalite ve morbidite açısından, postmenopoz dönemdeki kadınlar için kardiyovasküler risklerden sonra ikinci sırada gösterilmektedir. Osteoporozdan korunma, birinci basamak sağlık hizmetleri içinde önemli bir yer tutmaktadır. Hemşirelerin postmenopoz dönemdeki kadınların sağlık inançlarında olumlu davranış değişikliği oluşturmak amacıyla planlanmış sağlık eğitim çalışmaları bulunmaktadır. Bu çalışmalarda kadınların diyetle kalsiyum alma oranında, egzersiz yapma davranışlarında olumlu gelişmeler olduğu belirtilmektedir. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin yürütülmesinde hemşirelerin hizmet verdiği gruplara kaliteli zaman ayırma konusunda sınırlılıklar yaşayabileceği düşünülmektedir. Hemşireler aile hekimliğini sık kullanma olasılığı bulunan postmenopoz dönemdeki kadınları, osteoporozdan koruyabilmek için onların sağlık inanç ve tutumlarını belirleyebilir özellikle beslenme, egzersiz yapma güneşlenme gibi kemik sağlığını korumaya yönelik bilgi ve davranışları konusunda motive edebilir.

**Anahtar sözcükler:** Postmenopoz, Kadın, Osteoporoz, Önleme, Sağlık inancı, Hemşirelik

**Abstract**

Osteoporosis is an important and ever-increasing public health problem which affects a large part of the society today. According to the International Osteoporosis Foundation, it is estimated that 34 million people worldwide are suffering from osteoporosis. The most important complication of osteoporosis is bone fractures. The mortality rate among people, particularly among those who experienced hip fracture is 12-20% in the first two years. Approximately 40% of people affected by osteoporosis in the world are postmenopausal women. According to the World Health Organisation, osteoporosis is the second most common cause of mortality and morbidity among postmenopausal women after cardiovascular risks. Osteoporosis prevention has an important place in primary healthcare. There are health education studies for nurses planned in order to promote positive behaviour changes in the health beliefs of postmenopausal women.

In these studies, it is remarked that there are positive changes in dietary calcium intake and exercise behaviours of women. It is thought that nurses may experience some constraints in devoting quality time to patient groups during primary healthcare services. Nurses may shape the health beliefs and attitudes of the postmenopausal women who are likely to utilize family medicine frequently, in order to protect them from osteoporosis. In particular, nurses can motivate them regarding their knowledge and behaviours such as nutrition, exercise, sunbathing to protect bone health.

**Key words:** Postmenopause, Woman, Osteoporosis, Prevention, Health belief, Nursing

1 Marmara Ü. Sağlık Bilimleri Fak. Hemşirelik Bölümü, İstanbul (Orcid No: 0000-0002-8258-0998)  
2 Biruni Ü. Sağlık Bilimleri Fak. Hemşirelik Bölümü, İstanbul (Orcid No: 0000-0002-4209-9067)

## Giriş

Osteoporoz, günümüzde gittikçe artan ve toplumun büyük bir kesimini etkileyen önemli bir halk sağlığı problemidir. Uluslararası Osteoporoz Vakfına (International Osteoporosis Foundation) göre, dünyada 34 milyon kişinin osteoporoz hastalığı ile karşı karşıya olduğu tahmin edilmektedir (1). Amerika, Avrupa ve Japonya'da ise toplam 75 milyon kişinin osteoporoz olduğu tahmin edilmektedir; Avrupa'da 2025 yılına gelindiğinde yaklaşık 33,9 milyon kişinin osteoporoz tanısı alabileceği bildirilmektedir (2,3). Osteoporoz yaşam kalitesini etkileyen, sakatlık ve ölümlere yol açan bir hastalıktır (3). Osteoporozun en önemli komplikasyonu kırıklara neden olmasıdır. Özellikle kalça kırığı yaşayanlarda mortalite oranı ilk iki yıl içinde %12-20'dir. Yaşla birlikte artan kırıklar sonrası hastaların %50'si başkalarına bağımlı duruma gelmektedir. Kırıkların birden fazla bölgede olmasının mortaliteyi artırdığı bildirilmektedir (1,3).

Amerika'da, postmenopoz dönem kadınların %30'unda osteoporoz bulunmaktadır. Seksen yaş ve üzeri kadınlarda ise osteoporoz sıklığı %70'e kadar yükselmektedir (3,4). Dünya'da üç kadından birinin osteoporotik kırık açısından riskli olduğu tahmin edilmektedir. İki yüz milyon kadının osteoporozdan etkilendiği, bu kadınların %20-25'inin ise yaşamlarının bir döneminde kırık deneyimi yaşayabileceği bildirilmektedir (4,5). Dünya'da osteoporozdan etkilenen kişilerin yaklaşık olarak %40'ını postmenopoz dönemdeki kadınlar oluşturmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından osteoporoz mortalite ve morbidite açısından, postmenopoz dönemdeki kadınlar için kardiyovasküler risklerden sonra ikinci sırada gösterilmektedir (5).

