



**GÜMÜŞHANE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ DERGİSİ**
**GUMUSHANE UNIVERSITY
JOURNAL OF HEALTH SCIENCE**



Cilt:9 Sayı: 2

ISSN: 2146-9954

2020

Sahibi

Prof. Dr. Halil İbrahim ZEYBEK

Yazı İşleri Müdürü

Prof. Dr. Mehmet Ferhat ÖZBEK

Baş Editör

Dr. Öğr. Üyesi Nurçin KÜÇÜK KENT

Editör Kurulu

Prof. Dr. Elif ÇELENK KAYA

Prof. Dr. Saime ŞAHİNÖZ

Doç. Dr. Afşin Ahmet KAYA

Doç. Dr. Huri İLYASOĞLU

Doç. Dr. Nilgün ULUTAŞDEMİR

Dr. Öğr. Üyesi Aslı KÖSE

Dr. Öğr. Üyesi Ayşe ÇOLAK

Dr. Öğr. Üyesi Ayşin ÇETİNKAYA BÜYÜKBODUR

Dr. Öğr. Üyesi Sevil CENGİZ

Dergi Sekreteryası

Araş Gör. Hacı Ömer YILMAZ

Araş. Gör. Sefa MIZRAK

Araş. Gör. Cemile AKTUĞ

Araş Gör. Esra AKTAŞ

Araş Gör. Merve KARAER

Araş. Gör. Ramazan Aslan

Araş. Gör. Zekiye GÖKTEKİN

Araş. Gör. Murat SEMERCİ

Araş. Gör. Özge PALANCI AY



**GÜMÜŞHANE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ DERGİSİ**
**GUMUSHANE UNIVERSITY
JOURNAL OF HEALTH SCIENCE**



Cilt:9 Sayı: 2

ISSN: 2146-9954

2020

Sahibi/Owner

Prof. Dr. Halil İbrahim ZEYBEK

Yazı İşleri Müdürü /Editorial Manager

Prof. Dr. Mehmet Ferhat ÖZBEK

Baş Editör/Editor in Chief

Dr. Öğr. Üyesi Nurçin KÜÇÜK KENT

Editör Kurulu/Editorial Board

Prof. Dr. Elif ÇELENK KAYA

Prof. Dr. Saime ŞAHİNÖZ

Doç. Dr. Afşin Ahmet KAYA

Doç. Dr. Huri İLYASOĞLU

Doç. Dr. Nilgün ULUTAŞDEMİR

Dr. Öğr. Üyesi Aslı KÖSE

Dr. Öğr. Üyesi Ayşe ÇOLAK

Dr. Öğr. Üyesi Aysin ÇETİNKAYA BÜYÜKBODUR

Dr. Öğr. Üyesi Sevil CENGİZ

Sekreteryaya/Secretary

Araş Gör. Hacı Ömer YILMAZ

Araş. Gör. Ramazan Aslan

Araş. Gör. Sefa MIZRAK

Araş. Gör. Zekiye GÖKTEKİN

Araş. Gör. Cemile AKTUĞ

Araş. Gör. Murat SEMERCİ

Araş. Gör. Özge PALANCI AY

Araş. Gör. Esra AKTAŞ

Araş. Gör. Merve KARAER

Hakemli süreli yayın / Peer-reviewed journals

Bu dergi TR Dizin, Türkiye Atıf Dizini, İndeks Copernicus tarafından indekslenmektedir./ This journal is indexed in TR Index, Türkiye Citation Index, Index Copernicus

Yılda dört kez yayınlanır / Published four times per year

İletişim /Contact: Bağlarbaşı Mahallesi Gümüşhane Üniversitesi 29100 GÜMÜŞHANE

E-posta/Email: sbd@gumushane.edu.tr

Web Erişim/Web link: <http://dergipark.gov.tr/gumussagbil>

Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi Bilimsel Danışma ve Hakem Kurulu
Gumushane University Journal of Health Science Advisory and Referee Board

AFŞİN AHMET KAYA, GÜMÜŞHANE ÜNİVERSİTESİ
ABDÜLGANİ TATAR, ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ
ACLAN ÖZDER, BEZM-İ ÂLEM VAKIF ÜNİVERSİTESİ
AHMET ALVER, KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ
AHMET BURHAN ÇAKICI, KARAMANOĞLU MEHMETBEY ÜNİVERSİTESİ
AHMET EROĞLU, KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ
AHMET KALAYCIOĞLU, BİRÜNİ ÜNİVERSİTESİ
AHMET TİRYAKİ, İSTANBUL AYDIN ÜNİVERSİTESİ
ALİ FUAT BODUR, GÜMÜŞHANE ÜNİVERSİTESİ
ARZU YILDIRIM, YALOVA ÜNİVERSİTESİ
ASIM ÖREM, KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ
ASLI GENÇ, İSTANBUL GELİŞİM ÜNİVERSİTESİ
ASLI KÖSE, GÜMÜŞHANE ÜNİVERSİTESİ
ASLI UÇAR, ANKARA ÜNİVERSİTESİ
ASLI SİS ÇELİK, ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ
AYDIN KIVANÇ, GÜMÜŞHANE ÜNİVERSİTESİ
AYİŞE KARADAĞ, KOÇ ÜNİVERSİTESİ
AYLİN AYDIN SAYILAN, KIRIKLARELİ ÜNİVERSİTESİ
AYNUR BÜTÜN AYHAN, ANKARA ÜNİVERSİTESİ
AYSEL KÖKSAL AKYOL, ANKARA ÜNİVERSİTESİ
AYŞE ÇOLAK, GÜMÜŞHANE ÜNİVERSİTESİ
AYŞE GÜMÜŞLER BAŞARAN, RECEP TAYYİP ERDOĞAN ÜNİVERSİTESİ
AYŞE OKANLI, İSTANBUL MEDENİYET ÜNİVERSİTESİ
AYŞEGÜL BİLGE, EGE ÜNİVERSİTESİ
AYŞEGÜL İŞLER DALGIÇ, AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
AYŞİN ÇETİNKAYA BÜYÜKBODUR, GÜMÜŞHANE ÜNİVERSİTESİ
AYTEKİN TOKMAK, SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
AYTEN DEMİR, ANKARA ÜNİVERSİTESİ
AYTEN YILMAZ YAVUZ, RECEP TAYYİP ERDOĞAN ÜNİVERSİTESİ
BAYRAM KAYMAK, HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
BELGİN YILDIRIM, AYDIN ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ
BEYAZIT YEMEZ, DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
BİRGÜL VANİZÖR KURAL, KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ
CELAL KURTULUŞ BURUK, KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ
CEMİLE ZEHRA KÖROĞLU, UŞAK ÜNİVERSİTESİ

DİLEK ÇİLİNGİR, KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ
ELANUR YILMAZ KARABULUTLU, ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ
ELİF ÇELENK KAYA, GÜMÜŞHANE ÜNİVERSİTESİ
ELİF GEZGİNCİ, SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
ERHAN ÇAPKIN, KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ
ERSAN KALAY, KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ
ESRA EREN, İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ
EYLEM TOPBAŞ, AMASYA ÜNİVERSİTESİ
EVRİM ÖZKORUMAK KARAGÜZEL, KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ
FADİME ÜSTÜNER TOP, GİRESUN ÜNİVERSİTESİ
FAHRİ UÇAR, AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
FATMA DEMİR KORKMAZ, EGE ÜNİVERSİTESİ
FATMA GÜDÜCÜ TÜFEKÇİ, ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ
FATMA GENÇ, GİRESUN ÜNİVERSİTESİ
FATMA TAŞ ARSLAN, SELÇUK ÜNİVERSİTESİ
FATMA YILMAZ KURT, ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ
FERHAT YÜKSEL, GÜMÜŞHANE ÜNİVERSİTESİ
FEVZİYE ÇETİNKAYA, ERCİYES ÜNİVERSİTESİ
FEYYAZ ÖZDEMİR, KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ
FİGEN CELEP EYÜPOĞLU, KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ
FİLİZ HİSAR, NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ
FİLİZ OKUMUŞ, İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ
FİSUN ŞENUZUN AYKAR, EGE ÜNİVERSİTESİ
GAMZE ÇAN, KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ
GÜLBAYAZ CAN, İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ (CERRAHPAŞA)
GÜLBU TANRIVERDİ, ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ
GÜLGÜN ERSOY, İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ
GÜL ÖZLEM YILDIRIM, EGE ÜNİVERSİTESİ
GÜNHAN ERDEM, GİRNE AMERİKAN ÜNİVERSİTESİ
GÜRDAL YILMAZ, KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ
HACER KOBYA BULUT, KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ
HAFİZE ÖZTÜRK CAN, EGE ÜNİVERSİTESİ
HANDAN ÖZCAN, SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
HASAN BASRİ SAVAŞ, ALANYA ALAADDİN KEYKUBAT ÜNİVERSİTESİ

Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi Bilimsel Danışma ve Hakem Kurulu
Gumushane University Journal of Health Science Advisory and Referee Board

HAVVA ÖZTÜRK, KARADENİZ TEKNİK
ÜNİVERSİTESİ

HAVVA TEL, SİVAS CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ

HATİCE YILDIRIM SARI, İZMİR KATİP ÇELEBİ
ÜNİVERSİTESİ

HAYRİYE ÜNLÜ, BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ

HİLAL YILDIRAN, GAZİ ÜNİVERSİTESİ

HURİ İLYASOĞLU, GÜMÜŞHANE ÜNİVERSİTESİ

HÜLYA KARADENİZ, KARADENİZ TEKNİK
ÜNİVERSİTESİ

HÜLYA YARDIMCI, ANKARA ÜNİVERSİTESİ

İBRAHİM İKİZCELİ, İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
(CERRAHPAŞA)

İBRAHİM TURAN, GÜMÜŞHANE ÜNİVERSİTESİ

İBRAHİM YILDIRAN, GAZİ ÜNİVERSİTESİ

İMDAT AYGÜL, GÜMÜŞHANE ÜNİVERSİTESİ

İSMAİL AĞIRBAŞ, ANKARA ÜNİVERSİTESİ

KAĞAN KILINÇ, GÜMÜŞHANE ÜNİVERSİTESİ

KEMAL MACİT HİSAR, SELÇUK ÜNİVERSİTESİ

KIYMET YEŞİLÇİÇEK ÇALIK, KARADENİZ TEKNİK
ÜNİVERSİTESİ

LALE TAŞKIN, BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ

LEYLA DELİBAŞ, HASAN KALYONCU ÜNİVERSİTESİ

MAKBULE GEZMEN KARADAĞ, GAZİ
ÜNİVERSİTESİ

MELİKE DEMİR DOĞAN, GÜMÜŞHANE
ÜNİVERSİTESİ

Meltem SOYLU, BİRÜNİ ÜNİVERSİTESİ

MERİH KUTLU, KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ

MİNE EKİNCİ, ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ

MUAMMER AK, GÜMÜŞHANE ÜNİVERSİTESİ

MUHAMMET ALİ KÖROĞLU, UŞAK ÜNİVERSİTESİ

MURAT BAŞ, ACIBADEM MEHMET ALİ AYDINLAR
ÜNİVERSİTESİ

MURAT ERSEL, EGE ÜNİVERSİTESİ

MUSA ÖZATA, KIRŞEHİR AHİ EVRAN ÜNİVERSİTESİ

MÜJDAT AVCI, OSMANİYE KORKUT ATA
ÜNİVERSİTESİ

NAZLI HACIALİOĞLU, ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ

NESİBE ARSLAN BURNAZ, GÜMÜŞHANE
ÜNİVERSİTESİ

NESLİHAN ÇELİK, ERCİYES ÜNİVERSİTESİ

NESRİN NURAL, KARADENİZ TEKNİK
ÜNİVERSİTESİ

NEŞE KAKLIKKAYA, KARADENİZ TEKNİK
ÜNİVERSİTESİ

NİLGÜN ULUTAŞDEMİR, GÜMÜŞHANE
ÜNİVERSİTESİ

NURAY DEMİRCİ GÜNGÖRDÜ, RECEP TAYYİP
ERDOĞAN ÜNİVERSİTESİ

NURCAN ÇALIŞKAN, GAZİ ÜNİVERSİTESİ

NURCAN YABANCI AYHAN, ANKARA
ÜNİVERSİTESİ

NURDAN ORAL KARA, BURDUR MEHMET AKİF
ERSOY ÜNİVERSİTESİ

NURÇİN KÜÇÜK KENT, GÜMÜŞHANE
ÜNİVERSİTESİ

NURGÜL BÖLÜKBAŞ, ORDU ÜNİVERSİTESİ

NURİ GÜLEŞÇİ, GÜMÜŞHANE ÜNİVERSİTESİ

ORHAN DEĞER, KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ

ÖZLEM BİLİK, DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ

ÖZLEM ŞAHİN ALTUN, ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ

RABİA HACIHASANOĞLU AŞILAR, YALOVA
ÜNİVERSİTESİ

RAMAZAN ERDEM, SÜLEYMAN DEMİREL
ÜNİVERSİTESİ

SABRİ MURAT KESİM, KARADENİZ TEKNİK
ÜNİVERSİTESİ

SAİME ŞAHİNÖZ, GÜMÜŞHANE ÜNİVERSİTESİ

SEDA KURT, TRAKYA ÜNİVERSİTESİ

SEDAT BOSTAN, ORDU ÜNİVERSİTESİ

SEMA KANDİL, KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ

SEMA KOÇAN, RECEP TAYYİP ERDOĞAN
ÜNİVERSİTESİ

SERAP TOPATAN, ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ

SERAP ÜNSAR, TRAKYA ÜNİVERSİTESİ

SEVİL CENGİZ, GÜMÜŞHANE ÜNİVERSİTESİ

SEVİL KARAHAN YILMAZ, ERZİNCAN BİNALİ
YILDIRIM ÜNİVERSİTESİ

SEVİL ŞAHİN, ANKARA YILDIRIM BEYAZIT
ÜNİVERSİTESİ

SEVİLAY HİNTİSTAN, KARADENİZ TEKNİK
ÜNİVERSİTESİ

SONGÜL AKTAŞ, KARADENİZ TEKNİK
ÜNİVERSİTESİ

SUZAN YILDIZ, İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
(CERRAHPAŞA)

SÜLEYMAN TÜREDİ, KARADENİZ TEKNİK
ÜNİVERSİTESİ

ŞÜKRAN ÖZKAHRAMAN KOÇ, SÜLEYMAN DEMİREL
ÜNİVERSİTESİ

TARIK ÖZMEN, KARABÜK ÜNİVERSİTESİ

TAŞKIN KILIÇ, ORDU ÜNİVERSİTESİ

TEVFİK ÖZLÜ, KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ

TUBA GÜNER EMÜL, MERSİN ÜNİVERSİTESİ

TURGUT ŞAHİNÖZ, ORDU ÜNİVERSİTESİ

Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi Bilimsel Danışma ve Hakem Kurulu
Gumushane University Journal of Health Science Advisory and Referee Board

VOLKAN ÇAKIR, GİRESUN ÜNİVERSİTESİ

YASEMİN AKDEVELİOĞLU, GAZİ ÜNİVERSİTESİ

YASEMİN AYDIN KARTAL, SAĞLIK BİLİMLERİ
ÜNİVERSİTESİ

YASEMİN YILDIRIM, EGE ÜNİVERSİTESİ

YEŞİM YAMAN AKTAŞ, GİRESUN ÜNİVERSİTESİ

YEŞİM KAYA YAŞAR, KARADENİZ TEKNİK
ÜNİVERSİTESİ

YUNUS KARACA, KARADENİZ TEKNİK
ÜNİVERSİTESİ

YUSUF ÇELİK, HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ

YÜKSEL ALİYAZICIOĞLU, KARADENİZ TEKNİK
ÜNİVERSİTESİ

ZAHİD PAKSOY, GÜMÜŞHANE ÜNİVERSİTESİ

ZEYNEP BAŞKAN TAKAOĞLU, GÜMÜŞHANE
ÜNİVERSİTESİ

ZEYNEP KARAMAN ÖZLÜ, ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ

ZEYNEP ERDOĞAN, ZONGULDAK BÜLENT ECEVİT
ÜNİVERSİTESİ

ZÜMRÜT YILAR ERKEK, TOKAT GAZİOSMANPAŞA
ÜNİVERSİTESİ

Araştırma Makaleleri / Original Articles		Sayfa
		Page
1. Üç Kuşak Kadınların Doğum Deneyimleri ve Doğum Algılarının İncelenmesi: Batı Anadolu Kırsal Örneği	Investigation of the Birth Experiences and Birth Perceptions of Three Generations of Women: Rural Example of Western Anatolia Dilek HACİVELİOĞLU, Nursen BOLSOY	67-81
2. Analysis of Violence Incidents towards Health Care Workers in Turkey between 2012 and 2016: Reflected in the Press	Türkiye’de 2012-2016 Yılları Arasında Basına Yansıyan Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet Olaylarının İncelenmesi Oya Nuran EMİROĞLU, Ebru ÖZTÜRK ÇOPUR, Nilgün KURU ALICI	82-89
3. Bulaşıcı Olmayan Hastalık Mortalite Oranları ile İnsani Gelişmişlik Endeksi ve Küresel Cinsiyet Uçurumu Endeksi Arasındaki İlişki	Relationship Between Noncommunicable Disease Mortality Rates with Human Development Index and Global Gender Gap Index Elif Nur YILDIRIM ÖZTÜRK, Mehmet UYAR	90-96
4. Afet ve Acil Durum Çalışanlarının Kültürel Değer Yönelimleri ile Bireysel Çatışma Yönetim Yaklaşımları İlişkisi: Çanakkale İli Örneği	Relationship Between Cultural Value Orientations and Individual Conflict Management Approaches of Disaster and Emergency Professionals: A Sample From Çanakkale Burcu ÖZKAN, Fehmi Volkan AKYÖN	97-111
5. Bir Afet Olarak Küresel İklim Değişikliği ve İlkokul Öğretmenlerinin İklim Değişikliği Farkındalığının İncelenmesi: Gümüşhane İli Örneği	The Investigation of Global Climate Change as a Disaster and the Global Climate Change Awareness of Primary School Teachers: Sample of Gümüşhane Province Meryem AKBULUT1, Afşin Ahmet KAYA2	112-124
6. Üniversite Hastanesinde Mesleki Uygulama Yapan Öğrencilerin Örgütsel Çekicilik Algılarının Değerlendirilmesi	Evaluation of Organizational Attitude Perceptions of Students Who Have Professional Application in University Hospital Rukiye YORULMAZ, Dilek YILDIRIM GÜRKAN, Sevim ÇİMKE	125-132
7. Bir Başarı Testi Geliştirme Çalışması: Hemşirelik Öğrencilerinin İntramüsküler Enjeksiyon Becerilerini Ölçme	A Study for Developing an Achievement Test: Measuring Intramuscular Injection Skills of Nursing Students Arife ŞANLIALP ZEYREK, Nevin KUZU KURBAN, Sümeyye ARSLAN	133-141
8. Ergenlerde Çevresel Risk Algısının Belirlenmesi	Determining the Environmental Risk Perception of Adolescents Adile TÜMER, Adem SÜMEN	142-150
9. Otizm Spektrum Bozukluğu Olan Çocuklarda Beslenme Durumunun Belirlenmesi	Determination of Nutritional Status in Children with Autism Spectrum Disorder Ayşe Nur KAYNAR, Hande ÖNGÜN YILMAZ	151-162