Türkiye'de osteoporoz prevalansını değerlendiren çalışmalar sınırlı olmakla birlikte, Demir ve ark.'nın postmenopoz dönemdeki kadınlarla (2769 kişi) osteoporoz risk faktörlerini değerlendirdiği bir çalışmada osteoporoz sıklığı %16,2, osteopeni sıklığı ise %39,2 olarak bulunmuştur (6). Taşkale ve ark.'nın postmenopoz dönemdeki 1100 kadınla yaptığı çalışmada osteoporoz sıklığı %36,8 olarak bulunmuştur (7). Bilgen ve ark.'nın 324 kadınla yaptığı çalışmada her beş kadından dördünde

kemik mineral yoğunluğu (KMY) değerinde azalma olduğunu belirlemiş, osteoporoz prevalansını %25,3, osteopeni prevalansını ise %54,6 olarak bulmuştur (8).

Türkiye Osteoporoz Derneği (TOD) ve Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) iş birliği ile osteoporoz prevalansı ve osteoporotik kalça kırığı insidansını belirlemek amacıyla yapılan çalışmada (FRACTURK) 50 yaş ve üstü bireylerin yarısında osteopeni, dörtte birinde ise osteoporoz bulunmuştur. Aynı çalışmada osteopeni prevalansı %49,6, osteoporoz prevalansı ise %24,8 olarak belirtilmektedir (9).

Kastamonu ilinde yaşayan Türk kadınlarında kemik mineral yoğunluğu ve osteoporozun bölgesel risk faktörlerinin değerlendirildiği (KASTÜRKOS) çalışmasında 50 yaş ve üstü kadınlarda osteoporoz oranı %19,6 olarak bulunmuştur (10).

Yapılan çalışmalarda osteoporoz ve osteoporozla ilgili olası komplikasyonların kadınların günlük yaşamlarını kısıtladığı ve yaşam kaliteleri üzerinde etkili olduğu bildirilmiştir. Bu nedenlerle kadınlarda koruyucu sağlık davranışlarını kazanmak ve sürdürmek son derece önemlidir. Koruyucu önlemlerin başarıya ulaşması postmenopoz dönemdeki kadınların diyetlerinde yeterli kalsiyum alması, egzersiz yapması ve önerilen yaşam biçimi davranışlarını sürdürmesi ile mümkün olacaktır (1,4,11).

Osteoporozdan korunmada, birinci basamak sağlık çalışanlarının önemli rolü bulunmaktadır. Literatürde hemşirelerin postmenopoz dönemdeki kadınların sağlık inançlarına temellendirilmiş sağlık eğitim çalışmaları bulunmaktadır. Bu çalışmalarda kadınların diyetle kalsiyum alma oranında, egzersiz yapma davranışlarında ve sağlık inançlarında olumlu gelişme olduğu belirtilmektedir (1,2,4,5). Kılıç ve arkadaşlarının premenopoz dönemdeki kadınlarla yaptığı araştırmada eğitim programı sonrasında kadınların osteoporoz ciddiyet algısında, egzersiz yapmanın, kalsiyumdan zengin beslenmenin faydaları, egzersiz yapma engellerinin kalktığı ve sağlık motivasyonlarında anlamlı düzeyde gelişim gösterdikleri bulunmuştur (11).

## **Osteoporozdan Korunma**

Osteoporozun oluşmasında genetik faktörler önemli bir yer tutmakla birlikte, osteoporoz bireylerin koruyucu bazı davranışlarda bulunması ile önlenemeyen bir hastalıktır (1,2,4,5,11).

Osteoporozdan korunmada en önemli hedef kemik mineral yoğunluğunun korunmasıdır. Bu nedenle kadınların çok küçük yaşlardan itibaren kalsiyumdan ve D vitamininden zengin beslenmesi, fiziksel aktivite yapma ve güneşlenme gibi olumlu sağlık davranışlarının yaşam biçimi haline dönüştürmesi gerekir (1,2,3,11).

## **Osteoporozdan Korunmada Kalsiyumdan Zengin Beslenme**

Kalsiyum normalde, vücutta 1,2 kg bulunmaktadır. Bunun %99'u kemik ve dişlerde depolanırken, geri kalanı vücut sıvılarında ve yumuşak dokularda bulunur. Kalsiyumun vücutta başlıca iki temel görevi vardır. Bunlardan biri yapısal bütünlüğü sağlamak, bir diğeri ise metabolik işlevleri düzenlemektir. Kalsiyum hücresel yapının fonksiyonları, kalp kasının kontraksiyonu, enzim faaliyetleri ve kanın pıhtılaşması için gerekli bir mineraldir. Son bilimsel araştırmalar osteoporoz riskini azaltmak için gerekli tüm diğer besin bileşenleri de olmak üzere aynı anda kalsiyum ve D vitamininin uygun miktarlarda alınması gerektiğini göstermektedir. Literatürde 19 ile 70 yaş arasındaki kadınların günlük 1000-1200mg kalsiyum ve bazı kaynaklarda ise 1500 mg alması gerektiğini belirtmektedir (12).

Literatürde düşük kalsiyum ve D vitamini alımına bağlı kırıkların meydana geldiği kanıtlanmıştır. Kanıt temelli çalışmalarda kırıkların %10'nun düşük kalsiyum alımına bağlı geliştiği bulunmuştur. Düzenli ve yeter miktarda kalsiyum alımının kemik mineral yoğunluğunda %20 artış oluşturabildiği kanıtlanmıştır. Literatürde kadınların günlük diyetinde almaları gereken kalsiyumun miktarının yarısından daha azını tükettikleri bulunmuştur (13,14,15). Hemşireler osteoporozdan korunmada yaptıkları eğitim programları ile kadınların diyetinde kalsiyum alma miktarında önemli artışlar sağlamışlardır. Hemşireler, diğer sağlık ekibi ile birlikte diyetinde düzenli ve yeterli miktar kalsiyum almanın önemine yönelik eğitimler vermeli ve verilen eğitimin etkinliğini değerlendirmelidirler (1,2,4,5,11,13).

## **Osteoporozdan Korunmada Egzersiz**

Sedanter yaşam süren kadınlarda osteoporoz gelişme riski yüksektir. Egzersiz kemik kütlelerinin korunmasında etkilidir. Kırıkların önlenmesi ve düşme riskinin azaltılması için düzenli ağırlık taşıyıcı ve kas güçlendirici egzersiz yapılması önerilir. Winzenberg ve ark.'nın yaptığı çalışmada egzersiz yapma ile femur boyu kemik mineral yoğunluğunda artış bulunmuştur (16). Literatürde egzersiz programları, postür, denge ve koordinasyon, germe ve relaksasyon ile vücut ağırlığında yapılan aerobik egzersizlerinden oluşmaktadır. Kasların güçlendirilmesi amacıyla yapılan pilates, yoga gibi egzersizlerin de direnç ve dengeyi geliştirerek düşmelere karşı koruduğu bildirilmektedir. Yürümenin yanı sıra düzenli olarak her gün birkaç dakika sırt ve postür egzersizleri yanı sıra dans, merdiven çıkma, tenis oynama ve ağırlık kaldırma gibi fiziksel aktiviteler yapılabilir. Kemik üzerine uygulanan dinamik stresler, biyolojik yanıt olarak kemik kitlesinde artışa neden olur. Bu olay en belirgin olarak genç yaştan itibaren düzenli spor yapan kadınlarda görülmüştür. Düzenli egzersiz yapan kadınların menopoz yaşına geldiklerinde toplam kemik kitleleri, sedanter yaşam sürenlere kıyasla yüksektir (2,3). Angin ve ark.'nın yaptıkları çalışmada, osteoporozlu yaşlı hastalarla yapılan grup egzersizin kemik mineral yoğunluğu ve yaşam kalitesi üzerinde olumlu etkileri olduğunu bulmuştur (3).

Kuvvetlendirme egzersizleri, taşınabilen ağırlıklarla el ya da ayak bileğine takılan ağırlıklar ile uygulanır. Giderek artan ağırlıkların uygulanması yatarak ya da tercihen oturarak setler halinde yapılmalıdır. Bu egzersiz programları sürdürüldüğünde kemiğe aşırı yüklenmekten kaçınılmalıdır (3). Germe egzersizleri, eklemlerin fleksibilitesini sağlayarak düşme ve yaralanmalardan korur. Denge egzersizlerinin yaşlı kadın ve erkeklerde düşmeleri %50 oranında önlediği çeşitli çalışmalarda bildirilmektedir. Denge egzersizlerinin haftada üç kez, kuvvetlendirme egzersizlerinden sonra yapılması önerilmektedir. Postmenopoz dönem kadınlarda eklem sorunları artabileceğinden, egzersiz programlarına premenopoz dönemde başlanması önerilir (3).