Araştırma Makaleleri / Original Articles

Sayfa

Page

-
- 10. The Challenges of Child and Adolescent Psychiatrists in the Process of the Disability Report Evaluation** **163-171**
Heyet Raporu Değerlendirme Sürecinde Çocuk ve Ergen Psikiyatristlerin Yaşadıkları Zorluklar
İbrahim Selcuk ESİN, Hakan ÖĞÜTLÜ, Ayşe BÜYÜKDENİZ, Zehra BABADAĞI, Onur Burak DURSUN, Şaziye Senem BAŞGÜL
- 11. Hemşirelik Son Sınıf Öğrencilerinin Mezuniyet Sonrası Psikiyatri Kliniğinde Çalışmaya İlişkin Görüşleri: Nitel Bir Çalışma** **172-185**
Views Of The Senior Nursing Students About Working At A Psychiatry Clinic After Graduation: A Qualitative Study
Sevda UZUN, Satı DEMİR

Derlemeler / Review

-
- 12. İlaç Kullanımı ile Oluşan Cilt Reaksiyonları** **186-194**
Skin Reactions Related To Drug Use
Didem OĞAN, Miriř DİKMEN
- 13. Epizyotomi Sonrası Perineal Ağrının Tedavisinde Kullanılan Nonfarmakolojik Yöntemlerin Sistemik Açından İncelenmesi** **195-208**
The Systematic Analyze Them in Terms The Nonpharmacological Methods Used in The Treatment of Perineal Pain After Episiotomy
Nilüfer TOK YANIK, Gül ERTEM
- 14. İntestinal Stomannın Gebelik Sürecine Etkisi ve Hemşirelik Bakımı** **209-215**
The Effect of Intestinal Stoma on Pregnancy Process and Nursing Care
Hatice Merve ALPTEKİN, Eda ŞİMŞEK ŞAHİN
- 15. Bir Kolonoskopi Gerçeği: Utanma Duygusu ve Yönetimi** **216-221**
A Colonoscopy Fact: The Feeling of Embarrassment and Its Management
Semra ERDAĞI ORAL, Nadiye ÖZER
- 16. COVID-19'un Klinik Yönetimi ve Hemşirelik** **222-231**
Clinical Management and Nursing of COVID-19
Hatice DEMİRAG, Sevilay HİNTİSTAN
-

Üç Kuşak Kadınların Doğum Deneyimleri ve Doğum Algılarının İncelenmesi: Batı Anadolu Kırsalı Örneği

Investigation of the Birth Experiences and Birth Perceptions of Three Generations of Women: Rural Example of Western Anatolia

Dilek HACİVELİOĞLU¹, Nursen BOLSOY²

ÖZ

Birçok toplumda yaşamın doğal bir parçası olarak algılanan doğum, kadınlar için önemli bir deneyimdir. Bu deneyimin hem kadına hem de çevresine olumlu veya olumsuz yansımaları olabilmekte ve kuşaktan kuşağa aktararak toplumun doğum algısını etkileyebilmektedir. Bu çalışmada kırsalda yaşayan, bebek patlaması kuşağı, x kuşağı ve y kuşağına dahil olan kadınların doğum deneyimlerinin, doğum şekline bakış açılarının ve bunların kuşaklararası ilişkisinin incelenmesi amaçlanmıştır. Araştırma kırsalda yaşayan, doğum yapmış 101 kadın ile yürütülmüştür. Veriler araştırmacılar tarafından hazırlanan anket formu ile toplanmıştır. Zaman içinde kadınlarda üreme sağlığı, obstetrik özellikler ve doğumlarıyla ilgili kararlarda söz sahibi olmaları açısından olumlu gelişmeler olduğu saptanmıştır. Öte yandan kadınların doğum korkusu ve negatif doğum ağrısı algıları artmış, normal vajinal doğum oranları azalmış, sezaryen doğum tercihine eğilim artmıştır.

Anahtar Kelimeler: Doğum, Doğum algısı, Doğum deneyimi, Ebelik, Kuşaklararası.

ABSTRACT

Birth, which is perceived as a natural part of life in many societies, is an important experience for women. This experience can have positive or negative repercussions for both women and their environment, and can be transmitted from generation to generation to affect the perception of birth in society. The aim of this study was to examine the birth experiences, perspectives of birth type and the intergenerational relationship of women living in rural areas that belong to baby boomer generation, x generation and y generation. The study was conducted with 101 women who had given birth in rural areas. The data were collected by a questionnaire prepared by the researchers. Over time, it has been found that there are positive developments in terms of having a say in the decisions about reproductive health, obstetric characteristics and births. On the other hand, women's perceptions of birth fear and negative birth pain increased, normal vaginal delivery rates decreased, and the tendency to cesarean delivery preference increased.

Keywords: Birth, Birth experience, Intergenerational, Midwifery, Perception of birth.

¹Doktora Öğrencisi, Ebelik, Manisa Celal Bayar Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ebelik Anabilim Dalı, dyakti@gmail.com, ORCID: 0000-0003-4806-6888

²Dr. Öğr. Üyesi, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği, Manisa Celal Bayar Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü, nursenbolsoy@gmail.com, ORCID: 0000-0001-7035-6342

GİRİŞ

Birçok toplumda hayatın olağan parçası olarak görülen doğum, normal fizyolojik bir olay olmakla birlikte bazen içinde riskler de barındırabilen yaşamın en önemli deneyimlerinden biridir. Kadın doğası gereği genellikle normal vajinal doğum gerçekleşmesi mümkün olsa da gebelik boyunca kadında bir takım psikolojik değişiklikler ortaya çıkmakta, özellikle doğum öncesi ve sonrası dönemde yaşanan kaygı durumu kadınları olumsuz olarak etkilemektedir.¹ Obstetrik gereklilikler dışında, doğumla ilgili bilinmezlikler, sağlık personeline karşı güvensizlik, bebeğin ya da annenin zarar göreceği düşüncesi, ölüm korkusu, epizyotomi ya da yırtılma düşüncesi ve doğum hakkında alınan negatif duyular doğum korkusuna neden olabilmekte, korku da sezaryen doğumlara eğilime katkı sağlamaktadır. Özellikle doğum süreci hakkında bilgi sahibi olmayan kadınlarda doğum korku skorunun yüksek olduğu, doğum korkusu nedeniyle sezaryen doğumların tercih edildiği ve kadının doğum ile ilgili bilgisi arttıkça sezaryen tercihlerinin azaldığı belirtilmektedir.² Ülkemizde sezaryen oranlarının yıllar içinde arttığı görülmektedir. Sezaryen doğum oranı 1993 yılında %7 iken zaman içinde hızlı yükselme göstererek 2013 yılında %48, 2018 yılında ise %52 olmuştur.³ Sağlık profesyonellerinin gebelerin ihtiyaç duyduğu desteği sağlaması, komplikasyonlu doğumlar yaşansa bile pozitif doğum deneyimi yaşanmasını sağlayabilmektedir.^{4,5,6} Dolayısıyla obstetrik gereklilikler dışında sezaryen etkenlerinin destekleyici bakım ve bilgilendirilme ile azalmasını sağlamak açısından da kadının doğumla ilgili deneyim, algı ve beklentilerinin bilinmesi önem taşımaktadır.

Gebe ve ailesi için anlamlı bir olay olan doğum eylemi genellikle kadın belleğinde yer etmekte ve ayrıntıları ile hatırlanmaktadır.⁶ Öte yandan doğum sadece kadını etkilemekle kalmayıp aynı çevrede olan diğer kadınlara da yansımaları olabilmektedir. Kadında kalıcı olumsuz sonuçlara neden olan travmatik deneyimler kuşaklararası aktarımla da

toplumun doğum algısı ve deneyimlerini etkileyebilmektedir.⁷

Kuşak Kavramı ve Sınıflandırılması

Kuşak (jenerasyon) aynı zaman aralıklarında doğan, yaşadıkları toplumun sosyal, kültürel, ekonomik ve politik durumundan kaynaklı farklılıkları barındıran, benzer değer ve önceliklere sahip olan insan topluluğunu tanımlamak için kullanılan bir kavramdır.⁸ Aynı kuşaktan olan kişilerin genellikle benzer davranışları sergilediği, daha sonraki kuşaklarla yaşam şekli ve hayata bakış açısı yönünden farklılık gösterdiği, kuşak farklılığının algılama değişikliklerinin oluşmasında etken olduğu belirtilmektedir. Bu çalışmada incelenen kuşakların yaş aralığı araştırmanın yapıldığı yerde yaşayan ve doğum yapmış olan kadınların yaş aralığı da dikkate alınarak literatür doğrultusunda seçilmiştir.^{8,9} Kuşak sınıflandırılması:

Baby Boomer (Bebek Patlaması [BP]) Kuşağı (1946-1965)

İkinci dünya savaşından sonra doğum oranının arttığı yıllarda doğan bu kuşak, radyonun altın çağını yaşamıştır. Yaşanan nüfus patlaması nedeniyle bu ismi alan kuşak ayrıca aynı evde hem çocuklarına hem de daha sonra yaşlanan ebeveynlerine baktıkları için 'sandviç kuşağı' olarak da bilinmektedir.⁹

X Kuşağı (1966-1980)

Türkiye'de 'Geçiş Dönemi Çocukları' şeklinde de tanımlanan x kuşağı dünyadaki önemli büyük değişimleri yaşamış, patlama kuşağına kıyasla bireysel davranan, bilgi almada değişik medya kanallarını tercih eden bir kuşak olarak tanımlanmaktadır.⁸

Y Kuşağı (1981-2000)

'İnternet kuşağı', 'Echo-Boomers', 'Millennial' ve 'Nexters' olarak da ifade edilmektedir. İnternetin olduğu yıllarda doğan bu kuşağın sosyal ve iş hayatında yeni bir dönüşüm dalgası oluşturduğu ve önceki kuşaklardan farklı olarak günlük hayatta farklı kültürdeki kişilerle çok fazla etkileşim içinde olduğu belirtilmektedir. Y kuşağı modern

teknolojili ve tüketim odaklı bir anlayışla büyümüştür.⁹

Literatür İncelemesi

Literatürde kadınları gebelik ve doğum açısından kuşaklararası inceleyen çalışmaların sınırlı olduğu görülmektedir. Kay ve arkadaşları (2017), iki kuşaktaki kadınların doğum anlayışları ile ilgili hikâyelerini; Sharp ve arkadaşları (2014) ise doğum sonu kanama riskinin kuşaklararası aktarımını incelemişlerdir.^{10, 11} Ayrıca preterm doğum, genç gebelik, olumsuz doğum sonuçları ve anne doğum kilosu ile bebek doğum kilosu ilişkisi açısından kuşaklararası inceleme yapılan çalışmalar olduğu görülmektedir.¹²⁻¹⁴

Ülkemizde kuşaklararası farklılıkların incelenmesine yönelik yapılan araştırmaların daha çok iş yaşamı ve sosyal bilimler alanında olduğu görülmektedir.^{8, 9} Değişik yönleri ile doğum deneyimi ve algıları üzerine yapılmış çalışmalara bakıldığında ise genellikle kent merkezi ve hastanelerde yapılmış araştırmalar olduğu ve farklı kuşaktan kadınların doğum deneyimlerinin incelendiği çalışmalara rastlanmadığı görülmektedir.^{1,4,5,15,16} Bu çalışmada kırsalda yaşayan, BP kuşağı, x kuşağı ve y kuşağına dâhil olan kadınların doğum deneyimlerinin, doğum şekline bakış açılarının ve bunların kuşaklararası ilişkisinin incelenmesi amaçlanmıştır.

MATERYAL VE METOT

Araştırmanın Tipi

Tanımlayıcı tipte olan bu çalışma Uşak ilinin bir köyünde gerçekleştirilmiştir.

Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini köyde yaşayan ve doğum yapmış tüm kadınlar (N=104) oluşturmuştur. Örneklem seçim yöntemine gidilmemiş, tüm evrene ulaşılmaya çalışılmıştır. Köy sağlık evine hizmet amacıyla gelen ya da ev ziyaretleri ile ulaşılan, herhangi bir iletişim ve hafıza sorunu olmayan, gönüllü olarak araştırmaya katılmayı kabul eden kadınlar (n=101) örneklemi oluşturmuştur.

Veri Toplama Araçları

Araştırmada, katılımcının tanımlayıcı, obstetrik özellikleri ve doğum deneyimini sorgulayan, araştırmacılar tarafından literatür doğrultusunda oluşturulan anket formu kullanılmıştır. Araştırmaya katılmaya gönüllü kadınlara çalışma hakkında bilgi verilerek sözlü ve yazılı onamları alındıktan sonra yüz yüze görüşme tekniği ile anket formu doldurulmuştur. Görüşmede sadece katılımcı ve araştırmacı olmak suretiyle her bir görüşme 25-30 dakika sürmüştür.

Verilerin Değerlendirilmesi

İstatistiksel analizler için NCSS (Number Cruncher Statistical System) 2007 (Kaysville, Utah, USA) programı kullanılmıştır. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metodlar (ortalama, standart sapma, medyan, frekans, oran, minimum, maksimum) kullanılmıştır. Nicel verilerin normal dağılıma uygunlukları Kolmogorov-Smirnov, Shapiro-Wilk testi ve grafiksel değerlendirmeler ile sınanmıştır. Normal dağılım gösteren üç ve üzeri grupların karşılaştırmalarında One-way Anova Test ve ikili karşılaştırmalarında Bonferroni test; normal dağılım göstermeyen üç ve üzeri grupların karşılaştırmalarında ise Kruskal Wallis test ve ikili karşılaştırmalarında Bonferroni-Dunn test kullanılmıştır. Nitel verilerin karşılaştırılmasında ise Pearson Ki-Kare testi ve Fisher-Freeman-Halton Exact testi kullanılmıştır. Anlamlılık en az $p < 0,05$ düzeyinde değerlendirilmiştir.

Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın yapılabilmesi için Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Etik Kurulu'ndan (Karar Tarih/No: 01/08/2018/20.478.486), Uşak İl Sağlık Müdürlüğü'nden (11/08/2018 tarihli ve

71438662/774.99 sayılı yazı ve katılımcılardan yazılı izin alınmıştır.

Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma, sadece çalışmanın yapıldığı kırsal bölgedeki kadınların ifadelerini içermektedir. Ayrıca hatırlayamamaktan kaynaklı biaslar söz konusu olabilir.

BULGULAR VE TARTIŞMA

Bulgular ve tartışmalarının yer aldığı bu bölümde, bulgularımızın tartışmasının yapılabileceği kuşaklararası çalışmaların yetersiz olmasından dolayı tartışmada konu ile ilgili çalışmalardan yararlanılmıştır. Çalışmamızda kadınların doğumları ile ilgili özellikler ilk üç doğumları dikkate alınarak sorgulanmış ve değerlendirilmiştir.

Çalışma 101 kadın ile yapılmıştır. Kadınların yaşları 20 ile 70 arasında değişmekte olup ortalama 46.98 ± 15.73 yıldır. Kadınların %35,6'sını (n=36) çalışma tarihlerinde yaşı 54 ve üzeri olan BP kuşağı, %26,8'ini (n=27) yaşı 40-53 yaş aralığında olan x kuşağı, %37,6'sını (n=38) yaşı 40'ın altında olan y kuşağı oluşturmaktadır. Kadınların diğer tanımlayıcı özellikleri, obstetrik özellikleri ve değerlendirilmeleri Tablo 1'de verilmiştir.

Kuşaklara göre kadınların eğitim durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,001$; $p<0,01$); BP kuşağı kadınların eğitim durumlarının okur-yazar değil, x kuşağı kadınların ilköğretim mezunu, y kuşağı kadınların ise ortaokul ve üzeri olma oranı daha yüksektir. Cumhuriyet'in kuruluşundan itibaren Türkiye eğitim sisteminde uygulanan kademeler arası geçiş politikalarına bakıldığında, 1923-1997 yılları arasında beş yıllık ilköğretim zorunlu olduğu, 1997-2012 yılları arasında zorunlu eğitim süresinin sekiz yıla yükseltildiği görülmektedir. Şu an uygulanmakta olan sistem ise 2012 yılında uygulamaya konulan, zorunlu eğitimin 12 yıla çıkarıldığı, 4-4-4 olarak bilinen sistemdir.¹⁷ Çalışmamızda yer alan y kuşağı kadınlarının ilköğretim dönemlerinin sekiz yıllık zorunlu eğitimin uygulandığı zamanlara denk gelmesi eğitim durumlarının ortaokul ve üzeri olma oranlarının yüksekliğini açıklayabilir.

Kadınların toplam gebelik sayıları BP kuşağında $7,25 \pm 2,52$; x kuşağında $5,63 \pm 2,36$; y kuşağında $2,89 \pm 1,43$ olarak bulunmuştur. Kuşaklara göre kadınların toplam gebelik sayıları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,001$; $p<0,01$). BP kuşağı ve x kuşağı kadınların toplam gebelik sayıları, y kuşağı kadınlardan daha yüksektir (sırasıyla $p=0,001$; $p=0,001$; $p<0,01$). Refah ve eğitim düzeyinin yükselmesiyle doğurganlık azalmaktadır. Türkiye'de toplam doğurganlık hızının yıllar içerisinde düştüğü, 1990'larda 2,6'ya kadar gerilediği, 2013 yılında 2,26, 2018'de ise 2,3 olduğu görülmektedir. Önceki yıllara göre fark kapanmaya başlasa da kırsaldaki toplam doğurganlık hızı (2,8) kente göre (2,2) daha yüksektir. Ayrıca, gebeliği önleyici modern aile planlaması yöntemi kullanımı ülkemizde 1988-2018 yılları arasında sürekli olarak artış göstermiştir.³ Bu 30 yıllık dönemin de x kuşağının doğurganlık dönemine denk geldiği görülmektedir. Y kuşağının hala doğurganlık çağında olması ve çalışmanın yapıldığı dönemde tek gebeliğe sahip kadınların bulunması da bu kuşak kadınlarında gebelik sayısının düşük çıkmasında etkili olmuş olabilir.

Kuşaklara göre kadınların toplam düşük sayıları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,002$; $p<0,01$). BP kuşağı ve x kuşağı kadınların toplam düşük sayıları, y kuşağı kadınlardan daha yüksektir (sırasıyla $p=0,001$; $p=0,001$; $p<0,01$). Kuşaklara göre kadınların kürtaj sayıları incelendiğinde de kuşaklar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,008$; $p<0,01$). X kuşağı kadınların kürtaj sayıları, BP kuşağı ve y kuşağı kadınlardan daha yüksektir (sırasıyla $p=0,043$; $p=0,008$; $p<0,05$). (Tablo 1).

Tablo 1. Kadınların Tanımlayıcı ve Obstetrik Özellikleri ve Kuşaklara Göre Değerlendirilmesi

		Kuşak			p
		BP (n=36)	X (n=27)	Y (n=38)	
Evlenme yaşı (yıl)	Min-Mak (Medyan)	12-25 (18)	14-25 (18)	15-25 (19)	^a 0,081
	Ort±Ss	17,83±3,11	18,22±2,64	19,29±2,72	
		n (%)	n (%)	n (%)	
Eğitim Durumu	Okur-Yazar Değil	24 (66,7)	4 (14,8)	2 (5,3)	^b 0,001**
	İlkokul	12 (33,3)	22 (81,5)	20 (52,6)	
	Ortaokul ve Üzeri	0 (0)	1 (3,7)	16 (42,1)	
Meslek	İşçi	0 (0)	2 (7,4)	3 (7,9)	^c 0,258
	Ev Hanımı	36 (100)	25 (92,6)	35 (92,1)	
Aile Tipi	Çekirdek	16 (44,4)	9 (33,3)	9 (23,7)	^b 0,168
	Geniş	20 (55,6)	18 (66,7)	29 (76,3)	
Gelir Durum (Kendi Algısı)	Üst Gelir Grubu	2 (5,6)	0 (0)	1 (2,6)	^c 0,852
	Orta Gelir Grubu	26 (72,2)	19 (70,4)	28 (73,7)	
	Alt Gelir Grubu	8 (22,2)	8 (29,6)	9 (23,7)	
Sosyal Güvence	Var	33 (91,7)	22 (81,5)	30 (78,9)	^b 0,295
	Yok	3 (8,3)	5 (18,5)	8 (21,1)	
İlk Gebelik Yaşı (Yıl)	Min-Mak (Medyan)	15-36 (20)	14-25 (19)	16-28 (19,5)	^a 0,517
	Ort±Ss	19,75±4,49	19,00±2,83	20,03±3,08	
İlk Doğum Yaşı	Min-Mak (Medyan)	15-36 (20)	15-26 (19)	16-28 (20)	^a 0,595
	Ort±Ss	20,19±4,49	19,74±2,77	20,66±3,10	
Toplam Gebelik Sayısı	Min-Mak (Medyan)	3-13 (8)	2-11 (6)	1-7 (3)	^d 0,001**
	Ort±Ss	7,25±2,52	5,63±2,36	2,89±1,43	
Toplam Düşük Sayısı	Min-Mak (Medyan)	0-5 (0)	0-3 (0)	0-2 (0)	^d 0,002**
	Ort±Ss	0,81±1,24	0,74±0,98	0,13±0,41	
Kürtaj Sayısı	Min-Mak (Medyan)	0-3 (0)	0-4 (1)	0-3 (0)	^d 0,008**
	Ort±Ss	0,47±0,77	1,11±1,19	0,34±0,63	
Ölü Doğum Sayısı	Yok	34 (94,4)	24 (88,9)	35 (92,1)	^c 0,817
	Var	2 (5,6)	3 (11,1)	3 (7,9)	
Bebek Ölüm Sayısı	Min-Mak (Medyan)	0-4 (1)	0-3 (0)	0-1 (0)	^d 0,001**
	Ort±Ss	1,28±1,49	0,33±0,68	0,08±0,27	

^aOneway ANOVA Test
^dKruskal Wallis Test^bPearson Ki-kare Test
**p<0.01^cFisher Freeman Halton Exact Test

Eğitim düzeyi ve sosyoekonomik düzeyin düşük olması istenmeyen gebeliklerin önemli bir nedenidir. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 2018 verilerine göre, Türkiye’de yaşam boyu yapılan kendiliğinden düşüğün ortalama sayısı 0,32; isteyerek düşüğün ise 0,21’dir.³ Çalışmamızda sadece y kuşağı kadınlarının kendiliğinden düşük ortalaması (0.13) ülke ortalamasının altındadır. Kürtaj oranları ise tüm kuşak kadınlarında ülke ortalamasının üzerinde bulunmuştur (Tablo 1). Ülkemizde 1983 yılında "Nüfus Planlaması Hakkında Kanun" ile yasal olarak kürtajın önü açılmıştır.³ Çalışmamızda BP kuşağı kadınlarının üreme çağının kürtajın yasal olmadığı döneme denk gelmesi ve ulaşılabilirliğin kısıtlı olması nedeniyle bu kuşak kadınlarında düşüğün

yüksek, kürtajın ise daha az oranda olmasını etkilemiş olabilir. Literatürde istenmeyen gebeliklere yönelik yapılan kuşaklar arası bir çalışma mevcuttur. Liu ve arkadaşlarının (2018), anneler ve genç kızların kuşaklararası kürtaj eğilimini incelemek amacıyla yaptıkları retrospektif kohort çalışmasında, anne kürtajı genç kızlardaki kürtaj için bir risk faktörü olarak tanımlanmakta, riskin anne kürtaj sayısı arttıkça daha belirgin olduğu belirtilmektedir.¹⁸

Kuşaklara göre kadınların bebek ölüm sayıları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır (p=0,001; p<0,01). BP kuşağı kadınların bebek ölüm sayıları, x kuşağı ve y kuşağı kadınlardan daha yüksektir (sırasıyla p=0,016; p=0,001; p<0,05). (Tablo 1). Ülkemizde bebek ölüm hızı 1960’lı

yıllardan itibaren düşmeye başlamış, sağlık sisteminde yapılan düzenlemeler neticesinde 1998-2008 yılları arasında yüzde 48 azalma sağlanmıştır. Özellikle 2003 yılında başlatılan Sağlıkta Dönüşüm Programı düşüşün devam etmesinde etkili olmuştur.¹⁹ Dolayısıyla BP kuşağında bulduğumuz istatistiksel anlamlılık bu bulgularla uyumludur.

Kadınların gebelik ve doğum sürecine ilişkin özellikleri ve kuşaklararası değerlendirilmeleri Tablo 2’de verilmiştir. BP kuşağının %33,3’ünde, x kuşağının %59,3’ünde, y kuşağının ise %78,9’unda son gebelikler isteyerek planlı gerçekleşmiştir. Kuşaklara göre son gebeliğin isteyerek olma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,001$; $p<0,01$); x kuşağı ve y kuşağı kadınlarının son gebeliğinin isteyerek planlı olma oranı, BP kuşağından daha yüksektir. Son yıllarda çeşitli konularda yapılmış çalışmalarda kadın gruplarının özelliklerine göre değişim gösterse de planlı gebeliklerin çoğunlukta olduğu görülmektedir.^{6, 20} Plansız gebeliğin sosyoekonomik durum, eğitim ve aile planlaması yöntemi kullanımı gibi faktörlerle ilişkili olduğu bildirilmiştir.²⁰ Kara ve arkadaşlarının (2012) hem kırsal hem de kentsel kesimi yansıtan, sosyoekonomik faktörler ile gebelik parametreleri arasındaki ilişkinin incelendiği çalışmada da, aylık gelir düzeyi düşük aileden olan gebelerde planlı gebelik %67,4, aylık gelir düzeyi daha iyi olanlarda %80,9 bulunmuştur.²¹ Çalışmamızda BP kuşağı kadınlarının son gebeliklerinde plansız ve eş isteği ile gebe kalma oranlarının yüksek olmasının nedeni; sosyokültürel faktörler, düşük eğitim düzeyi gibi nedenlerle kadınların doğurganlıkları üzerinde söz sahibi olamamaları ve o tarihlerde sağlık hizmetlerine ulaşmada yaşanan kısıtlılıklar olabilir.

BP kuşağı kadınlarının %5,6’sı, x kuşağının %51,9’u, y kuşağının ise %94,7’si doğum öncesi kontrollerine gitmişlerdir. Kuşaklara göre kadınların gebeliklerinde doğum öncesi kontrole gitme oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,001$; $p<0,01$); y kuşağı kadınlarının gebeliklerinde doğum öncesi

kontrole gitme oranları, BP kuşağı ve x kuşağı kadınlarından daha yüksektir (Tablo 2). Doğum öncesi bakım alma; anne yaşı, eğitimi, doğum sırası ve yerleşim yeri ile yakından ilişkilidir. Türkiye’de özellikle 1998 ve 2003 yılları arası doğum öncesi bakım alma durumunda önemli gelişmeler olduğu ve neredeyse tüm kadınları (%96) kapsadığı belirtilmektedir.³ Buna paralel olarak çalışmamızda kadınların doğum öncesi kontrole gitme oranları da kuşaklararası sırası ile artma göstermektedir. Çalışmanın yapıldığı ilde 2009 yılında aile hekimliği sistemine geçilmesiyle gebelik izlemlerinin performansına dayalı hale gelmesinin, üreme dönemleri bu yıllara denk gelen y kuşağındaki kadınlarda doğum öncesi bakım alma oranlarına yansımış olduğu görülmektedir.

Kadınlar doğumlarının sonuçlanma şekline karar veren kişi açısından incelenmiştir. BP kuşağının %2,8’i, x kuşağının %25,9’u ve y kuşağının %84,2’sinde doğumların nasıl sonuçlanacağına hekim karar vermiştir. Kuşaklara göre doğumun nasıl sonuçlanacağı kararını veren kişilerin oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,001$; $p<0,01$) (Tablo 2). Y kuşağı kadınlarda doğumun nasıl sonuçlanacağı kararını veren kişinin doktor olma oranı yüksekken, BP kuşağı kadınların çoğu (%80,6) ‘doğumlarınızın nasıl sonuçlanacağına kim karar verdi?’ sorusuna ‘çevrem’ yanıtını vermiştir. Burada kastedilen aile ve sosyal çevredir. Kuşak değiştiğiçe yanıtlar da değişmiştir. Uysal’ın (2017) çalışmasında, kadınların %94,3’ünün doğum şeklini seçemediği; %69,7’sinin ise doğuma yardımcı olacak ebe ya da hekimi seçemediği belirtilmiştir.²² Vatansever ve Okumuş’un (2013) çalışmasında, gebelerin çoğunun (%81,3) doğum şekline karar verme sürecinde söz sahibi olmayı istedikleri belirtilmektedir.¹ Çalışmamızda doğum öncesi bakım alma durumunun ve kuşaklararası eğitim farkının doğumla ilgili kararlarda söz sahibi olmaya etkisi ve kuşaklara yansımaları görülmektedir.

BP kuşağı kadınlarının %2,8’i, x kuşağının %14,8’i, y kuşağının ise %55,3’ü doğum sırasında bilgilendirildiklerini belirtmişlerdir. Kuşaklara göre kadınların doğum sırasında

doğumla ilgili bilgilendirilme oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0.001$; $p<0.01$); x kuşağı ve y kuşağı kadınların doğum sırasında doğumla ilgili bilgilendirilme oranı, BP kuşağı kadınlarından daha yüksektir (Tablo 2). Doğum sırasında bilgilendirme desteği, kadının doğum sürecini anlamasını, doğum korkusunun azalmasını, endişelerinden kurtularak baş etmesinin kolaylaşmasını ve olumlu bir doğum deneyimi yaşamasını sağlayan destekleyici bakım aktivitelerinden biridir.^{23, 24} Dağlar ve Güler'in (2004) çalışmalarında, ebelerin bilgi vermeye yönelik girişimleri istenilen düzeyde yapmadıkları bulunmuştur.²³ Özcan ve Aslan'ın (2015) çalışmalarında da, sezaryen doğum yapan lohusalarda bilgilendirme açısından memnuniyetin normal doğum yapanlara göre daha yüksek olduğu bulunmuştur.²⁴

Kadınlar doğum sırasında yanında bulunanlar açısından incelendiğinde de, BP kuşağı kadınlarının %88,9'unun yanında diplomasız ebe veya bir yakını, x kuşağının %51,9'unun yanında ebe olduğu belirlenmiştir. Y kuşağının %39,5'inin yanında doğum sırasında sadece ebe, %34,2'sinin yanında ise ebe ve doktor olduğu bulunmuş olup kuşaklara göre kadınların doğum sırasında yanında bulunanların oranları arasında da istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,001$; $p<0.01$). Dolayısıyla çalışmamızda doğum esnasında kadının yanında ebe ya da doktor bulunmasına paralel olarak x ve y kuşağı kadınlarında doğumda bilgilendirilme oranı BP kuşağından yüksek çıkmıştır. Ancak hem x (%14,8) hem de y kuşağında (%55,3) doğum sırasında kadınlara verilen bilgilendirme desteğinin düşük düzeyde olduğu görülmektedir (Tablo 2).

BP kuşağı kadınlarının %30,6'sı, x kuşağının %66,7'si, y kuşağının ise %73,7'si doğum korkusu yaşamıştır. Kuşaklara göre kadınların doğum korkusu yaşama oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,001$; $p<0,01$); x kuşağı ve y kuşağı kadınların doğum korkusu yaşama oranı, BP kuşağı kadınlarından daha

yüksektir. Kadınların doğum ağrısı algıları arasında da istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0.001$; $p<0.01$); BP kuşağı kadınların doğum ağrısı düzeyinin hafif ve orta olma oranı yüksekken, x kuşağı ve y kuşağı kadınlarda ise şiddetli olma oranı daha yüksektir (Tablo 2). Kadınların vajinal doğumda ağrı beklentileri sezaryen doğuma göre daha fazladır. Doğum korkusu, tıbbi bir neden olmaksızın sezaryen istemek için en yaygın nedendir. Gebelik döneminde destek alan kadınlarda doğum korkusunun azalabileceği belirtilmektedir.^{2, 15} Çalışmamızda, y kuşağında doğum öncesi kontrollere gitme oranlarının yüksek ve içinde buldukları kuşak dolayısıyla sağlık kurumu, internet ve benzeri yerlerden yararlanma durumu olmasına rağmen hem doğum korkusu hem de ağrı algıları yüksek düzeyde bulunmuştur. Buna karşın BP kuşağının doğum ağrısı ve doğum korkusuna bakışı x ve y kuşağından farklıdır. Taghizadeh ve arkadaşlarının (2017), kadınların doğum sırasındaki ağrı deneyimlerini araştırmak amacıyla yaptıkları nitel çalışmada da, katılımcıların çoğunda kültürel ve dini faktör kaynaklı ağrıya karşı olumlu deneyim ve tutum olduğu bulunmuştur. Çalışmada doğum sırasında kadının ruhsal ve zihinsel durumunun sağlık çalışanları için ağrıyı anlamada yol gösterici olacağı belirtilmektedir.²⁵

Kadınların emzirme zamanlarına bakıldığında BP kuşağı kadınlarının %47,2'si, x kuşağının %92,6'sı, y kuşağının ise %89,5'i bebeklerini ilk bir saat içinde emzirmiştir. Kuşaklara göre kadınların doğum sonrası emzirme zamanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,001$; $p<0,01$); x kuşağı ve y kuşağı kadınların doğum sonrası bebeği emzirme zamanlarının ilk bir saat içinde olma oranı, BP kuşağı kadınların ise saatler sonra olma oranı daha yüksektir (Tablo 2).

Kuşaklara göre kadınların doğum sonrası hemen emzirmeme nedenleri arasında da istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,001$; $p<0,01$); BP kuşağı kadınların üç ezan bekleme geleneğinden dolayı emzirmeme oranı, y kuşağı kadınların

ise tıbbi gerekçelerden dolayı emzirmeme oranı daha yüksektir. Çalışmamıza katılan x kuşağı kadınlarının tamamı doğumdan sonra bebeklerini hemen yanlarına almış ve ilk 1 saat içinde emzirmişlerdir. Y kuşağı kadınlarında da emzirme oranı %92 olup doğumdan sonra bebeklerini emziremeyenlerin nedenleri ise çeşitli tıbbi gerekçelerdir. BP kuşağındaki hemen hemen tüm kadınların, gebelik, doğum ve bebek bakımı ile ilgili süreçlerde aile büyükleri ve çevre kontrolünde davranmak ve geleneklere uymak durumunda kaldıklarını ve başka seçenekleri olmadığını ifade ettikleri dikkat çekmiştir. Görüşmeler süresince bu kuşaktaki kadınların ‘büyüklerimiz bebeği ne zaman verirse o zaman alıyorduk’, ‘adetler öyleydi’ gibi söylemleri ortak özellik taşıyordu. BP kuşağındaki doğumdan sonra bebeğini hemen emzirmeyen kadınların tamamının gerekçesi üç ezan bekleme geleneğiydi. Bazı inanışlar ve geleneksel uygulamalar geç emzirmeye etkili olan önemli bir faktör olup bu gelenek de bunlardan biridir.²⁶ Akman ve Gözüyeşil’in (2018) doğum sonu dönemde geleneksel uygulamalara yönelik yapılan araştırmaları incelenmek amacıyla yaptıkları literatür derlemesinde de bebeği beslemek için üç ezan beklenmesinin Türkiye’deki emzirmeye yönelik başlıca geleneksel uygulamalardan biri olduğu bulunmuştur.²⁷ Ayrıca Türkiye’de değişik bölgelerde yapılmış çalışmalar, sağlığa olumsuz etkisi olan bebeği emzirmek için üç ezan bekleme geleneğinin varlığını ve zaman içinde azalsa da uygulandığını belirtmektedir. Sağlık sisteminin anne sütü ve emzirmeyi desteklemesi ve bu konuda farkındalığın artması doğumdan sonra ilk bir saat içinde emzirme oranlarının artmasını ve üç ezan bekleme geleneğinin azalmasını sağlamıştır.^{28, 29} Ayrıca yeni doğanların ilk bir saat içinde emzirilmelerinde ebe ve hemşire önerisinin etkili olduğu belirtilmektedir.³⁰ Çalışmamızda da üç kuşak kadında sağlık kurumu ve sağlık çalışanıyla temasa bağlı olarak bebekle ilk buluşma ve emzirme yöneliminin değişmesiyle bu etkiler görülmektedir. Literatürde, emzirme ile ilgili kuşaklararası deneyimlerin uygulamadaki rolünü değerlendirmek için Fransa’da yapılmış bir

çalışma yer almaktadır. Bu çalışmada, kadının annesinin ve önceki emzirme deneyiminin emzirme davranışları üzerinde önemli etkiye sahip olduğu bulunmuştur. Kendileri emzirilen annelerin bebeklerini emzirmeye başlama ve devam etmelerinin daha olası olduğu belirtilmektedir.³¹

Çalışmamızda BP kuşağı kadınlarının %77,8’i, x kuşağının %44,4’ü, y kuşağının ise %21,1’i doğumu kolay ve güzel bir deneyim olarak değerlendirmiş olup kuşaklara göre kadınların doğumla ilgili düşünceleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır (p=0,001; p<0,01). BP kuşağı kadınların doğumun kolay ve güzel olduğunu hissetme oranı, x kuşağı ve y kuşağı kadınların ise doğumun çok zor olduğunu hissetme oranı daha yüksektir (Tablo 2). Kadınların doğuma yönelik algıları ve yorumları, bireysel özellikleri, beklentileri ve yaşadıkları kültüre bağlı olarak değişiklik gösterebilmektedir.³² Pınar ve arkadaşlarının (2009) çalışmasında, annelerin %47,3’ü doğumu çok kolay, %31,3’ü sıkıntılı, %11,3’ü çok zor, %10’u ise ameliyattan sonra güç şeklinde değerlendirmişlerdir.³³ Yeşilçiçek Çalık ve Kömürcü’nün (2014) çalışmasında, annelerin doğum eylemine ilişkin düşüncelerini en çok “ağrılı ve zor ama sonu var” şeklinde ifade ettikleri bulunmuştur.³⁴ Doğal ve ağrılı bir süreç olan doğumun kadın tarafından anlamlandırılması sosyokültürel yapı tarafından belirlenmektedir.³² Çalışmamızda BP kuşağı kadınlarının doğumu kolay olarak değerlendirmelerinin yaşadıkları toplumun doğum davranışlarından kaynaklandığını düşünmekteyiz. Doğumların büyük çoğunluğunun evde diplomasız ebe tarafından gerçekleştiği bu kuşak kadınlarında veri toplama sürecinde ‘o zamanlar herkes öyle doğuruyordu’ söylemi ve bu süreci doğal olarak değerlendirmeleri dikkat çekiciydi. Sağlık hizmetlerine ulaşılabilirliğin ve seçeneklerin artmasıyla olumlu sağlık sonuçları sağlanmasına rağmen hastane koşullarında yaşanan travmatik deneyimler ve iletişim araçlarından kaynaklanan bilgi karmaşası nedeniyle x ve y kuşağı kadınlarının doğumu zor olarak değerlendirdikleri düşünülmektedir.