Yapılan çalışmalarda yüksek güçlü egzersizlerin kas gücünü, dayanıklılığını ve dengeyi artırdığı,

ayrıca kalça kemik mineral yoğunluğu değerlerinde artma oluşturduğu bildirilmektedir. Tan ve ark. osteoporozun %23 oranında yeterli egzersiz yapmamaya bağlı olarak geliştiğini bulmuştur. (17). Literatürde Türkiye’de kadınların düzenli olarak egzersiz yapma oranlarının düşük olduğu bildirilmektedir. Karadağ’ın çalışmasında kadınların %59,7’sinin düzenli spor yapmadığı, Koç ve ark.’nın çalışmasında kadınların %80’inin önerilen biçimde egzersiz yapmadığı bulunmuştur (18,19). Hossein ve ark.’nın yaptığı çalışmada ise kadınların yalnızca %41’inin nadiren egzersiz yaptıklarını bulmuştur (20). Sedanter yaşam süren kişilerde düzenli fiziksel aktivitesi olanlara göre, osteoporoz görülme oranının %40 daha fazla olduğu bulunmuştur. Pamuk ve ark.’nın yaptığı çalışmada osteoporoz sıklığı ile fiziksel aktivite arasında bir ilişki bulunmamasına karşın fiziksel aktivitesi yüksek olanlarda %8,6, orta düzeyde olanlarda %11,4, sedanter yaşam sürenlerde ise %26,9 olarak osteoporoz bulunmuştur (21).

### **Osteoporozdan Korunmada D Vitamini**

Güneş vitamini olarak tanımlanan D vitamini kadın sağlığı için önemlidir. Son dönem araştırmalarda D vitamininin kemik sağlığını korumasının yanında eksikliği durumunda, başta osteopeni, osteoporoz yetişkinlerde kırıklar, otoimmün hastalıklar, hipertansiyon, enfeksiyöz hastalıklar ve kardiyovasküler hastalıklar olmak üzere, kanser, diyabet, hipertansiyon, depresyon, arteroskleroz, multiple skleroz gibi hastalıkların gelişmesinde D vitamininin rolü olabileceği bildirilmektedir (22). Günlük diyetle alınan D vitamini düzeyi düşüktür ve günlük ihtiyacı karşılayamamaktadır. D vitamini deriden ultraviyole radyasyon ile sentezlenir.

Türkiye’nin bulunduğu enlemde D vitamin sentezi Mayıs-Kasım ayları arasında gerçekleşmektedir. Sentezin gerçekleşebilmesi için güneşin cilde direkt teması gereklidir. Uygun güneşlenme için ışın açısı saat 10.00-15.00 arasındadır. El, kol, bacak ve yüz açık bir biçimde bu saatlerde dışarda bulunulduğunda D vitamini sentezlenebilmektedir.

Güneşlenirken güneş koruyucu kullanmak, cam arkasında bulunmak doğru bir güneşlenme şekli değildir. Uygun saatlerde vücudun %70’i bir minimal eritem dozunda ciltte pembeleşme ile 10000-25000 IU D vitamini sentezleyebilir. Kol ve

bacakların yarım eritem dozunda güneşlenmesi 3000 IU D vitamini sentezini sağlar. Cilt rengi açık olan bir bireyde minimal eritem dozuna 15 dakikada ulaşılabilirken, koyu ciltli bir kişide bu süre 3-4 katı olabilir (22).

Dünya’da ve Türkiye’de yapılmış çalışmalarda, kadınların D vitamin düzeylerinin erkeklere göre daha düşük olduğu ve eksikliğin kadınlarda daha sık bulunduğu bildirilmektedir. Bunun nedenleri çeşitli olmakla birlikte farkın, kadınların güneş ışığından daha az yararlanmaları, giyim tarzları ve beslenme özelliklerinin etkili olduğu bulunmuştur. Seçginli’nin İstanbul’da yaptığı çalışmada kadınların %54,8’inin hergün en az 15 dakika açık havada bulunduğu belirtilmiştir (23).

Türkiye’de yapılan çalışmalarda D vitamini yetersizlikleri yüksek oranlarda bildirilmiştir. Osteoporoz tanısı almış postmenopoz dönem kadınlarda, örtülü giyim tercihi olan kadınların D vitamin eksikliğine daha yakın oldukları bildirilmektedir. Bunların yanı sıra koyu cilt, böbrek hastalığı, günlük diyetle yeterince D vitamininden zengin beslenmeme, antikonvülzan ilaçlar ve güneş koruyucu kremlerin kullanılması risk faktörleri olarak gösterilmektedir. Literatürde D vitamini yetersizliği nedenleri arasında kadınların güneşten doğru biçimde yararlanmama ve D vitamininden zengin gıdaların bilinmemesi olarak bildirilmektedir (23). İnsanların sağlıkla ilgili kararları onların inanç ve tutumlarından etkilenir. Bu nedenle bireylerin davranışlarını anlamak ve değişim için teşvik edecek süreçler oluşturabilir. Yaşam kalitesini geliştirmek erken ölüm ve yaralanmaları önlemek için modifiye edilebilir risk faktörlerini tanımak korunmada anahtar rol oynamaktadır.