Tablo 2: Kadınların Gebelik, Doğum ve Doğum Sonu Sürecine İlişkin Özellikleri ve Kuşaklararası Değerlendirilmesi

		Kuşak			p
		BP (n=36) n (%)	X (n=27) n (%)	Y (n=38) n (%)	
Son Gebeliğin İsteyerek Olma Durumu	İsteyerek Planlı	12 (33,3)	16 (59,3)	30 (78,9)	°0,001**
	İsteyerek Plansız	12 (33,3)	4 (14,8)	2 (5,3)	
	Eş İsteği İle	5 (13,9)	1 (3,7)	0 (0)	
	İstemeyerek	7 (19,4)	6 (22,2)	6 (15,8)	
Gebeliklerinde Doğum Öncesi Kontrole Gitme	Evet	2 (5,6)	14 (51,9)	36 (94,7)	°b0,001**
	Hayır	34 (94,4)	13 (48,1)	2 (5,3)	
Doğumun Nasıl Sonuçlanacağı Kararını Veren Kişi	Doktor	1 (2,8)	7 (25,9)	32 (84,2)	°0,001**
	Kendim ve Doktor	0 (0)	2 (7,4)	5 (13,2)	
	Çevre	29 (80,6)	9 (33,3)	1 (2,6)	
Doğumu Yaptırmanın Desteğini Değerlendirme	Kendim ve Eşim	6 (16,7)	9 (33,3)	0 (0)	°b0,678
	Yeterli	22 (61,1)	13 (48,1)	23 (60,5)	
	Yetersiz	4 (11,1)	6 (22,2)	7 (18,4)	
Doğum Sırasında Doğumla İlgili Bilgilendirilme	Kısmen Yeterli	10 (27,8)	8 (29,6)	8 (21,1)	°b0,001**
	Evet	1 (2,8)	4 (14,8)	21 (55,3)	
Doğum Sırasında Yanındakiler	Hayır	35 (97,2)	23 (85,2)	17 (44,7)	°0,001**
	Ebe	1 (2,8)	14 (51,9)	15 (39,5)	
	Ebe ve Doktor	0 (0)	5 (18,5)	13 (34,2)	
	Doktor	0 (0)	1 (3,7)	9 (23,7)	
	Ebe, Doktor ve Eşi	0 (0)	0 (0)	1 (2,6)	
	Diplomasız Ebe/Yakını	32 (88,9)	7 (25,9)	0 (0)	
	Yalnız Kendisi	3 (8,3)	0 (0)	0 (0)	
Doğum Korkusu Yaşama	Evet	11 (30,6)	18 (66,7)	28 (73,7)	°b0,001**
	Hayır	25 (69,4)	9 (33,3)	10 (26,3)	
Doğum Ağrısı Düzeyi	Hafif	13 (36,1)	2 (7,4)	4 (10,5)	°b0,001**
	Orta	13 (36,1)	7 (25,9)	7 (18,4)	
	Şiddetli	8 (22,2)	15 (55,6)	15 (39,5)	
	Çok Şiddetli	2 (5,6)	3 (11,1)	12 (31,6)	
Doğum Sonrası Emzirme Zamanı	İlk Bir Saat İçinde	17 (47,2)	27 (100)	35 (92,1)	°0,001**
	Saatler Sonra	19 (52,8)	0 (0)	1 (2,6)	
	Günler Sonra	0 (0)	0 (0)	2 (5,3)	
Doğum Sonrası Hemen Emzirmeme Nedeni(N=22)	Tıbbi Gerekeç	0 (0)	0 (0)	3 (100)	°0,001**
	Üç Ezan Bekleme Geleneği	19 (100)	0 (0)	0 (0)	
Doğumla İlgili Düşünceleri	Fena değildi	2 (5,6)	2 (7,4)	7 (18,4)	°0,001**
	Kolay ve güzeldi	28 (77,8)	12 (44,4)	8 (21,1)	
	Mucize	0 (0)	0 (0)	4 (10,5)	
	Zor fakat güzel bir deneyim	4 (11,1)	5 (18,5)	10 (26,3)	
	Acı verici				
	Çok zor	1 (2,8)	3 (11,1)	1 (2,6)	
	Korkunç	1 (2,8)	5 (18,5)	7 (18,4)	
	0(0)	0(0)	1(2,6)		

^bPearson Ki-kare Test^cFisher Freeman Halton Exact Test

*p<0.05

**p<0.01

Kadınların yaşadıkları ve tercih ettikleri doğum şekli özellikleri ve kuşaklararası değerlendirilmeleri Tablo 3’de verilmiştir. Kuşaklara göre doğum şekilleri arasında her

üç doğum için de istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır (p<0,01).

Tablo 3: Kuşakların Doğum Şekli Açısından Değerlendirilmesi

Doğum sayısı	Doğum şekli	KUŞAK			p
		BP Kuşağı	X Kuşağı	Y Kuşağı	
		n (%)	n (%)	n (%)	
1.doğum (n=101)	Vajinal	36(100)	26 (96,3)	29 (76,3)	^b0,001**
	Sezaryen	0 (0)	1 (3,7)	9 (23,7)	
2.doğum (n=93)	Vajinal	36 (100)	24 (92,3)	21 (67,7)	^b0,000**
	Sezaryen	0 (0)	2 (7,7)	10 (32,3)	
3.doğum (n=72)	Vajinal	33 (100)	19 (90,5)	7 (38,9)	^b0,000**
	Sezaryen	0 (0)	2 (9,5)	11 (61,1)	
Yeniden Doğurmak İstediginde Tercih Edilen Doğum Şekli	Normal Doğum	35 (97,2)	23 (85,2)	26 (68,4)	^b0,004**
	Sezaryen	1 (2,8)	4 (14,8)	12 (31,6)	
Doğumu Yaptırmasını İsteddiği Kişi	Doktor	8 (22,2)	11 (40,7)	25 (65,8)	^c0,002**
	Ebe	22 (61,1)	14 (51,9)	10 (26,3)	
Doğum Sırasında Yanında Olmasını İsteddiği Kişiler	Kadın Olması Önemli (Doktor Ya Da Ebe)	6 (16,7)	2 (7,4)	3 (7,9)	^c0,001**
	Anne	0 (0)	1 (3,7)	5 (13,2)	
Doğum Sırasında Yanında Olmasını İsteddiği Kişiler	Eş	0 (0)	0 (0)	11 (28,9)	^c0,001**
	Kardeş	0 (0)	1 (3,7)	2 (5,3)	
Doğum Sırasında Yanında Olmasını İsteddiği Kişiler	Yakınlarından Biri	6 (16,7)	5 (18,5)	3 (7,9)	^c0,001**
	Sağlıkçı Dışında Kimse Olmasın	30 (83,3)	20 (74,1)	17 (44,7)	

^bPearson Ki-kare Test^cFisher Freeman Halton Exact Test

**p<0,01

Sezaryen oranları y kuşağında daha yüksektir. Birinci doğumlar BP kuşağı kadınlarda %100, x kuşağında %96,3, y kuşağında ise %76,3 vajinal doğumdur. Y kuşağında vajinal doğum oranının ikinci doğumda %67,7'ye, üçüncü doğumda ise %38,9'a düştüğü bulunmuştur. Tıbbi zorunluluklar dışında kadınların doğum korkusu, doğum ile ilgili negatif duyular, bilgi yetersizliği ve sağlık çalışanının malpraktis çekincesi gibi nedenlerle sezaryene eğilim artmaktadır.² Türkiye'deki sezaryen oranlarının artışına paralel olarak çalışmamıza katılan kadınlar arasında da zaman içinde normal vajinal doğum sayılarının azaldığı ve sezaryen oranının y kuşağı kadınlarında oldukça yüksek olduğu görülmektedir.

Kadınlar yeniden doğurmak istediklerinde tercihleri edecekleri doğum şekilleri açısından incelendiğinde BP kuşağı kadınların %97,2'si, x kuşağının %85,2'si, y kuşağının ise %68,4'ünün normal doğumu tercih edeceği bulunmuştur. Kuşaklara göre tercih edilen doğum şekilleri arasında istatistiksel

olarak anlamlı farklılık saptanmıştır (p=0.004; p<0.01); x kuşağı ve y kuşağı kadınların yeniden doğurmak istediğinde sezaryen doğumu tercih etme oranı, BP kuşağı kadınların ise normal doğum tercih etme oranı daha yüksektir. Kadınlara tercih nedenleri açık uçlu olarak sorulmuştur. Normal doğum tercih edenler sırası ile 'bel ağrısı olmaz, yarım olmazsın, sezaryen sonrası ağır kaldıramazsın, narkoz almazsın, hemen kalkıp işlerini yapabilirsin, ameliyatın sorunları ömür boyu sürer, normal doğumun acısı kısa sürer ve doğum sonu ağrı olmaz' şeklinde açıklama yapmışlardır. Sezaryen doğum ise ağrı ve acı olmaması, doğum korkusu, epizyo ve fundal bası korkusu, tüpligasyon isteği ve önceki doğumun sezaryen olması nedeni ile tercih edilmiştir. Doğum şekli tercihi doğum korkusu, sosyoekonomik faktörler, bireysel istek, hekim isteği ve çevre gibi birçok faktörden etkilenmektedir. Doğum korkusunun farklı nedenleri olmakla beraber temelinde ağrı yatmaktadır. Kadınlar sezaryen doğumu doğum ağrısını önlemenin bir yolu olarak görebilmektedir. Literatürde benzer sonuçları gösteren birçok çalışma mevcut

olup doğum şekli tercihi ve nedenleri yönünden çalışmamızın bulguları literatürle uyum göstermektedir.^{2,16,35} Çalışmamızda kadınların doğumlarını yaptırmasını istediği kişi açısından kuşaklar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0.002$; $p<0.01$). BP kuşağı ve x kuşağı kadınların doğumu ebeinin yapmasını isteme oranı (sırası ile: %61,1 ve %51,9), y kuşağı kadınların ise doğumu doktorun yapmasını isteme oranı (%65,8) daha yüksektir (Tablo 3). Tarih boyunca tüm toplumlarda ebeler çeşitli doğal tekniklerle doğuma yardımcı olmuşlardır. Günümüzde ebeliğin bilimsel gelişmeler doğrultusunda gelişen bir meslek olmasına rağmen ülkemizde ev doğumlarından uzaklaşılması ve doktor ya da kadının tercihine bağlı elektif hale gelen sezaryenin artmasıyla ebelik mesleği gerilemeye başlamıştır.³⁶ Başgöl ve Kızılkaya Beji'nin (2015) derleme çalışmasında, kadınların ebe yönetiminde aldıkları bakımdan daha memnun oldukları, doğumda bölgesel anestezi, epizyotomi ve müdahaleli doğumların daha az, kendiliğinden vajinal doğumların daha fazla olduğu, ayrıca ebe yönetimindeki doğumlarda 24 haftadan önceki bebek ölümlerinin ve erken doğumların daha az olduğu bildirilmektedir.³⁷ BP ve x kuşağı kadınlarının, ev doğumlarının gündemde olduğu, ebelerin ev ziyareti yaptığı, ebelik hizmetlerinin daha etkin yürütüldüğü dönemlere tanıklık etmiş olmaları doğumu ebelerin yaptırması gerekliliğini düşünmelerine neden olmuş olabilir. Y kuşağı kadınlarının çoğunun (%84,2) doğumunun nasıl sonuçlanacağına doktor karar vermiş ve doğum öncesi kontrolleri daha çok doktor tarafından yapılmıştır. Bu doğrultuda y kuşağı kadınları doğumlarının doktor tarafından gerçekleştirilmesini istiyor olabilir.

Kuşaklara göre kadınların doğum sırasında yanında olmasını istediği kişiler arasında da istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0.001$; $p<0.01$). BP kuşağı ve x kuşağı kadınların doğum sırasında yanında sağlıklı dışında kimsenin olmasını istememe

oranı (sırası ile: %83,3 ve %74,1), y kuşağı kadınların ise doğum sırasında yanında eşlerinin olmasını isteme oranı (%28,9) daha yüksektir (Tablo 3). Hem gebelik hem de doğum sürecinde sosyal destek çok önemli olup birçok kültürde kadınlar yakınları, arkadaşları ve ebeler tarafından desteklenmekte, bu desteğin de kadının emosyonel sağlığına ve doğum çıktılarına olumlu etkileri olmaktadır. Timur ve Hotun Şahin'in (2010) kadınların doğum eylemi sırasındaki sosyal destek deneyim ve tercihlerini inceledikleri çalışmalarında, kadınların çoğunun (%74,5) doğumda destekleyici birine ihtiyaç duyduğu, desteği istenen kişilerin ise sırasıyla annesi, eşi, kardeşi ve bir sağlık personeli şeklinde olduğu bulunmuştur.⁶ Güleç ve arkadaşlarının (2014) çalışmalarında da, gebelik döneminde sosyal destek düzeyleri arttıkça kadınların doğum korkularının azaldığı belirtilmektedir.³⁸ Çalışmamızda kadınların eğitim düzeyindeki farklılıkların, değişen kültürel ve toplumsal değerlerin, y kuşağı kadınlarında doğum sırasında eş desteğine olumlu bakmalarına yansımalarının olduğu görülmektedir

Kadınların ilk üç doğumlarının yapıldığı yer, doğumu yaptıran kişi ve epizyotomi yönünden özellikleri ve bunların kuşaklararası karşılaştırılmaları Tablo 4'de verilmiştir. Kuşaklara göre kadınların doğumlarını yaptıkları yerlerin oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır. BP kuşağı kadınların %5,6'sı, x kuşağının %55,6'sı ve y kuşağının %100'ü ilk doğumlarını hastanede gerçekleştirmiştir. Her üç doğum için de; BP kuşağı kadınların evde doğum yapma oranları, x kuşağı ve y kuşağı kadınlardan daha yüksektir. X kuşağı kadınların evde doğum yapma oranları da y kuşağı kadınlardan daha yüksektir ($p=0,001$; $p<0,01$) (Tablo 4). Sağlıklı gebeliğe sahip kadınların herhangi bir müdahale olmaksızın evde doğum yapabileceği belirtilse de öngörülemeyen komplikasyonlar nedeniyle ülkemiz de dâhil birçok ülkede doğumların hastanede olması önerilmektedir.³⁷

Tablo 4. Kuşaklara Göre İlk Üç Doğuma İlişkin Değerlendirmeler

Doğum sıralaması	Doğum yeri	Toplam n (%)	Kuşak			p
			BP Kuşağı n (%)	X Kuşağı n (%)	Y Kuşağı n (%)	
1.doğum (n=101)	Hastane	55 (54,5)	2 (5,6)	15 (55,6)	38 (100)	^b 0,001**
	Ev	46 (45,5)	34 (94,4)	12 (44,4)	0 (0)	
2.doğum (n=93)	Hastane	44 (47,3)	0 (0)	14 (53,8)	30 (96,8)	^c 0,001**
	Ev	48 (51,6)	36 (100)	11 (42,3)	1 (3,2)	
	Sağlık ocağı	1 (1,1)	0 (0)	1 (3,8)	0 (0)	
3.doğum (n=72)	Hastane	33 (45,8)	3 (9,1)	13 (61,9)	17 (94,4)	^b 0,001**
	Ev	39 (54,2)	30 (90,9)	8 (38,1)	1 (5,6)	
Doğumu yaptıran kişi						
1.doğum (n=101)	Ebe	39 (38,6)	3 (8,3)	15 (55,6)	21 (55,3)	^c 0,001**
	Doktor	20 (19,8)	0 (0)	3 (11,1)	17 (44,7)	
	Diplomasız ebe	39 (38,6)	30 (83,3)	9 (33,3)	0 (0)	
	Kendisi	3 (3)	3 (8,3)	0 (0)	0 (0)	
2.doğum (n=93)	Ebe	28 (30,1)	1 (2,8)	13 (50)	14 (45,2)	^c 0,001**
	Doktor	18 (19,4)	0 (0)	2 (7,7)	16 (51,6)	
	Diplomasız ebe	43 (46,2)	31 (86,1)	11 (42,3)	1 (3,2)	
	Kendisi	4 (4,3)	4 (11,1)	0 (0)	0 (0)	
3.doğum (n=72)	Ebe	20 (27,8)	3 (9,1)	12 (57,1)	5 (27,8)	^c 0,001**
	Doktor	15 (20,8)	0 (0)	2 (9,5)	13 (72,2)	
	Diplomasız ebe	31 (43,1)	25 (75,8)	6 (28,6)	0 (0)	
	Kendisi	6 (8,3)	5 (15,2)	1 (4,8)	0 (0)	
Epizyotomi						
1.doğum (n=101)	Evet	41 (40,6)	1 (2,8)	11 (40,7)	29 (76,3)	^b 0,001**
	Hayır	60 (59,4)	35 (97,2)	16 (59,3)	9 (23,7)	
2.doğum (n=93)	Evet	20 (21,5)	0 (0)	4 (15,4)	16 (51,6)	^b 0,001**
	Hayır	73 (78,5)	36 (100)	22 (84,6)	15 (48,4)	
3.doğum (n=72)	Evet	10 (13,9)	0 (0)	5 (23,8)	5 (27,8)	^c 0,002**
	Hayır	62 (86,1)	33 (100)	16 (76,2)	13 (72,2)	

^bPearson Ki-kare Test^cFisher Freeman Halton Exact Test

**p<0,01

Türkiye’de evde gerçekleşen doğumların gösterildiği değişik yıllarda yapılmış çalışmalar mevcuttur.^{30, 39} Evde doğum sosyal, kültürel, eğitim ve ekonomik düzey ile ilişkilidir.³⁹ TNSA sonuçlarına göre sağlık kuruluşlarında gerçekleşen doğumların, 1993’de %60 iken 2003’de %78, 2008’de %90, 2013’de %97, 2018’de ise %99 olduğu; evde doğumların ise %1’in altına düştüğü görülmektedir.³ Çalışmamızda, BP kuşağı kadınlarında evde doğum oranları her üç doğum için de çok yüksektir (Sırası ile: %94,4; %100; %90,9). Y kuşağında iki tane evde doğum bulunmuş olup bu doğumlar aynı kadına ait ikinci ve üçüncü doğumlarıdır. İkinci doğumu evde diplomasız ebe olan

kayınvalidesi, üçüncü doğumu ise son anda haber verilmek suretiyle evde diplomalı ebe tarafından gerçekleştirilmiştir. Bu doğum, çalışmanın yapıldığı bölgede son evde doğum vakası olup 2005 yılında gerçekleşmiştir.