### **Osteoporozdan Korunmada Hemşirenin Sorumlulukları**

Literatürde osteoporozun tedavi edilmesi stratejilerinden çok önleyici yaklaşımların önem taşıdığına vurgu yapılmaktadır. Osteoporozun önlenmesi ile kırıkların oluşturacağı mortalite ve morbitenin önüne geçileceği ve ekonomik kayıpların azalacağı düşünülmektedir. Literatürde osteoporozdan etkilenen kadın sayısının artması osteoporozun önlenmesi için kemik sağlığını geliştirici ve koruyucu çalışmaları da gündeme getirmiştir. DSÖ, hemşirelerin sağlığı koruma ve geliştirmede önemli görev ve sorumlulukları

olduğunu vurgulamıştır. Hemşireler riskli olarak kabul edilen grupları belirleyebilir, bu gruplara sağlık eğitimi ve danışmanlık verebilirler (1,2,4,5,11,12). Nüfusun yaşlanması ve osteoporotik kırık sıklığının artmasıyla birlikte geniş kapsamlı önleme ve rehabilitasyon programlarına ihtiyaç vardır. Osteoporozdan korunma intraüterin yaşamda başlar ve ömür boyu sürer. Literatürde osteoporozdan korunmanın üç aşamada olduğu belirtilmektedir (2).

### **Birincil Koruma**

Birinci basamakta hemşireler osteoporozun önlenmesi konusunda postmenopoz dönemdeki kadınlara rehber olabilecek en önemli sağlık profesyonellerinden biridir (1,2,4,11,12). Literatürde hemşirelerin osteoporozdan korunmada birinci basamak hizmetlerinde önemli roller aldıkları görülmektedir (2,4,5,11,12,13,). Bu roller iskeletin doruk kemik kitlesine ulaşması için çocukluk yaşlarından itibaren egzersiz yapılması, kalsiyum ve D vitamininden yeteri kadar alınması, güneşten yararlanması için etkin programlarla kadınları güçlendirme çalışmalarını kapsar. Brecher ve ark. 25-75 yaş arası kadınlarla yaptığı çalışmada girişim grubunda kontrol grubuna göre kalsiyum alımında farklılık saptamıştır. (24). 32-67 yaş grubu kadınlarla sekiz haftalık sağlık eğitimi öncesi  $644 \pm 383$  mg/gün olan kalsiyum miktarı eğitim sonrası  $821 \pm 372$  mg/gün olarak artmıştır (17). Rouzi ve ark.'nın çalışmasında ise günde 300 mg kalsiyum alan kadınlarda kalça kırığının %3-34 oranında azaldığı bulunmuştur (25). İngiltere'de 50 yaş ve üzeri kadınlarda ileriye dönük yapılan bir çalışmada günlük 700 mg altında kalsiyum alanların kırık riski, 1200 mg kalsiyumu alanlardan daha yüksek bulunmuştur (26). Warensjo ve ark. 61000 İsveç'li kadınla 19 yıl süren çalışmasında femur boyu kemik kırıklarının %10'nun düşük kalsiyum alımı ile kaynaklı olduğunu bulmuştur (27). Tang ve ark. 50 yaş ve üzeri kadınla yaptığı bir çalışmada ise günde 800-1000 mg kalsiyum almanın kırık riskini azalttığını bildirmiştir (15). Sedlak ve ark. çalışmasında eğitim sonrası girişim grubunda kalsiyum tüketimi  $614;3'$ den  $1039,1$  mg'a yükseldiği bulunmuştur (28). Gaines ve ark.'nın osteoporozdan korunmak amacıyla iki yıl izlediği girişim grubunda kadınların erkeklere göre daha fazla kalsiyum içeren yiyecekleri tükettiğini bulmuştur (29). Diyetle kalsiyum alımı,

postmenopoz kadınlarda günlük yaşam aktivitesini olumlu etkilemektedir. Bu nedenle, kadınların yaşamları boyunca diyetle kalsiyum alma miktarı yeterince sağlanmalıdır. Çalışmalarda kalsiyumun kemik sağlığı açısından yararı kanıtlanmış olmasına karşın kadınların kalsiyum içeren yiyecekleri yeterince alamama nedenleri arasında kalsiyumun yararlarına yönelik bilgilerinin yeterli olmadığını göstermektedir. Wahba ve ark.'nın çalışmasında kadınların %37,5'inin kalsiyumun faydaları hakkında bilgilerinin olmadığını bulmuştur. Yapılan araştırmalarda kadınların öğrenim düzeyi arttıkça kalsiyumu diyetle tüketme durumları artmıştır (17, 23,30).

Yapılan çalışmalarda genç kadınların osteoporozla yönelik duyarlılık ve ciddiyet algısının düşük olduğunu göstermektedir (12,31). Bir başka deyişle gençlerin kendilerini osteoporozla yatkın hissetmedikleri ve bir sorun olarak görmedikleri söylenebilir. Bir başka çalışmada, osteopenisi olan kadınların daha genç ve eğitilmiş olmalarına karşın osteoporoz tanısı almış kadınlara göre tedaviye uyumlarının daha az olduğu tespit edilmiştir (29). Çalışmalarda genç ve eğitilmiş kadınların daha yüksek bilgi puanlarına sahip olduğu belirtilerek ileri yaşlı ve eğitim seviyesi düşük kadınların hedef seçilmesi gerektiğinin üzerinde durulmuştur (2,31,32). Bir başka çalışmada ise üniversite öğrencilerine göre daha ileri yaşta kadınların sağlık inançlarına ait daha iyi bilgi sahibi oldukları bildirilmiştir (31).

Literatürde osteoporozdan korunmak amacıyla yapılan sağlık eğitimi programlarının erken dönemden başlayıp tüm kadınlara osteoporoz duyarlılık ve ciddiyet algıları konusunda farkındalık oluşturulması gerektiği bildirilmektedir (1,2,4,11,12,29). Literatürde kadınların yaşı önemli bir faktör olarak görülmeyle birlikte osteoporoz tanısı almış olmak ve kadının öğrenim durumu gibi özelliklerinin osteoporoz konusunda duyarlılık ve ciddiyet algısını etkilemektedir. Duyarlılık ve ciddiyet algısı tutum içerdiğinden değişimin güç olabileceği düşünülmektedir.

**İkincil Koruma:** İkincil korumada amaç doruk kemik kitlesinin korunması ve kemik kaybının önlenmesidir. Bu amaçla, yüksek risk grubunun belirlenmesi ve değiştirilebilen risk faktörlerinin

düzeltilmesi gereklidir. Düzenli fiziksel aktivite sağlanmalı, yeterli kalsiyum ve D vitamini alımı desteklenmelidir. Literatürde hemşirelerin toplumda risk grubu olarak tanımlanan premenopoz, postmenopoz ve adolesan dönemdeki kadınlara yönelik sekonder korumada önemli roller aldıkları görülmektedir (1,2,4,11,29,31).

### Üçüncül Koruma

Osteoporozun etkilerini sınırlandırmak postmenopoz ve yaşlanmaya, bağlı olarak kemik kitlesi kaybının önlenmesi çalışmalarını içerir (1,2,3,12). Hemşireler, postmenopoz dönem kadınlarla yapacakları bireysel görüşmelerde yaşam biçimi davranışlarını değerlendirebilir ve her bireye uygun sağlıklı yaşam biçimi davranışları kazandırma ve korunmaya yönelik bilgi ve davranışlar konusunda girişimlerde bulunabilir (2,5,11,12,14).

Sonuç olarak toplum sağlığı hemşireleri sağlıklı bir toplum oluşturma yolunda;

- Osteoporoz riski altında olan postmenopoz dönem kadınların sağlığını koruma ve geliştirmede danışmanlık yapması,
- Hastalığın artan prevalans hızını durdurmak için etkin programlar planlanması,
- Osteoporozdan korunmada uygun egzersiz programları oluşturularak bireyleri olumlu davranış değişikliği için motive etmesi,
- Egzersiz programının süresi, sıklığı, ağırlığı kadınların yaş ve sağlık sorunları gibi faktörler dikkate alınarak her bireyin durumuna göre düzenlenmesi,
- Birinci basamakta kadınların doğru zaman aralıkları ile uygun sürelerde güneşten yararlanması ve D vitamini içeren süt ve süt ürünleri, balık, yumurta gibi yiyeceklerden yeterli kadar almasına yönelik eğitimler vermesi,
- Risk gruplarının saptanmasında ve öncelikle kemik metabolizmasını olumlu etkileyen besinlerin alınması, fiziksel aktivitenin desteklenmesi konusunda sağlık eğitimlerinin yapılmasında roller üstlenmesi,
- Düşmelerin önlenmesi, aynı zamanda kırıkların da önlenmesi anlamına geldiği için hemşirelerin evde ve toplumda buna özgü çevresel koşulların oluşturulmasında aileye yardımcı olması önerilir.