Kuşaklara göre kadınların doğumlarını yaptıran kişilerin oranları arasında da istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır (p=0,001; p<0,01). İlk doğumlar incelendiğinde ebe tarafından yaptırılan doğumlar BP kuşağında %8,3, x kuşağında %55,6, y kuşağında ise %55,3 olarak bulunmuştur. BP kuşağında üç doğumda da doktor tarafından yaptırılan doğum bulunmamaktadır. Doktor tarafından yaptırılan doğumların en fazla y kuşağında

olduğu ve zamanla arttığı görülmektedir. Y kuşağı kadınlarında ilk doğumların %44,7'si; ikinci doğumların %51,6'sı; üçüncü doğumların ise %72,2'si doktor tarafından yaptırılmıştır (Tablo 4). TNSA verilerinde doğum sırasında yardım eden kişilere bakıldığında, doğumların sağlık eğitimi almış kişiler tarafından gerçekleştirilme yüzdeleri; 1993'de %76, 1998'de %73, 2003'de %83 ve 2008'de %91, 2013'de %97 ve 2018 verilerinde ise doğumların neredeyse tamamının (%99) sağlık eğitimi almış kişiler tarafından gerçekleştirildiği şeklindedir. Doğumların %83'ü doktor, %16'sı ise ebe ve hemşire yardımıyla gerçekleşmiştir. Ebe ve hemşire yardımıyla doğum Türkiye'de bölgeler arası farklılık göstermekte, batıda %7 ile en düşük iken doğuda %32 ile en yüksek düzeydedir.³ Bulguların ait olduğu yıllar BP kuşağı kadınlarının üreme çağını çok fazla içermemekte ancak x kuşağının büyük çoğunluğu ve y kuşağını içine almaktadır. Çalışmamızda da doğumun yapıldığı yerle de ilişkili olarak sağlık personeli yardımıyla gerçekleşen doğumların zamanla arttığı görülmektedir.

Kadınlar epizyotomi olma açısından incelendiğinde BP kuşağının %2,8'i, x kuşağının %40,7'si, y kuşağının ise %76,3'ünün ilk doğumlarında epizyotomi uygulandığı bulunmuştur. Kuşaklara göre kadınların her üç doğum için de epizyotomi yapılma oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0,01$). X ve y kuşağı kadınların doğumlarında epizyotomi yapılma oranı BP kuşağı kadınlarından daha yüksektir. Y kuşağı kadınlarının epizyotomi yapılma oranı da x kuşağı kadınlarından daha yüksektir (Tablo 4).

Perineal travmaları önlemek amacıyla rutin uygulanabilen epizyotominin komplikasyonlu olabileceği, bu nedenle gerekli klinik durumlarda sınırlı uygulamaya gidilmesi gerektiği belirtilmektedir. Dünya Sağlık Örgütü, aktif doğum yönetiminde rutin epizyotomi uygulamasını önermemektedir.⁴⁰

Çalışmamızda, sağlık kuruluşlarında gerçekleşen doğum oranlarının artışına paralel olarak epizyotomi oranlarının da arttığı görülmektedir.

Çalışmamızda kadınlara doğum anında ebelerin nasıl davranmasını istedikleri sorulduğunda alınan yanıtlar Tablo 5'de verilmiştir. Ebelerin iyi davranmaları (%49,5), azarlamamaları (%28,7), bilgi vermeleri (%17,8) ve ilgi göstermeleri (%14,9) kadınların çoğunluğu tarafından beklenen davranışlardır. Değişik yıllarda yapılmış çalışmalar da ebeden beklenen davranışların her kuşak için benzer olduğunu göstermektedir. Erenel ve Akkuzu'nun (1999) kadınların doğum deneyimlerini inceledikleri çalışmalarında (n=183), kadınların %34'ü ebelerin, %8,6'sı da doktorların travayda kendilerine saygısız davrandığını ifade ettikleri, bu davranışların da en çok azarlama, bağırma ve hakaret etme şeklinde olduğu bulunmuştur.⁴ Çankaya ve arkadaşlarının (2014) çalışmasında, gebelerin ebelerden özellikle saygılı davranma, güler yüzlülük ve ilgi açısından beklentileri olduğu belirtilmektedir.⁵ Kadınlarda olumlu doğum deneyimi yaşanması açısından ebe yaklaşımının önemli olduğu unutulmamalıdır.

Tablo 5: Kadınların Doğum Anında Ebelerden Bekledikleri Davranışlar

Ebelerden beklenenler	n	%
İyi davranmaları	50	49,5
Azarlamamaları	29	28,7
Bilgi vermeleri	18	17,8
İlgi göstermeleri	15	14,9
Yardımcı olmaları	12	11,9
Güler yüzlü olmaları	10	9,9
Anlayış göstermeleri	8	7,9
Güzel konuşmaları	7	6,9
Destek olmaları	6	5,9
Yumuşak olmaları	5	5,0
Moral vermeleri	4	4,0
İhtiyaçla ilgilenmeleri	2	2,0
Empati göstermeleri	2	2,0
Cesaret vermeleri	1	1,0
Karına bastırmamaları	1	1,0

*Birden çok seçenek işaretlenmiştir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

BP, x ve y kuşağı kadınlarının incelendiği çalışmamızda gebelik ve doğum özellikleri açısından kuşaklararası birçok farklılık

saptanmıştır. Zaman içinde kadınlarda eğitim durumunun yükseldiği, toplam gebelik sayısında düşüş olduğu, bebek ölümlerinin,

kendiliğinden düşük ve kürtaj sayılarının azaldığı görülmektedir. Bebeği emzirmeye erken başlama, planlı gebelikler ve doğum öncesi kontroller artmıştır. Kadınların doğumlarıyla ilgili kararlarda söz sahibi olması olumlu yönde ilerlemiş ve sağlık çalışanı ile işbirliği devreye girmiştir. Dolayısıyla sağlık çalışanı yardımı ile doğum ve sağlık kuruluşunda gerçekleşen doğumlarda artış gerçekleşmiştir. Eğitim durumunun yükselmesi ve iyileşen sağlık sisteminin yansması olan bu olumlu gelişmelerin yanında kadınların doğum korkusu ve doğum ağrısı algıları açısından olumsuz sonuçların varlığı da görülmüştür. Normal vajinal doğum oranları azalmış, sezaryen tercihinin eğilim artmıştır. Doğum ağrısı ve sezaryene bağlı gelişen rahatsızlıkların kadınlar için sorun teşkil ettiği görülmektedir. Ayrıca doğumda ebe tercihinin azalması, ebelerin gebelik ve

doğum sürecinde daha etkin olmaları gerekliliğini göstermektedir.

Kadınların doğumla ilgili görüşlerinin anlaşılması hizmet etkinliği açısından önem taşımaktadır. Açıklığa kavuşturulan doğum algıları ve doğum şekline bakış açıları hem doğum öncesi bakım aşamasında özellikle değinilecek konularda hem de sağlık hizmeti planlamasında yol gösterici olabilir. Çalışmamızda üç kuşak kadınlarının gebelik ve doğum süreci ile ilgili farklı tecrübelerinin olduğu, her kadının deneyimlerini anlatmaya açık olduğu dikkat çekmekteydi. Bu bağlamda kadınların gebelik, doğum ve üreme sağlığı açısından daha özgül şekilde incelenmeleri faydalı olabilir. Ayrıca değişik kuşaklara mensup kadınların kendi hikâyelerini öğrenmek ve bunun kadınlar arasındaki etkileşimini anlamak için nitel çalışmaların da yapılmasının yararlı olacağı düşünülmektedir.

KAYNAKLAR

1. Vatansever, Z., Okumuş, H. (2013). Gebelerin Doğum Şekline Karar Verme Durumlarının İncelenmesi. *DEUHYO ED*, 6 (2), 82-87.
2. Bülbül, T., Özen, B., Çopur, A., Kayacık, F. (2016). Gebelerin Doğum Korkusu ve Doğum Şekline Karar Verme Durumlarının İncelenmesi. *Sağlık Bilimleri Dergisi*, 25 (3), 126-130.
3. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü (2019). 2018 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, T.C. Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı ve TÜBİTAK, Ankara, Türkiye. http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2018/rapor/TNSA_2018_ana_Rapor.pdf Erişim Tarihi: 19.12.2019.
4. Erenel, AŞ., Akkuzu, G. (1999). Sağlık Personeli-Hasta İlişkinde Kadın Açısından Bakış: Doğum Deneyimi. *Türkiye Klinikleri Tıp Etiği Dergisi*, 7 (1), 22-29.
5. Çankaya, S., Ak, A., Polat, Y., Filiz, F., Künduro, F., Mızrak, F., Yurday, H., Gülbahar, B., Han, E. (2014). Doğum için başvuran gebelerin empatik iletişim beklentilerinin ebeler tarafından karşılanma durumu. *Genel Tıp Dergisi*, 24, 7-14.
6. Timur, S., Hotun-Şahin, N. (2010). Kadınların Doğumda Sosyal Destek Tercihleri ve Deneyimleri. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 1, 29-40.
7. Aydın, N., Yıldız, H. (2018). Travmatik doğum deneyiminin etkileri ve nesiller arası aktarımı. *Journal of Human Sciences*, 15 (1), 604-618.
8. Yolbulan Okan, E., Yalman, N. (2013). Türkiye’de Tartışılabilir Reklamlar: Kuşaklar Arası Karşılaştırma. *H.Ü. İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 31 (2), 135-152.
9. Kuyucu, M. (2014). Y Kuşağı ve Facebook: Y Kuşağının Facebook Kullanım Alışkanlıkları Üzerine Bir İnceleme. *Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi*, 13 (49), 55-83.
10. Kay, L., Downe, S., Thomson, G., Finlayson, K. (2017). ‘Engaging with birth stories in pregnancy: a hermeneutic phenomenological study of women’s experiences across two generations’. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 17, 283.
11. Sharp, GC, Saunders, PT, Greene, SA, Morris, AD, Norman, JE. (2014). Intergenerational transmission of postpartum hemorrhage risk: analysis of 2 Scottish birth cohorts. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 211 (1), 51.e1-7.
12. Smid MC, Lee, JH, Grant, JH, Miles, G, Stoddard GJ, Chapman, DA, Manuck, TA. (2017). Maternal race and intergenerational preterm birth recurrence. *Am J Obstet Gynecol*, 217 (4), 480.e1-480.e9.
13. Nugraha, GI, Herman, H, Alisjahbana, A. (2017). Intergenerational effects of maternal birth weight, BMI, and body composition during pregnancy on infant birth weight: Tanjungsari Cohort Study, Indonesia, Asia Pac J Clin Nutr, 26 (Suppl 1), 19-25.
14. Liu, N, Vigod, SN, Farrugia, MM, Urquia, ML, Ray, JG. (2018). Intergenerational teen pregnancy: a population-based cohort study. *BJOG*, 125 (13), 1766-1774.
15. Aslan, Ş, Okumuş, F. (2017). Primipar Kadınların Doğum Deneyim Algıları Üzerine Doğum Beklentilerinin Etkisi. *HSP*, 4 (1), 32-40.
16. Çapık, A, Sakar, T, Yıldırım, N, Karabacak, K, Korkut, M. (2016). Annelerin Doğum Şekline Göre Doğumdan Memnuniyet Durumlarının Belirlenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 19 (2), 92-99.
17. Küçükler, E. (2017). Türkiye’de Kademeler Arası Geçiş ve Öğrenci Akışının Gelişimi. *Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 50 (1), 43-97.
18. Liu, N, Farrugia, MM, Vigod, SN, Urquia, ML, Ray, JG. (2018). Intergenerational abortion tendency between mothers and teenage daughters: a population-based cohort study. *CMAJ*, Jan 29;190 (4), E95-E102.
19. Korkmaz A, Aydın, Ş, Duyan Çamurdan, A, Okumuş, N, Onat, FN, Özbaş, S, Polat, E, Şenel, S, Tezel, B, Tezer, H, Köse, MR. (2013). Türkiye’de bebek ölüm nedenlerinin ve ulusal kayıt sisteminin değerlendirilmesi. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*, 56, 105-121.

20. Tekiner, S, Çetin F, Ceyhan, AG, Kafkaslı A. (2010). Planlanmamış Gebelikler ile Kontraseptif Yöntemler Arasındaki İlişki. *Dirim Tıp Gazetesi*, 85 (2), 65-71.
21. Kara, M, Kıyak Çağlayan, E, Karaçavuş, S, Erdoğan, Y. (2012). Yozgat ilinde yaşayan gebelerin sosyoekonomik ve demografik faktörler açısından değerlendirilmesi. *Cumhuriyet Tıp Dergisi*, 34, 158-163.
22. Uysal, B. (2017). Kadınların Doğum Deneyimi ve Doğum Sonrası Memnuniyetlerinin Değerlendirilmesi. *Eskişehir Osmangazi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Eskişehir.*
23. Dağlar, G, Güler, H. (2004). Ebelerin doğum anında annelere verdiği bakım hizmeti: Annelerin değerlendirmeleri ve beklentileri. <https://acikerisim.cumhuriyet.edu.tr/xmlui/handle/20.500.12418/1550> Erişim Tarihi: 21.12.2019.
24. Özcan, Ş, Aslan, E. (2015). Normal Doğumda ve Sezaryen Doğumda Anne Memnuniyetinin Belirlenmesi. *Florance Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 23 (1), 41-48.
25. Taghizadeh, Z, Ebadi, A, Dehghani, M, Gharacheh, M, Yadollahi, P. (2017). A time for psycho-spiritual transcendence: The experiences of Iranian women of pain during childbirth. *Women Birth*. Dec; 30 (6), 491-496.
26. Bozkuş Eğri, G, Konak, A. (2011). Doğum Sonu Dönem İle ilgili Geleneksel İnanç ve Uygulamalara Dünyadan ve Türkiye'den Örnekler. *Zeitschrift für die Welt der Türken*, 3(1), 143-155.
27. Akman, G, Gözüyeşil, E. (2018). Doğum Sonu Dönemde Geleneksel Uygulamalara Yönelik Yapılan Araştırmaların İncelenmesi. *Uluslararası Hakemli Kadın Hastalıkları ve Anne Çocuk Sağlığı Dergisi*, 12. <https://pdfs.semanticscholar.org/4b80/f> Erişim Tarihi: 17.12.2019..
28. Arabacı, Z, Yıldırım, JG, Dündar, BN, Kadam, Z. (2016). Bebeklerde Uygulanan Geleneksel Yöntemler. *Çocuk ve Medeniyet*, 1 (1), 61-86.
29. Arısoy, A, Canbulat, N, Ayhan, F. (2014). Karaman İlindeki Annelerin Bebeklerinin Bakımında Uyguladıkları Geleneksel Yöntemler. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 17 (1), 23-31.
30. Çalışkan Z, Bayat, M. (2011). Annelerin Bebek Bakımı Uygulamaları ve Etkileyen Faktörler: Bir Kapadokya Örneği. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 14 (2), 23-30.
31. Wagner, S, Kersuzan, C, Gojard, S, Tichit, C, Nicklaus, S, Thierry, X, Charles, MA, Lioret, S, de Lauzon-Guillain, B. (2019). Breastfeeding initiation and duration in France: The importance of intergenerational and previous maternal breastfeeding experiences - results from the nationwide ELFE study. *Midwifery*, Feb, 69, 67-75.
32. Köksal, Ö, Taşçı Duran, E. (2013). Doğum Ağrısına Kültürel Yaklaşım. *DEUHYO ED*, 6 (3), 144-148.
33. Pınar, G, Doğan, N, Algier, L, Kaya, N, Çakmak, F. (2009). Annelerin doğum sonu konforunu etkileyen faktörler. *Dicle Tıp Dergisi*, 36 (3), 184-190.
34. Yeşilçiçek Çalık, K, Kömürçü, N. (2014). SP6 Noktasına Akupresür Uygulanan Gebelerin Doğum Eylemine ve Akupresür Uygulamasına İlişkin Görüşleri. *Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 4 (1), 29-37.
35. Aktaş, S, Erkek, Z. Y. (2018). Annelerin Vajinal Doğumu Tercih Etme Nedenlerinin İncelenmesi: Bir Nitel Araştırma Örneği. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 7(1), 111-124.
36. Arslan, H, Karahan, N, Çam, Ç. (2008). Ebeliğin Doğası ve Doğum Şekli Üzerine Etkisi. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 1 (2), 54-59.
37. Başgöl, Ş, Kızılkaya Beji, N. (2015). Doğum Eyleminin Birinci Evresinde Sık Yapılan Uygulamalar ve Kanıta Dayalı Yaklaşım. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 5 (2), 32-39.
38. Güleç, D, Öztürk, R, Sevil, Ü, Kazandı, M. (2014). Gebelerin Yaşadıkları Doğum Korkusu ile Algıladıkları Sosyal Destek Arasındaki İlişki. *Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst*, 24 (1), 36-41.
39. Kukulu, K, Öncel, S. (2009). Factors influencing women's decision to have a home birth in rural Turkey. *Midwifery*, 25 (1), 32-38.
40. WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience. Geneva: World Health Organization; 2018. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Analysis of Violence Incidents towards Health Care Workers in Turkey between 2012 and 2016: Reflected in the Press

Türkiye’de 2012-2016 Yılları Arasında Basına Yansıyan Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet Olaylarının İncelenmesi

Oya Nuran EMİROĞLU¹, Ebru ÖZTÜRK ÇOPUR², Nilgün KURU ALICI³

ABSTRACT

This study was carried out as a descriptive study aiming to analyze the violence incidents towards health care workers. For this purpose in the period of 2012-2016 news about violence events published on the health care workers website (<http://www.saglikcalisanisagligi.org/siddet>) were analyzed. 597 articles were included in the study. Descriptive statistics were used in the analysis of the data and permission was taken from the website’s management to carry out the work.

According to the results of this study violence incidents took place most frequently in the Marmara region (26%), at state hospitals (53.5%) and in emergency services (34.5%). It was determined in the study that doctors experienced violence more (62%), most frequent form of violence was verbal (48%), people using violence were mostly relatives of the patients, and the most frequent reasons shown for violence were loss of patient, lack of information, waiting in line for a long time, being unable to receive service, unruly behavior and arguments. Considering the information regarding the results of cases of violence in the news, no results were seen to be reflected in the press by 59.7%

The aim of this study is to know the situations about causing violence and to reveal the importance of creating preventive strategies to eliminate these causes in medical institutions. In the light of these results, it has been revealed that the news of violence against health care workers were written carelessly, lacking details and they were structured in a hostile style.

Keywords: Health care workers, Occupational health, Turkey, Violence.

ÖZ

Bu çalışma, sağlık çalışanlarına yönelik yapılan şiddet olaylarını analiz etmek amacıyla tanımlayıcı bir araştırma olarak yapılmıştır. Bu amaçla 2012-2016 döneminde sağlık çalışanları web sitesinde (<http://www.saglikcalisanisagligi.org/siddet>) yayınlanan şiddet olaylarıyla ilgili haberler analiz edilmiştir. Çalışma kapsamında 597 makale alınmıştır. Verilerin analizinde tanımlayıcı istatistikler kullanılmış ve çalışmayı yürütmek için web sitesinin yönetiminden izin alınmıştır. Bu çalışmanın sonuçlarına göre, en sık Marmara Bölgesi’nde (%26), devlet hastanelerinde (%53,5) ve acil servislerde (%34,5) şiddet olayları yaşanmıştır. Araştırmada hekimlerin şiddeti daha fazla yaşadığı (%62), en sık şiddetin sözel şiddet olduğu (%48), şiddet kullananların çoğunlukla hasta yakınları olduğu ve şiddet için en sık görülen nedenlerin hasta kaybı, bilgi eksikliği, uzun süre beklemek, hizmet alamamak, haksız davranış ve tartışmalar olduğu sonucuna varılmıştır. Haberlerde yer alan şiddet olaylarının sonuçlarına ilişkin bilgiler göz önüne alındığında, %59,7 oranında basına yansıyan bir sonuç olmadığı görülmektedir.

Bu çalışmanın amacı şiddete neden olan durumları bilmek ve tıbbi kurumlarda bu nedenleri ortadan kaldırmak için önleyici stratejiler oluşturmanın önemini ortaya koymaktır. Araştırmanın sonuçları doğrultusunda sağlık çalışanlarına yönelik şiddet haberlerinin dikkatsizce yazıldığı, ayrıntılardan yoksun olduğu ve düşmanca bir tarzda yapılandırıldığı ortaya konulmuştur.

Anahtar Kelimeler: Sağlık çalışanları, İş sağlığı, Türkiye, Şiddet.

Bu çalışma 6-7 Mayıs 2016, Kocaeli’de gerçekleştirilen 1.Uluslararası İş Güvenliği ve Çalışan Sağlığı Kongresinde Sözel Bildiri olarak sunulmuştur.

¹Prof. Dr., Oya Nuran EMİROĞLU, Halk Sağlığı Hemşireliği, Hacettepe Üniversitesi, oyanuran@hacettepe.edu.tr, ORCID:0000-0002-5722-5660

²Asst. Prof, Ebru ÖZTÜRK ÇOPUR, Halk Sağlığı Hemşireliği, Kilis 7 Aralık Üniversitesi, nrsebru@hotmail.com, ORCID:0000-0003-1843-3499

³Asst. Prof., Nilgün KURU ALICI, Halk Sağlığı Hemşireliği, Hacettepe Üniversitesi, nilgun.kuru@hacettepe.edu.tr, ORCID:0000-0002-5200-6821

İletişim / Corresponding Author: Ebru ÖZTÜRK ÇOPUR
e-posta/e-mail: nrsebru@hotmail.com

Geliş Tarihi / Received: 30.10.2019
Kabul Tarihi/Accepted: 30.04.2020

INTRODUCTION

Violence is the deliberate application of death, injury, mental harm, physical force that may create developmental disorders, use of force or threat by an individual onto himself/herself or another person.¹ Violence in medical establishment was defined as “situations of threatening behavior, verbal threat, physical assault and sexual assault by patients, relatives of patients or other persons that pose a risk for health care workers”.² In the collaborative report of the World Health Organization (WHO), the International Labor Organization (ILO) and the International Council of Nurses (ICN) titled “Workplace Violence in the Health Sector”, it was reported that 25% of all workplace violence incidents take place in the health sector and more than 50% of health care workers experienced violence at some stage of their careers.³ According to the U.S. Bureau of Labor Statistics (BLS) data between 1993 and 2009, it was reported that health care workers are exposed to violence 20% more than all other workers.⁴ In a study on a group of nurses in India, it was found that 87.2% of nurses experienced violence.⁵ There is no national database regarding violent incidents experienced by health care workers in Turkey. However, studies on the issue provide information on the dimensions of the violence against health care workers. In a multicenter study conducted by Ayrancı et al. in 2006, the rate of having experienced violence in the last year at least once was reported as 49.5%.⁶ According to the results of another study, most health care workers (74.4%) stated that they have experienced at least one type of violence.⁷ While a study on the analysis of the phenomenon of violence against health care workers in state hospitals in Turkey reported that 82.7% of participants said they experienced violence in the last 5 years, another study on emergency services found that 72.3% of health care workers experienced any kind of violence.^{8,9} Moreover, the study reported that complaints of violence are rare in the world in general, and these ratios are actually much higher.⁴ Considering the types of violence faced by health care workers

investigated in studies in Turkey and abroad, it may be seen that verbal violence is more frequent than physical violence.^{3,6,10} In a study on perception of violence in the Portuguese health sector, based on 5 medical care center and 5 hospital reports, it was reported that health care workers experienced verbal violence most frequently.¹¹ Another type of violence that is very frequently experienced by health care workers is physical violence. In a study investigating the prevalence, nature and results of violence on 1534 health care workers working in psychiatry clinics in the Netherlands, 2648 incidents of physical violence were encountered.¹² While there is no certain type of users of violence that can be described, it was found by epidemiological studies that violence is used mostly by patients and their relatives, in long-term inpatient services, acute psychiatry services, long-term geriatrics services, emergency services and social services more frequently.¹³ According to the result of the study which investigated violence against medical personnel in Italian public health institutions, emergency services and psychiatry clinics were determined as more risky clinics in terms of violence.¹⁴ In a systematic collection on violence against health care workers in Turkey, it was found that violence was used most frequently by relatives of patients, followed by patients themselves.¹⁰ In a study conducted in Iran in order to define physical violence against health care workers users of violence mostly consisted of relatives of the patients.¹⁵ Doctors and nurses are health care workers who experience violence most frequently. According to a study, 60.9% of doctors experienced violence during their career (65.5% for intern doctors and 59.5% for researchers) while according to another study, 77% of nurses experienced verbal violence in the last year.^{16,17} According to the results of a study carried out in Italy, nurses and doctors were exposed to violence more, while distribution of violence was found equal for nurses and other personnel in a report investigating the perception of violence in the

health sector in Portugal.^{14,11} Nowadays, violence against health care workers have become a part of our daily lives and almost normalized by increasing daily. While the magnitudes of violence against health care workers are great, it was found that complaints about such incidents are considerably less.¹⁸ In the study by İlhan et al. on individuals visiting medical institutions, 67.3% of the participants agreed with the statement “incidents of violence against health care workers should have a place in the media”.¹⁹ Violence against health care workers infringes on the rights to a healthy life of especially the health care workers and indirectly affects everyone’s rights to a

healthy life due to its negative influences.²⁰ Violence and bullying in the health sector is unacceptable and unethical. Violence and bullying, which obstruct the safety and care of the patients and professionalism, are more dangerous in a silent culture. Bullying and violence are nourished by silence.²¹ The way violence is presented and accepted in the society is also important.²²

This study was conducted with the purpose of analyzing the portion of violence incidents towards health care workers in Turkey in the period of 2012-2016 that was reflected in the press.

MATERIAL AND METHOD

The study is a descriptive study analyzing news stories on the website “health of health care workers” on violence. This website is the only comprehensive website which includes news articles reflected in the press regarding specifically health care workers. All news stories reflected in the press since the year 2012 are posted on the website (<http://www.saglikcalisanisagligi.org/siddet>) under the title of violence.

The universe of the study consisted of all news articles on violence that were posted on the health of health care workers website between the dates 19.03.2012 and 03.03.2016. The data of the study were collected between January and March 2016. Condemnation, protest, explanation, report and terrorism cases were not included in the scope of the study, and repetitive stories were ignored. The

597 remaining stories of violence were analyzed in the study. A question form was established in line with the literature by the researchers in order to analyze news stories on violence. Based on this form, violence stories were investigated under titles of geographical region, time, institution, place, by whom and towards whom violence was used, type of violence, reasons given for violence and how it resulted.

Aspect of Research Ethics

Written approval was taken from the website management in order to carry out the work (<http://www.saglikcalisanisagligi.org/siddet>). No support was received from any person, institution or organization to carry out the study.

RESULTS AND DISCUSSION

Table 1 provides a breakdown of information on the geographical regions, years, institutions and places the violence took place. Violence was seen most frequently in the Marmara region by 26%, and least

frequently in the Eastern Anatolia regions by 10.5%. Violence incidents were seen most frequently in the year 2012, in state hospitals by 53.5% and in emergency services by 34.5%.

Table 1. Breakdown Of Incidents Of Violence

	Number	Percentage
Incidents of Violence by Geographical Regions		
Marmara	153	26
Southeastern Anatolia	89	15
Central Anatolia	81	13.5
Aegean	77	13
Mediterranean	66	11
Black Sea	66	11
Eastern Anatolia	65	10
Violence Distribution by Years		
2012	196	33
2013	175	29
2014	100	17
2015	116	19.5
2016	10	1.5
Institution Where The Violence Took Place		
State hospital	319	53
Research and Training hospital	203	34
Private hospital	75	12
Location Where Violence Took Place		
Emergency service	206	34
Polyclinic	180	30
Clinic/Service	125	21
112 Ambulance	74	12
Outside hospital	12	2

Table 2 shows the characteristics of violence against health care workers; under titles of by whom and towards whom violence was used, type of violence, reasons given for violence and how it resulted as reflected in the press. As it may be seen in the table, in the collected 597 cases, 62% of the 734 health care workers exposed to violence were doctors, health care workers were exposed most frequently to verbal violence by 48%, 52% of the people using violence were relatives of patients, and reasons for using violence were given by 58.1% unruly behavior. Based on the outcomes of incidents of violence reflected in the news, it was seen

that no outcome 59.7%, but 39% battery was the reflected results in the news. Additionally, while it looks like a small ratio in terms of percentage, 9 health care workers lost their lives because of incidents of violence.

Table 2. Characteristics of Violence

	Number	Percentage
*Medical Professional Exposed To Violence		
Doctor	451	62
Other medical personnel	149	20
Nurse	134	18
Types of Violence Experienced		
Verbal	287	48
Physical+Verbal	244	41
Psychological	59	10
Sexual	7	1
Person(s) using violence		
Relatives of patients	310	52
Patients	239	40
Doctor	24	4
*Other individuals (secretary, driver...etc)	24	4
Reasons Given For Using Violence		
Unruly behavior	347	58.1
*Other reasons	88	14.8
Being unable to receive service	79	13.2
Waiting in line for a long time	33	5.5
Lack of information	28	4.7
Loss of patient	22	3.7
Outcomes of Incidents of Violence		
Battery	232	39
Death	9	1.3
No information	356	59.7

The phenomenon of violence experienced by health care workers is an increasing problem not only in our country, but also world-wide. In the study, incidents of violence were analyzed based on seven geographical regions in Turkey, and it was found that violence was the most frequent in the

Marmara region and least frequent in the Eastern Anatolia region. The most frequent incidence of violence in the Marmara region may be explained by the fact that this region has the highest population; it receives constant migration, and has a very high number of medical institutions. And the low number of incidents in the Eastern Anatolia region may be explained by the low population, and relatively lower numbers of health institutions and news agencies.

Incidents of violence were analyzed in the study to cover the period between the dates of 19.03.2012 and 03.03.2016. The incidents between these dates were seen most frequently in 2012 (33%) and least frequently in 2016. This may have been caused by the fact that the year 2016 was not included in the study completely. In the study by Avcı et al., the data were collected to include 2012 and June of 2015, and incidents of violence were seen most frequently in 2013, while they were seen least frequently in 2012.²³ This situation shows that the results of the studies may change based on their population, sample or time interval.

It was found that violence took place most frequently in state hospitals. In Kaya et al.'s study, no difference has been found between state hospitals (73.1%) and research and training hospitals (75.8%).⁷ According to the results of the study by Gascon et al. conducted in Spain, all rates of violence were seen higher in big and medium sized hospitals.²⁴ Big hospitals may be risk factors for violence against health care workers. Because they are very crowded and don't have enough number of health care workers.

In Wu et al.'s study in China designed in a similar manner to our study, where news stories of violence against health care workers taking place in newspapers accessible via the web between 1 January 2013 and 31 March 2015, it was reported that violence took place most frequently in emergency services.²⁵ In a study that violence towards health care workers was analyzed in Spain, it was found that violence took place more frequently in emergency and psychiatry services.²⁵ Similarly, many studies report that

violence is seen most frequently in emergency services.^{14,23,25,26.}

It was found in the study, that doctors were most frequently experiencing violence. In a study on exposure to violence by health care workers in emergency services in Turkey, it was reported that doctors experienced violence the most by 96.77%, followed by nurses by 81.82% and other health care workers by 66.67%.¹⁰ According to the result of a study determining the prevalence of violence experienced by health care workers in Saudi Arabia, nurses experienced more violence than doctors.¹³ While it was found that doctors experience violence most frequently among all health care workers in some studies^{7,10,22,26-31} the number of studies reporting that nurses are most frequently exposed to violence is quite high.^{9,13,14,24} In addition to these studies, in a study on perception of violence in the Portuguese health sector, based on 5 medical care center and 5 hospital reports, it was reported that distribution of exposure to violence was equal for doctors, nurses and other personnel.¹¹

It was found in this study that the most frequent form experienced was verbal violence, while the least frequent was sexual violence. In a study where perception of violence in the Portuguese health sector was investigated, it was also found that verbal violence was the most frequent form.¹¹ In the study by Schablon et al. (2012) conducted with 1973 health care workers in Germany, it was reported that the most frequent form of violence experienced by health care workers was verbal violence by 77.8%.³² In parallel to this study, numerous studies in Turkey and abroad showed that verbal violence was the most frequently experienced type of violence.^{14,23,33-36.}

It was found in this study that violence was used most frequently by relatives of the patients. Similarly in Akça et al.'s study, it was found that the most frequent users of violence was relatives of patients, followed by patients and relatives together, and less frequently by the patients themselves.³⁷ Other studies also report that incidents of violence

were mostly created by relatives of patients and patients themselves.^{9,10,14,15,30,33.}

It was found in the study that unruly behavior (printing reports, not taking a number for examination, examination without identity card, taking prescription without examination). In parallel to this study, Avcı et al.'s study also reported that the most frequent reason for violence (35%) was that the demands were illegal.²³Karaca et al.'s study on doctors revealed that doctors thought they experienced violence most frequently because of denying unjustified demands (43.9%) and health policies (31.6%).³⁸In a study by Gascon et al, the most prominent reasons for violence were found to be dissatisfaction with the time of waiting and disagreement with the doctor on prescription by 58%.²⁴

It was found here that most of the outcomes of the incidents of violence were not reflected in the news, but most of the reflected parts resulted in battery. It was reported in Chen et al.'s study that 46.2% of the people exposed to violence had physical injuries and 30.8% required medical treatment. Additionally, it

was also reported that a third of people exposed to violence showed more than three days of loss of labor and were not able to continue their work in this period.³³Franz et al.'s study also found that 10.9% of people who experienced violence required medical attention.³⁴According to the results of the systematic study by Lanctôt and Guay, workplace violence was found related to physical outcomes (e.g. posttraumatic stress disorder, depression and sadness) and negative emotional outcomes (e.g. fear, anger and sadness).³⁹In a study investigating the prevalence, nature and results of violence on 1534 health care workers working in psychiatry clinics in the Netherlands, most of the employees experienced physical violence inflicted by weapons, objects and liquids. A third of the employees had injuries as a result of physical assault, and had back and neck injuries, biting injuries, brain trauma and fractures or muscle tearing.¹² It was reported in Schablon et al.'s study that incidents of violence resulted in visible injuries by 11.7% and medical treatments by 4.1%.³²

CONCLUSION AND RECOMMENDATIONS

In parallel to the international situation, rates of violence against health care workers are also very high in our country as reflected in the media. Based on the results of this study, conducted with the aim of revealing the distributions, reasons and outcomes of the violence towards health care workers, it was found that such incidents took place most frequently in the Marmara region, towards doctors, by relatives of patients and were seen more frequently in emergency services. It was seen that reasons given for using violence were; loss of patient, lack of information, waiting in line for a long time, being unable to receive service, unruly behavior and arguments. Furthermore, most incidents of violence resulted with battery. In order to expect dedication and selflessness from health care workers in their work, firstly making workplaces safe spaces is an emergent need.⁴⁰

Studies covering all health care workers that are representative on the national level are needed. Moreover, these studies should be repeated in order to define the increasing tendency towards violence. Precautions to be taken may be implemented only by using the results of these kinds of studies.^{15,23,38}Knowing about situations leading to violence, increasing the quality of medical services and making the necessary adjustments in training the health care workers will help taking the preventive precautions to prevent violence. Knowing the situations leading to violence will help establish preventive measures. While health care workers taking individual precautions in prevention of violence is important, legislation and regulation towards preventing violence are also necessary.

ACKNOWLEDGEMENTS

This study received no financial support.
The authors declare no conflict of interest.