**İletişim:** Nurcan Kolaç

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

### Kaynaklar

1. Endicott RE, Knowledge, health beliefs, and self-efficacy regarding osteoporosis in perimenopausal women. *Journal of Osteoporosis* 2013;6: 6.
2. Smeltzer SC., Qi BB. Pratical implications for nurses caring for patients being treated for osteoporosis. *Dovepress* 2013;(4): 19-33.
3. Angın E. Yaşlılarda osteoporoz ve egzersiz. *Türkiye Klinikleri J Physiother Rehabil-Special Topics* 2015;1(3):40-4.
4. Kalkım A, Dağhan Ş. Osteoporozu önlemede teori temelli eğitim programı uygulanan araştırmalar: teori, eğitim, değişim. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*.2016;13(3):179-86.
5. Janiszewska M, Firlej E, Dziedzic M, Żołnierczuk-Kieliszek D. Health beliefs and sense of one's own efficacy and prophylaxis of osteoporosis in peri- and post-menopausal women. *Ann Agric Environ Med*. 2016;23(1):167-173.
6. Demir B, Haberal A, Geyik P, Baskan B, Ozturkoglu E, Karacay O. Identification of the risk factors for osteoporosis among postmenopausal women. *Maturitas* 2008;60: 253-6.
7. Taşkale MG, Sermez Y. Osteoporosis and its relationship with various risk factors in postmenopausal women in Denizli province. *Türkiye Klinikleri J Med Sci* 2010;30: 1958-64.
8. Bilgen E, Cebeci S, Tekin O. Menopoz dönemindeki kadınlarda osteoporoz sıklığı. *Osteoporoz Dünyasından* 2008;14: 77-108.
9. Meray J, Peker Ö, Tüzün Ş. Epidemiyoloji Türkiye çalışması FRACTURK osteoporozda tanı ve tedavi. *Türkiye Osteoporoz Derneği, Baskı I Galenos Yayınevi İstanbul*. : 8-21. 2012.
10. Aslan A, Karakoyun, Ö Güler E, Aydın Gök M, Akkurt S. KASTÜRKOS study. *Eklem Hastalık Cerrahisi* 2012;23(2):62-7.
11. Kılıç D. Premenopozal dönemdeki kadınlara verilen eğitimin osteoporozla ilişkin sağlık inançları ve bilgi düzeylerine etkisi. *Erzurum Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, Erzurum* 2004. (Danışman Behice Erci).
12. Huang CM, Su CY, Chen LY, Gno JL. The effectiveness of on osteoporosis prevention program among women in Taiwan *Applied Nursing Research* 2011;24(4):29-37.
13. Jeihooni AK, Hidarnia A, Kaveh MH, Hajizadeh E, Askari A. Application on the health belief model and social cognitive theory for osteoporosis preventive nutritional behaviors in a sample of Iranian women. *Iran J Widwife Res Mar-Ap*. 2016;21(2):131-41.