REFERENCES

1. World Health Organization. (1998). "Violence and Health: Task Force on Violence and Health." Cenevre.
2. Saines JC. (1999). "Violence and aggression in A&E: Recommendations for action." *Accident and Emergency Nursing*, 7(1), 8-12.
3. ILO, WHO, ICN, PSI. (2002). "Framework Guidelines for Addressing Workplace Violence in the Health Sector." Geneva: ILO.
4. Harrell E. (2011). "Workplace violence, 1993-2009: National Crime Victimization Survey and the Census of Fatal Occupational Injuries." [Electronic version]. Washington, DC: U.S. Department of Justice.
5. Balamurugan G. (2012). "Violence towards Nurses." *International Journal of Nursing*, 1(1), 1-7.
6. Ayrancı U, Yenilmez C, Balci Y, Kaptanoğlu C. (2006). "Identification of violence in Turkish healthcare settings." *J Interpers Violence*, 21 (2), 276-296.
7. Kaya S, Demir IB, Karsavuran S, Ürek D, İlgün G. (2016). "Violence against doctors and nurses in hospitals in Turkey." *Journal of Forensic Nursing*, 12 (1), 26-34.
8. Atik D. (2013). "Sağık Çalışanlarına Yönelik Şiddet Olgusunun Bir Devlet Hastanesi Örneğinde İncelenmesi." *E-Journal of New World Sciences Academy*, 8 (1), 1-15.
9. Ayrancı U. (2005). "Violence toward health care workers in emergency departments in west Turkey." *The Journal of Emergency Medicine*, 28 (3), 361-365.
10. Özcan NK, Bilgin H. (2011). "Türkiye'de Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet: Sistematiik Derleme." *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences*, 31 (6), 1442-1456.
11. Ferrinho P, Biscaia A, Fronteira I, Craveiro I, Antunes AR, Conceição C, et al. (2003). "Patterns of perceptions of workplace violence in the Portuguese health care sector." *Human Resources for Health*, 1 (1), 1-11.
12. vanLeeuwen, ME, Harte JM. (2015). "Violence against mental health care professionals: prevalence, nature and consequences." *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 1-18.
13. Occupational Safety and Health Administration. Guidelines for preventing workplace violence for health care social service workers. In Guidelines for preventing workplace violence for health care social service workers. OSHA. 2004.
14. Magnavita N and Heponiemi T. (2012). "Violence towards health care workers in a Public Health Care Facility in Italy: a repeated cross-sectional study." *BMC Health Services Research*, 12(1), 1.
15. Fallahi-Khoshknab M, Oskouie F, Najafi F, Ghazanfari N, Tamizi Z, Afshani S. (2016). "Physical violence against health care workers: A nation wide study from Iran." *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 21 (3), 232-238.
16. İlhan MN, Özkan S, Kurtcebe ZÖ, Aksakal FN. (2009). "Gazi üniversitesi tıp fakültesi hastanesinde çalışan araştırma görevlileri ve intörn doktorlarda şiddete maruziyet ve şiddetle ilişkili etmenler." *Toplum Hekimliği Bülteni*, 28 (3), 15-23.
17. Kahriman İ. (2014). "Hemşirelerin sözel ve fiziksel şiddete maruz kalma durumlarının belirlenmesi." *Journal of Psychiatric Nursing*, 5 (2), 77-83.
18. Annagür B. (2010). "Sağık çalışanlarına yönelik şiddet: risk faktörleri, etkileri, değerlendirilmesi ve önlenmesi." *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, (2), 161-173.
19. İlhan MN, Çakır M, Tunca MZ, Avcı E, Çetin E, Aydemir Ö, et al. (2013). "Toplum gözüyle sağık çalışanlarına şiddet: nedenler, tutumlar, davranışlar." *Gazi Medical Journal*, 24 (1), 5-10.
20. Dikmen EA. (2015). "Sağık hakkı'nda devletin koruma yükümlülüğü: sağık çalışanlarına uygulanan şiddet açısından bir inceleme." *Turkish Journal of Security Studies*, 17 (3), 79-95.
21. Fink-Samnck E. (2015). "Thene wage of bullying and violence in healthcare: the inter Professional impact." *Professional Case Management*, 20 (4), 165-174.
22. Ergil D. (2001). "Şiddetin Kültürel Kökenleri." *Bilim ve Teknik*, 399, 40- 41.
23. Avcı N, Arslan MK, Timlioğlu SI, Tay S, Meriç K, Ertenü M, Yekeler I. (2015). "2012-2015 Yılları arasında haydarpaşa numune eğitim ve araştırma hastanesi'ndeki beyaz kod bildirimleri." *HealthCare*, 2 (4), 211-214.
24. Gascón S, Martínez-Jarreta B, González-Andrade JF, Santed MÁ, Casalod Y, Rueda MÁ. (2009). "Aggression towards health care workers in Spain: a multi-facility study to evaluate the distribution of growing violence among professionals, health facilities and departments." *International Journal of Occupational and Environmental Health*, 15 (1):29-35.
25. Wu D, Hesketh T, Zhou XD. (2015). "Media contribution to violence against health workers in China: a content analysis study of 124 online media reports." *The Lancet*, 386, 81.
26. Durak TÇ, Yolcu S, Akay S, Demir Y, Kılıçaslan R, Değerli V, Parlak İ. (2014). "Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi sağık çalışanlarına hasta ve hasta yakınları tarafından uygulanan şiddetin değerlendirilmesi." *Genel Tıp Dergisi*, 24, 130-137.
27. Algwaiz WM, Alghanim SA. (2012). "Violence exposure among health care professionals in Saudi public hospitals. A preliminary investigation." *Saudi Medical Journal*, 33 (1), 76-82.
28. McPhaul KM, Lipscomb JA. (2004). "Workplace violence in healthcare: recognized but not regulated." *Online J Issues Nurs*, 9 (3), 1-19.
29. Lanza ML, Zeiss RA, Rierdan J. (2006). "Non Physical Violence: A risk factor for physical violence in healthcare settings." *AAOHN J.*, 5 (4), 397-402.
30. Gerberich SG, Church TR, McGovern PM, et al. (2004). "An epidemiological study of the Magnitude and Consequences of Work Related Violence: the Minnesota Nurses' Study." *Occup Environ Med.*, 61, 495-503.
31. Duncan S, Estabrooks CA, Reimer M. (2000). "Violence Against Nurses." *Alta RN*, 5 (6), 13-4.
32. Schablon A, Zeh A, Wendeler D, Wohlert C, Harling M, Peters C, Nienhaus A. (2012). "Prevalence and consequences of violence and aggression against German health care workers – cross sectional study." *BMJ Open*, 2, 1-10.
33. Chen WC, Hwu HG, Kung SM, Chiu HJ, Wang JD. (2008). "Prevalence and determinants of workplace violence of health care workers in a psychiatric hospital in Taiwan." *Journal of Occupational Health*, 50 (3), 288-293.

34. Franz S, Zeh A, Schablon A, Kuhnert S, Nienhaus A. (2010). "Aggression and violence against health care workers in Germany-a cross sectional retrospective survey." *BMC Health Services Research*, 10 (1), 1-8.
35. Aytac S, Dursun S, Akalp G. (2016). "Workplace Violence and Effects On Turnover Intention And Job Commitment: A Pilot Study Among Healthcare Workers In Turkey." *European Scientific Journal*, 12 (10), 458-465.
36. Muzembo BA, Mbutshu LH, Ngatu NR, Malonga KF, Eitoku M, Hirota R, Suganuma N. (2014). "Workplace violence towards Congolese healthcare workers: A survey of 436 healthcare facilities in Katanga province," *Democratic Republic of Congo. Journal of Occupational Health*, 1-43.
37. Akca N, Yılmaz A, Işık O. (2014). "Sağlık Çalışanlarına Uygulanan Şiddet: Özel Bir Tıp Merkezi Örneği." *Ankara Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 13 (1), 1-11.
38. Karaca BK, Aydın B, Turla A, Dündar C. (2015). "Characteristics of Occupational Violence Experienced by Physicians in Samsun and Their Opinions on Prevention Strategies." *The Bulletin of Legal Medicine*, 20 (2), 76-82.
39. Lanctôt N, Guay S. (2014). "The after math of workplace violence among health care workers: A systematic literature review of the consequences." *Aggression and Violent Behavior*, 19 (5), 492-501.
40. Jawaid SA. (2014). "Patient satisfaction, patient safety and increasing violence against healthcare professionals." *Pakistan Journal of Medical Sciences*, 31 (1), 1-3.

Bulaşıcı Olmayan Hastalık Mortalite Oranları ile İnsani Gelişmişlik Endeksi ve Küresel Cinsiyet Uçurumu Endeksi arasındaki İlişki

Relationship Between Noncommunicable Disease Mortality Rates with Human Development Index and Global Gender Gap Index

Elif Nur YILDIRIM ÖZTÜRK¹, Mehmet UYAR²

ÖZ

Bu araştırmada; ülkelerin Bulaşıcı Olmayan Hastalık (BOH) mortalite oranlarının İnsani Gelişmişlik Endeksi (IGE) ve Küresel Cinsiyet Uçurumu Endeksi (KCUE) ile ilişkisinin varlığının ve boyutunun değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Araştırma tanımlayıcı türdedir. Araştırma kapsamında kullanılan veriler Dünya Sağlık Örgütü tarafından açıklanan BOH Raporu'ndan, Birleşmiş Milletler'in IGE verilerinden ve Dünya Ekonomik Forumu'nun KCUE verilerinden elde edilmiştir. Araştırmada kullanılan verilerin tamamı 2016 yılına aittir. Karşılaştırmalarda kullanılması planlanan verilerin tamamına sahip olan 140 ülke araştırma kapsamına alınmıştır. Analizler sırasında ortalama, standart sapma, minimum ve maksimum değerleri sayısal verileri özetlemede kullanılmıştır. Çalışmada; BOH mortalite oranları ile IGE ve KCUE arasındaki ilişki Spearman Korelasyon katsayısı ile incelenmiştir. P'nin 0,05'ten küçük olduğu durumlar istatistiksel açıdan anlamlı kabul edilmiştir.

Toplam 140 ülkenin BOH mortalite oranları ortalaması %72,385±20,758 (Min:27, Max:95) idi. En düşük BOH mortalite oranına sahip olanlar Çad, Angola, Kenya ve Mozambik iken; en yüksek orana sahip olan ülkeler Bulgaristan, Sırbistan ve Karadağ'dır. Ülkelerin BOH mortalite oranları ile IGE arasında pozitif yönlü, kuvvetli düzeyde ve anlamlı ilişki saptanmıştır (r=0,781, p<0,001). BOH mortalite oranları ile KCUE arasında pozitif yönlü, zayıf düzeyde ve anlamlı ilişki saptanmıştır (r=0,323, p<0,001).

İnsani gelişmişlik arttıkça ve küresel cinsiyet eşitsizliği azaldıkça; BOH mortalitesinin arttığı bulunmuştur. Bu durumu değiştirmek için multisektöriyel ve multidisipliner önlemler hayata geçirilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Bulaşıcı Olmayan Hastalık, İnsani Gelişmişlik, Küresel Cinsiyet Uçurumu.

ABSTRACT

The aim of this study is to evaluate the presence and extent of the relationship between countries' Noncommunicable Disease (NCD) mortality rates with the Human Development Index (HDI) and Global Gender Gap Index (GGGI).

The study type is descriptive. The data used in the research are obtained from the NCD Report of World Health Organization, HDI data of United Nations and GGGI data of World Economic Forum. All of the data used in the research belongs to 2016. 140 countries with all the data planned to be used in the comparisons are included in the study. Mean, Standard deviation, minimum and maximum values are used to summarize the numerical data during the analyzes. In this study, the relationship between NCD mortality rates with HDI and GGGI is investigated with Spearman Correlation Coefficient. P<0.05 is considered statistically significant.

The average mortality rate of NCD in 140 countries is 72.385±20.758 (Min: 27, Max: 95). Chad, Angola, Kenya and Mozambique have the lowest NCD mortality rate; the countries with the highest rates are Bulgaria, Serbia and Montenegro. There is a positive, strong and significant relationship between the NCD mortality rates and HDI (r=0.781, p<0.001). There is a positive, weak and significant relationship between NCD mortality rates and GGGI (r=0.323, p<0.001).

It is found that NCD mortality increased as human development increased and global gender inequality decreased. Multisectoral and multidisciplinary measures should be implemented to change this situation.

Keywords: Noncommunicable Disease, Human Development, Global Gender Gap.

¹Uzm. Dr., Halk Sağlığı Uzmanı, Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Halk Sağlığı ABD, elifnyildirim@hotmail.com, ORCID: 0000-0003-1447-9756

²Dr. Öğr. Üyesi, Halk Sağlığı Uzmanı, Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Halk Sağlığı ABD, mehmetuyardr@hotmail.com, ORCID: 0000-0002-3954-7471

İletişim / Corresponding Author: Elif Nur YILDIRIM ÖZTÜRK
e-posta/e-mail: elifnyildirim@hotmail.com

Geliş Tarihi / Received: 09.03.2020
Kabul Tarihi / Accepted: 23.06.2020

GİRİŞ

Toplumların sağlık düzeyi, değişik türden belirleyicilerin kompleks etkileşimleri tarafından belirlenmektedir. Cinsiyet, yaşam tarzı, fizik çevre, eğitim, iş ve çalışma koşulları, gelir durumu, sosyal statü ve sağlık hizmetlerine ulaşım gibi değişkenler sağlığın sosyal belirleyicilerini meydana getirmektedir. Bu belirleyiciler, hastalıklarla/sağlığı etkileyen durumlarla ilişkilendirilmekte ve perde arkasında bulunan nedenler olarak dikkati çekmektedir.^{1,2}

Sağlığın sosyal belirleyicilerinin toplumlar içinde, hatta aynı toplumun farklı bölgelerinde homojen olmayan dağılımı eşitsizliklere neden olmaktadır.^{3,4} Sağlıkla bağlantılı eşitsizlik; insan haklarına, toplumsal fırsatlara, kurumlara eşit ulaşılabilmesi; bu

fırsatların eşit kullanılmaması olarak tanımlanabilir.^{5,6}

Hastalıkların/sağlığı etkileyen durumların ortaya çıkmasında etkili olan nedenler incelendiğinde toplum sağlığının %50'sinin sosyoekonomik çevreye, %25'inin tedavi edici sağlık hizmetlerine, %15'inin biyolojik ve genetik faktörlere, %10'unun ise fizik çevreye bağlı olduğu gösterilmiştir.⁷⁻⁹

Toplumda sık görülen, çok sayıda ölüm, sakatlık ve iş gücü kaybına yol açan hastalıklara halk sağlığı açısından önemli hastalık/durum adı verilmektedir.¹⁰ Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ), Dünya çapında en fazla ölüme neden olan on hastalık/durum ve kaba ölüm hızları ile ilgili verisi Tablo 1'de gösterilmiştir.^{11, 12}

Tablo 1. Dünya Çapında En Fazla Ölüme Neden Olan On Hastalık/Durum ve Bunlardan Etkilenen Kişi Sayısı

Sıra No	Ölüm Nedeni	Kaba Ölüm Hızı (100.000 kişide)
1	İskemik Kalp Hastalıkları	126
2	İnme	77
3	Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalıkları	41
4	Alt Solunum Yolu Enfeksiyonları	40
5	Alzheimer Ve Diğer Demanslar	27
6	Trakea, Bronş Ve Akciğer Kanseri	23
7	Diabetes Mellitus	21
8	Trafik Kazaları	19
9	Diare	19
10	Tüberküloz	17

DSÖ'nün açıkladığı bu on hastalığın/durumun her biri önemli birer sağlık sorunu olmakla beraber bulaşıcı olmayan hastalık (BOH) nedeni ölümlerin tüm ölümler içinde ön planda olduğu görülmektedir. Dünya genelinde meydana gelen ölümlerin %71'i BOH nedeniyle olmaktadır.¹³

Günümüzde gelişmiş ülkeler BOH ile mücadele ederken, gelişmemiş ülkeler hala ağırlıklı olarak bulaşıcı hastalıklar ile mücadele etmektedir. Gelişmekte olan ülkelerde ise çifte hastalık yükü söz konusudur.³

BOH da dâhil olmak üzere sağlığı ilgilendiren olay ve durumlar sağlığın sosyal belirleyicilerinin, dolayısıyla da hem ekonomik durumun ve insani gelişmişliğin hem de toplumsal cinsiyet eşitsizliğinin etkisi altındadır.^{14,15}

Bu araştırmada; ülkelerin BOH mortalite oranlarının İnsani Gelişmişlik Endeksi (IGE) ve Küresel Cinsiyet Uçurumu Endeksi (KCUE) ile ilişkisinin varlığının ve boyutunun değerlendirilmesi ve sık görülen hastalıkların/sağlık sorunlarının eşitsizliklerle ilişkisine dikkat çekilmesi amaçlanmıştır.

MATERYAL VE METOT

Araştırmanın Türü

Araştırma kamuya açık olarak sunulan verilerin sekonder analizlerini içeren tanımlayıcı bir çalışma olarak tasarlanmıştır.

Araştırmanın Verileri

Araştırma sürecinde kullanılan veriler DSÖ tarafından açıklanan BOH Raporu'ndan, Birleşmiş Milletler'in (BM) IGE verilerinden ve Dünya Ekonomik Forumu'nun (DEF) KCUE verilerinden elde edilmiştir.¹⁶⁻¹⁸ Araştırmaya ilişkin veriler 01.10.2019-31.10.2019 tarihleri arasında toplanmıştır.

Araştırma için BOH Raporu'ndaki verilerden; ülkelerin sosyoekonomik düzeyleri, bulaşıcı olmayan hastalıklar nedeniyle meydana gelen ölümlerin tüm ölümler içindeki yüzdesi olarak tanımlanan BOH mortalite oranı ve bulaşıcı olmayan hastalıklar nedeniyle meydana gelen 30-70 yaş ölümlerin tüm 30-70 yaş ölümler içindeki yüzdesi olarak tanımlanan prematür BOH mortalite oranı kullanılmıştır.¹⁶

Her yıl yayımlanan ve insani gelişmenin temel boyutlarını ölçmekte olan IGE; kişi başına düşen gayrisafi milli hâsıla (GSMH), beklenen öğrenim süresi, ortalama öğrenim süresi ve doğumda beklenen yaşam süresi değerleri ile hesaplanmaktadır. 0 ile 1 arasında değer alan bir endekstir. Endeks değerleri 1'e yaklaştıkça insani gelişmişlik artmaktadır.¹⁷

Kadın ve erkek eşitliğinin farkını inceleyen KCUE; ekonomik katılım ve fırsat, eğitime ulaşım, sağlık ve sağ kalım, siyasi güçlenmeden oluşan dört parametre ile hesaplanan bir değerdir. 0 ile 1 arasında değer almaktadır. Endeks değerleri 1'e yaklaştıkça cinsiyet eşitsizliği azalmaktadır.¹⁸

Araştırmada kullanılan verilerin tamamı 2016 yılına aittir. Verilerin kıyaslanabilir olması açısından, analize dâhil edilen verilerin aynı tarihli olmaları önemsenmiştir. Karşılaştırmalarda kullanılması planlanan verilerin tamamına sahip olan 140 ülke araştırma kapsamına alınmış; 55 ülke ise

verilerinde eksiklikler bulunması nedeniyle çalışma dışında bırakılmıştır.

Verilerin Analizi

Veri girişi, analizi ve rapor yazımı işlemleri bilgisayar ortamında gerçekleştirilmiştir. Analizler sırasında ortalama, standart sapma, minimum ve maksimum değerleri sayısal verileri özetlemede kullanılmıştır. Çalışmada; BOH mortalite oranları ve prematür BOH mortalite oranları ile IGE ve KCUE arasındaki ilişki; Spearman Korelasyon katsayısı (r) ile incelenmiştir. Elde edilen katsayıların değerlendirilmesinde 0,00-0,19 arası önemsenmeyecek düzeyde düşük ilişki, 0,20-0,39 arası zayıf ilişki, 0,40-0,69 arası orta düzeyde ilişki, 0,70-0,89 arası kuvvetli ilişki ve 0,90-1,00 arası çok kuvvetli ilişki olarak kabul edilmiştir. Pozitif işaretli korelasyon katsayıları değişkenlerin birlikte artıp azaldığına, negatif işaretli korelasyon katsayıları ise değişkenlerden biri artarken diğersinin azaldığına veya tam tersine işaret etmektedir.¹⁹ Aralarında yüksek korelasyon bulunan değişkenler doğrusal regresyon analizi ile incelenmiştir. P'nin 0,05'ten küçük olduğu durumlar istatistiksel açıdan anlamlı kabul edilmiştir.

Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmada insanla doğrudan temas olmadığından ve araştırma tüm kamunun açık erişiminin bulunduğu veriler üzerinden yapıldığından, etik ya da resmi herhangi bir izin alınmamıştır.