14. Tussing LC, Novakofski KC. Osteoporosis prevention education behavior theories and calcium intake. *J. Am Diet Assoc* 2005;105(1): 92-7.
15. Tang BM, Elick GD, Nowson C. Use of calcium or calcium in combination with vitamin D supplementation to prevent fractures and bone loss in people aged 50 years and older: A meta analysis. *Lancet* 2007;370: 657–66.
16. Winzenberg TM, Oldenburg B, Frendin S, De WL, Jones G. Effects of bone density feedback and group education on osteoporosis knowledge and osteoporosis self-efficacy in premenopausal women: a randomized controlled trial. *J Clin Densitom.*2005; 8 (1):95-103.
17. Tan AM, Lamontagne AD, Sarmugam R, Howard PA. Cluster-randomised, controlled trial to assess the impact of a workplace osteoporosis prevention intervention on the dietary and physical activity behaviours of working women: study protocol *BMC Public Health*, Apr .2013;29(13):405.
18. Karadağ G, Uçan Ö, Ovayolu N, Karadağ E, Torun S. Ortopedi polikliniğine başvuran menopoza girmiş kadınların bazı özellikleri ile kemik mineral yoğunluğu arasındaki ilişki. *Osteoporoz Dünyasından.* 2007; 13:75-9.
19. Koç A, Aypak C, Yıkılkan H, Akbıyık Dİ, Görpelioğlu S. On sekiz-35 yaş arası kadınların osteoporoz hakkındaki bilgi tutum ve davranış düzeyleri. *Türk J Osteoporos* 2016; 22:11-6.
20. Hossein El Sayed Y. Osteoporosis: Knowledge practices and prevention among female adolescent in El-Minia, *Journal Of Research in Nursing And Widwifery.* Vol. 2014;3(4):66-72.
21. Pamuk G, Kutlu R, Çivi S. Osteoporozu olan ve olmayan postmenopozal kadınlarda QUALEFFO-41 ölçeği ile yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. *Türk Fiz Tıp Rehab Derg* 2014;60: 139-46.
22. Sözen, T.( Eds) *Metabolik kemik hastalıkları türkiye endokrinoloji ve metabolizma derneği yayını.* Ankara 2013. 141- 154.ISBN978-605-4011-17-9.Erişim adresi:http://www.temd.org.tr.
23. Seçginli S. Kadınların osteoporozla ilişkin bilgi, inanç ve risk faktörlerinin incelenmesi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi.* 2007; 10:1.23.
24. Brecher LS. Osteoporosis prevention project: A model multidisciplinary educational intervention. *JAOA* 2002;102(6):327.
25. Rouzi AAA, Sibiani SA, Al Senani NS. Independent predictors of all osteoporosis-related fractures among healthy Saudi postmenopausal women. *The CEOR Study Bone.* 2012;50: 713.
26. Peters BSE, Martini LA. Nutritional aspects of the prevention and treatment of osteoporosis. *Arq Bras Endocrinol Metabol.* 2010; 54:179–85.
27. Warensjo E, Byberg L, Melhus H. Dietary calcium intake and risk of fracture and osteoporosis prospective longitudinal cohort study. *Br Med J.* 2011; 13:9.
28. Gaines JM, Narrent M, Parrish JM. The effect of the addition of osteoporosis education to a bone health screening program for older adult. *Geriatric Nursing* 2010;31(5): 348-60.
29. Sedlak CA, Doheny MO, Estok PJ, Zeller Richard A. Tailored interventions to enhance osteoporosis prevention in women. *Orthopaedic Nursing.* 2005; 24(4):270–27.
30. Wahba S, El-Shaheed A, Tawheed M. Osteoporosis knowledge, beliefs, and behaviors among Egyptian female students. *Journal of the Arab Society for Medical Research.* 2010;2: 173–80.
31. Chan P, Young KL, Kyung HK. Knowledge on osteoporosis among nurses. *J Bone Metab* 2017;24(2):111-5.
32. Altın E, Karadeniz F, Türkyön F . Kadın ve erkek yetişkinlerde osteoporoz bilgi ve farkındalık düzeyinin karşılaştırılması. *Türk J Osteoporos,* 2014 20: 98-103.



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 dergidir. STED, 2012 yılında 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 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, ili, adı soyadı ve ORCID numarası (<https://orcid.org/>) belirtilmelidir. Yazar sayısı birden fazla ise, altı yazara dek adları yazılmalı, altıncıdan sonraki yazarlar "ve ark." biçiminde belirtilmelidir.

- Metinle ilgili yazmadan 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 amacı (objective), gereç ve yöntem (material and method), bulgular (results), ve sonuç (conclusion) bölümleri ayrı ayrı bulunmalıdır. Öz ve İngilizce özet 175-200 sözcükten oluşmalıdır. İngilizce özet özün aynen çevirisi olmalıdır. Özün altında üç ile beş 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, gereç 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 yardımcı olanlara, mali ve gereç 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 (30 kaynaktan fazla kullanımda çalışmalar değerlendirmeye alınmayacaktır).

#### 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. 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 Birimler Sistemi" ile (SI) uyumlu olarak metrik sistemde bildirilmelidir.

**4. Rakamlar:** Bir ile dokuz arası rakamları yazıyla yazınız. 10 ve üstünü sayıyla yazınız. İstisna: Dozaj, yüzde, sıcaklık derecesi ve metrik ölçümleri her zaman sayıyla belirtiniz. "Tam sayılardan sonra ondalık değerleri nokta ile değil, virgül ile 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 yazılışıyla birlikte verilmelidir. Başlıkta ve özetinde kısaltma kullanılmamalıdır.

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

**8. Sözcük sayısı:** Yazıların sözcük sayısı en az 1.500 en fazla 4.500 olmalıdır (4500 sözcükten fazla kullanımda çalışmalar değerlendirmeye alınmayacaktır).

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

**Metinlerin Gönderilmesi:** Metinler, tüm yazarların imzaladığı bir üst yazıyla gönderilmelidir. Bu yazıda metnin tüm yazarlarca okunduğu ve onaylandığı, yazarlık hakkı koşullarının gerçekleştiği belirtilmelidir. Yazılar; <http://dergipark.gov.tr/sted> adresi üzerinden gönderilir. Yayımlanması uygun görülen yazılarda, belirlenen eksikliklerle ilgili düzeltme ve düzenlemeler Yayın Kurulu'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 değerlendirmeye alınmayacaktır.