Araştırmanın Güçlü Yönleri ve Kısıtlılıkları

Araştırmanın bazı güçlü yönleri bulunmaktadır. Araştırma yerel ölçekli değildir. Araştırma kapsamına Dünya üzerindeki pek çok ülke (140) alınmıştır. Araştırmada kullanılan verilerin tamamı aynı yıla aittir. Araştırmada kullanılan veriler DSÖ, BM ve DEF'ten sağlandığı için; veri kalitesinin iyi olduğu düşünülmektedir.

Araştırmanın bazı kısıtlılıkları bulunmaktadır. Verilerinde eksiklikler

bulunan 55 ülke kapsam dışında bırakılmıştır.
Araştırma birimi birey değil toplumdur.

BULGULAR VE TARTIŞMA

Araştırma kapsamına alınan 140 ülkenin %15'i (n=21) düşük, %20,7'si (n=29) düşük-orta, %29,3'ü (n=41) yüksek-orta ve %35'i (n=49) yüksek gelir düzeyine sahipti.

Toplam 140 ülkenin BOH mortalite oranları ortalaması %72,385±20,758 (Min:27, Max:95) idi. 30-70 yaş arası prematür BOH mortalite oranları ortalaması %17,607±5,447 (Min:8, Max:31) idi. Ülkelerin diğer bazı özellikleri Tablo 2'de sunulmuştur.

Tablo 2. Ülkelerin Araştırmaya Konu Olan Özellikleri

Ülkelerin Gelir Düzeyi	Değişkenler	Ortalama	Standart Sapma	Minimum	Maksimum
Düşük	BOH Mortalite Oranı	42,14	16,79	27,00	83,00
	30-70 Yaş Arası Prematür BOH Mortalite Oranı	20,76	3,16	13,00	25,00
	Kadın Prematür BOH Mortalite Oranı	19,57	3,04	13,00	26,00
	Erkek Prematür BOH Mortalite Oranı	22,24	3,97	14,00	33,00
	İGE	0,50	0,078	0,41	0,67
	KCUE	0,68	0,052	0,59	0,80
Düşük-Orta	BOH Mortalite Oranı	63,69	18,71	29,00	94,00
	30-70 Yaş Arası Prematür BOH Mortalite Oranı	21,48	5,25	12,00	31,00
	Kadın Prematür BOH Mortalite Oranı	18,86	4,76	11,00	28,00
	Erkek Prematür BOH Mortalite Oranı	24,34	7,34	13,00	39,00
	İGE	0,63	0,09	0,46	0,78
	KCUE	0,67	0,06	0,52	0,79
Yüksek-Orta	BOH Mortalite Oranı	77,71	16,51	27,00	95,00
	30-70 Yaş Arası Prematür BOH Mortalite Oranı	18,56	4,15	12,00	29,00
	Kadın Prematür BOH Mortalite Oranı	14,73	3,56	9,00	30,00
	Erkek Prematür BOH Mortalite Oranı	22,56	6,12	14,00	37,00
	İGE	0,75	0,06	0,49	0,84
	KCUE	0,69	0,04	0,59	0,77
Yüksek	BOH Mortalite Oranı	86,04	6,21	69,00	93,00
	30-70 Yaş Arası Prematür BOH Mortalite Oranı	13,16	4,12	8,00	25,00
	Kadın Prematür BOH Mortalite Oranı	10,06	3,12	5,00	18,00
	Erkek Prematür BOH Mortalite Oranı	16,59	6,04	10,00	37,00
	İGE	0,88	0,04	0,79	0,95
	KCUE	0,72	0,06	0,58	0,87
Türkiye	BOH Mortalite Oranı	89,00	-	-	-
	30-70 Yaş Arası Prematür BOH Mortalite Oranı	16,00	-	-	-
	Kadın Prematür BOH Mortalite Oranı	11,00	-	-	-
	Erkek Prematür BOH Mortalite Oranı	22,00	-	-	-
	İGE	0,79	-	-	-
	KCUE	0,62	-	-	-
Genel	BOH Mortalite Oranı	72,39	20,76	27,00	95,00
	30-70 Yaş Arası Prematür BOH Mortalite Oranı	17,60	5,45	8,00	31,00
	Kadın Prematür BOH Mortalite Oranı	14,68	5,26	5,00	30,00
	Erkek Prematür BOH Mortalite Oranı	20,79	6,82	10,00	39,00
	İGE	0,73	0,15	0,41	0,95
	KCUE	0,69	0,06	0,52	0,87

Araştırma kapsamında bulunan 140 ülkeden en düşük BOH mortalite oranına sahip olanlar Çad, Angola, Kenya ve

Mozambik iken; en yüksek orana sahip olan ülkeler Bulgaristan, Sırbistan ve Karadağ idi.

Prematür BOH ölümlerinin en düşük olduğu ülkeler Japonya ve Kore; en yüksek olduğu ülke ise Yemen'di. Prematür BOH kadın ölümleri Kore'de en düşük ve Fildişi Sahili'nde en yüksekti. Prematür BOH erkek ölümleri İzlanda'da en düşük ve Moğolistan'da en yüksekti.

IGE en düşük olan ülke Çad ve en yüksek olan ülke Norveç'ti. KCUE en düşük ülke Yemen ve en yüksek ülke İzlanda idi.

Gelir durumu yüksek-orta olan Türkiye'nin BOH mortalite oranı %89, 30-70 yaş arası prematür BOH mortalite oranı %16,

kadın prematür BOH mortalite oranı %11 ve erkek prematür BOH mortalite oranı %22 idi. Türkiye'nin IGE 0,787 ve KCUE 0,623 idi (Tablo 2).

Ülkelerin BOH mortalite oranları ile IGE arasında pozitif yönlü, kuvvetli düzeyde ve anlamlı ilişki saptandı ($r=0,781$, $p<0,001$). BOH mortalite oranları ile KCUE arasında pozitif yönlü, zayıf düzeyde ve anlamlı ilişki saptandı ($r=0,323$, $p<0,001$). Değişkenlere ilişkin korelasyon katsayıları ve p değerleri Tablo 3'te sunulmuştur.

Tablo 3. Değişkenler Arası İlişkilerin Boyutu

Değişkenler	IGE(r/p)	KCUE(r/p)
BOH Mortalite Oranları	0,78/<0,001*	0,32/<0,001
30-70 Yaş Arası Prematür BOH Mortalite Oranları	-0,65/<0,001	-0,31/<0,001
Kadın Prematür BOH Mortalite Oranları	-0,82/<0,001*	-0,39/<0,001
Erkek Prematür BOH Mortalite Oranları	-0,47/<0,001	-0,21/0,014

*Yüksek korelasyona işaret etmektedir.

Korelasyon analizinde yüksek korelasyona (>0,70) sahip değişkenler için doğrusal

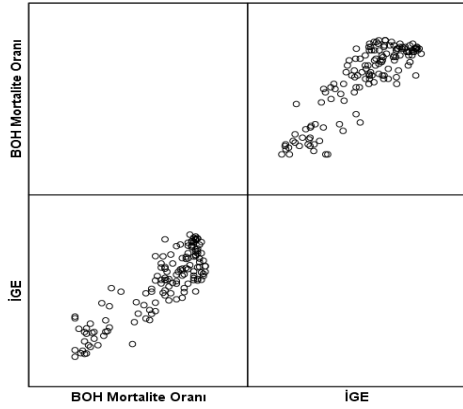
regresyon analizi yapılmış (Tablo 4) ve saçılım grafikleri çizilmiştir (Şekil 1 ve 2).

Tablo 4. BOH Mortalite Oranı ve Kadın Prematür BOH Mortalite Oranı ile İGE'nin Doğrusal Regresyon ile İncelenmesi

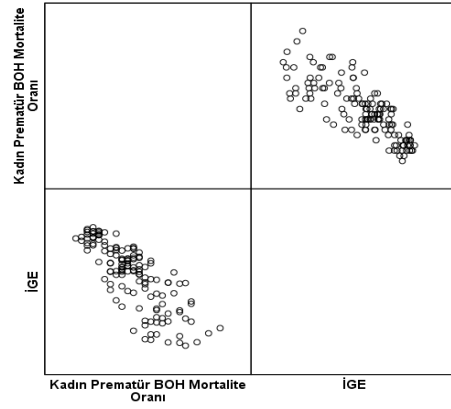
BOH Mortalite Oranı ile İGE	Kadın Prematür BOH Mortalite Oranı ile İGE
R =0,87	R =0,80
R ² =0,76	R ² =0,64
F =435,18	F =245,80
p <0,001	p <0,001
Regresyon modeli =-17,42+122,23xİGE	Regresyon modeli =35,59-28,46xİGE

Araştırmamızda İGE ile tüm değişkenler arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki saptanmıştır. İGE yüksek olan ülkelerde, BOH mortalitesi de yüksektir ve bu iki değer kuvvetli pozitif korelasyon göstermektedir. İGE yüksek olan ülkelerde 30-70 yaş arası

kişilerin BOH nedenli ölümlerden daha az etkilendiği bulunmuştur. İGE yüksek ülkelerde kadınlar, erkeklere oranla prematür BOH mortalitesinden daha az etkilenmektedir.



Şekil 1. BOH Mortalite Oranı ile İGE için Saçılım Grafiği



Şekil 2. Kadın Prematür BOH Mortalite Oranı ile İGE için Saçılım Grafiği

Bu durumlar İGE yüksek olan ülkelerde doğumda beklenen yaşam süresinin yüksek olması nedeniyle uzun yıllar yaşayan kişilerin BOH riskleriyle daha kolay karşılaşmasıyla açıklanabilir. İGE yüksek ülkelerde bulaşıcı hastalıklar yüksek ölçüde kontrol altına alındığından, BOH riskleri daha ön planda olabilir. Ayrıca İGE yüksek olan ülkelerde İGE düşük olan ülkelere göre GSMH'nin daha yüksek olması; insanların fiziksel inaktivite, sağlıksız beslenme, sigara ve alkol kullanım olanaklarına daha kolay ulaşmasını sağlıyor olabilir. İGE yüksek ülkelerin, yüksek gelirlerinden sorumlu tutulabilecek endüstri ve sanayinin neden olduğu çevre kirliliği BOH mortalite oranlarını arttırabilir. Bununla birlikte İGE yüksek olan ülkelerde beklenen ve ortalama öğrenim süresi, İGE düşük ülkelere göre daha yüksektir. Daha fazla eğitim almış kişilerin BOH'lardan daha fazla oranda korunması beklenen bir sonuç iken; çalışmamızda bununla uyumlu bir bulguya ulaşılmamıştır. Bu durum kişilerin bir şeyi bilme oranlarıyla uygulama oranlarının her zaman birbirini tutmamasıyla ilişkilendirilebilir. İGE yüksek ülkelerde erkeklere kıyasla kadınların prematür BOH mortalitesinden daha az etkilenmeleri; kadınların eşitsizliklere daha duyarlı bir grup olmasıyla açıklanabilir.

Pervaiz ve Ercantan'ın 2018'de yayımlanan çalışmalarında İGE yüksek olan ülkelerde, İGE düşük ve orta olan ülkelere göre hem BOH mortalitesi hem de prematür BOH mortalitesi daha düşük bulunmuştur.¹⁴

Bu sonuç araştırmamızda bulduğumuz sonuçtan bir miktar farklı görünmektedir. Durumun olası nedeni ilgili yıla ait (2015) oran ve endeks değerleri olabilir.

Araştırmamızda KCUE ile tüm değişkenler arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki saptanmıştır. KCUE yüksek olan ülkelerde, BOH mortalitesi de yüksektir ve bu iki değer arasında zayıf pozitif korelasyon bulunmaktadır. KCUE düşük olan ülkelerde 30-70 yaş arası kişilerin BOH nedenli ölümlerden daha fazla oranda etkilendiği bulunmuştur. KCUE düşük ülkelerde kadınlar, erkeklere oranla prematür BOH mortalitesinden daha fazla etkilenmektedir. Bu bulgular, kadın ve erkek eşitliğinin sağlanamamasının sağlığı olumsuz etkilediğini göstermektedir.

Toplumsal cinsiyet eşitsizliğinin daha az belirgin olduğu toplumlarda BOH mortalite oranları yüksektir. Bu durum KCUE yüksek olan toplumların aşıyla, temel hijyen kurallarına uyumla, su ve besin sanitasyonuyla önlenilecek bulaşıcı hastalıkların yüklerinden kurtulduklarını düşündürmektedir. Bütün ölümler içinde bulaşıcı hastalıkların payı azalınca, başa çıkmak için multisektöryel ve multidisipliner önlemlerin gerektiği BOH ve kazaların payı artmış olabilir. KCUE düşük olan, toplumsal cinsiyet eşitsizliğinin belirgin olduğu toplumlar ise bulaşıcı hastalık ve kaza risklerinin yanı sıra, yüksek prematür BOH ölümleriyle yüzyüzedirler. Eşitsizlik her iki

cinsiyeti de etkilemektedir. Ancak kadınların prematür BOH ölüm oranları ile KCUE değerleri arasında, erkelerinkine kıyasla daha büyük bir korelasyon katsayısı hesaplanmış olması, her ne kadar iki ilişki de zayıf olsa bile, kadınların eşitsizlikten daha fazla etkilendiğini düşündürmektedir. Bu durum kadınların ekonomi, sağlık, eğitim ve siyaset alanında erkeklerle eşit fırsatlar yakalayamadığına işaret ediyor olabilir.

Christiani ve arkadaşlarının 2016'da yayımlanan çalışmasında araştırmamızla paralel sonuçlara ulaşılmış olup toplumsal cinsiyet eşitsizliğinin kadınların BOH morbiditesini ve BOH risklerini daha fazla arttırdığı sonucuna ulaşılmıştır.¹⁵ Ayrıca DSÖ ve Uluslararası Diyabet Federasyonu ortak raporunda da toplumsal cinsiyet eşitsizliğinin BOH oranlarını etkilediği belirtilmektedir.²⁰

SONUÇ VE ÖNERİLER

Araştırma sonucunda; BOH ve prematür BOH mortalite oranları ile İGE ve KCUE arasında anlamlı ilişkiler saptanmıştır. İnsani gelişmişlik arttıkça ve küresel cinsiyet eşitsizliği azaldıkça; BOH ve prematür BOH mortalitesinin arttığı bulunmuştur. Küresel çapta bir sorun olan BOH ve prematür BOH mortalitelerini azaltmak ve önlemek için atılması gereken adımların uzun vadeler için hayata geçirilecek multisektöryel, multidisipliner ve küresel ölçekli planlar

olması gerektiğini düşünüyoruz. Genel bir öneri olarak tüm bireylerin sağlıklı beslenmesinin sağlanması, yeterli fizik aktivite yapması, sigara ve alkolden uzak durması sağlanmalıdır. Her alanda kadın ve erkek eşitliğinin sağlanmasının; bütün insanların ekonomi, sağlık, eğitim ve siyaset alanında bugün ulaşabildiklerinden daha fazla ve daha eşit fırsatlara kavuşmalarının yarar sağlayacağı görüşündeyiz.

KAYNAKLAR

1. Kocabaş A. Küresel ve ulusal akciğer sağlığına en büyük tehdit sağlıkta eşitsizlik. (2014). Toraks Bülteni, 2, 9-14.
2. WHO and Commission on Social Determinants of Health. Closing the gap in a generation. Geneva. (2008). https://www.who.int/social_determinants/final_report/csdh_fin_alreport_2008.pdf Erişim tarihi: 04.11.2019
3. Ak N, Baran Aksakal FN, Özkan S. Eşitsizlikler ve bulaşıcı hastalıklar. (2018). Türkiye Klinikleri, 1, 55-60.
4. Kawachi I, Subramanian SV, Almeida-Filho N. A glossary for health inequalities. (2002). J Epidemiol Community Health, 56, 647-652.
5. Akın A. Eşitsizlikler ve sağlık. (2018). Türkiye Klinikleri, 1, 1-5.
6. Whitehead M, Dahlgren G. Concepts and principles for tackling social inequities in health: Levelling up Part 1. (2006). WHO Collaborating Centre for Policy Research on Social Determinants of Health University of Liverpool. https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/74737/E89383.pdf Erişim tarihi: 04.11.2019.
7. McGinnis JM, Williams-Russo P, Knickman JR. The case formoreactive policy attention to health promotion. (2012). Health Affairs, 21, 78-93.
8. Kuznetsova, D. Healthyplaces: Councils leading on public health. (2012). London: New Local Government Network. <http://www.nlgn.org.uk/public/2012/healthy-places-councils-leading-on-public-health/> Erişim tarihi: 04.11.2019.
9. Bunker JP, Frazier HS, Mosteller F. Society and Health. (1995). New York: Oxford University Press.
10. Güler Ç, Akın L. Halk Sağlığı Temel Bilgiler. 1. Cilt. (2015). Ankara: Hacettepe Üniversitesi Yayınları. 3. Basım.
11. WHO. Fact Sheets. The top 10 causes of death. (2018). <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death> Erişim tarihi: 08.11.2019.
12. WHO. Global Health Observatory Top 10 Causes of Death Situation and Trends. (2018). <https://www.who.int/data/gho/data/themes/topics/causes-of-death/GHO/causes-of-death> Erişim tarihi: 08.11.2019.
13. Ünal B. Eşitsizlik kavramı ve bulaşıcı olmayan hastalıklar. (2018). Türkiye Klinikleri, 1, 61-67.
14. Pervaiz R, Ercantan Ö. The burden of non-communicable diseases in relation to economic status of countries. (2018). Biomed Res Ther, 5 (1), 1967-1974.
15. Christiani Y, Byles JE, Tavenner M, Dugdale P. Gender inequalities in noncommunicable disease risk factors among Indonesian urban population. (2016). Asia Pacific Journal of Public Health, 28 (2), 134-145.
16. WHO. Global Status Report on Noncommunicable Disease. (2018). <https://www.who.int/publications/i/item/9789241514620> Erişim tarihi: 01.10.2019.
17. UNDP. Human Development Indices and Indicators: 2018 Statistical Update. (2018). http://hdr.undp.org/sites/default/files/2018_human_development_t_statistical_update.pdf Erişim tarihi: 01.10.2019.
18. World Economic Forum. The Global Gender Gap Report. (2016). http://www3.weforum.org/docs/GGGR16/WEF_Global_Gender_Report_2016.pdf Erişim tarihi: 01.10.2019.
19. Alpar R. Spor, Sağlık ve Eğitim Bilimlerinden Örneklerle Uygulamalı İstatistik ve Geçerlik-Güvenirlik. 3. Baskı. (2014). Ankara: Detay Yayıncılık.
20. Pan American Health Organization (Regional Office of the WHO) and International Diabetes Federation. Non-Communicable Diseases and Gender. (2011). <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/PAHO-Factsheet-Gender-English.pdf> Erişim tarihi: 01.05.2020.

Afet ve Acil Durum Çalışanlarının Kültürel Değer Yönelimleri ile Bireysel Çatışma Yönetim Yaklaşımları İlişkisi: Çanakkale İli Örneği

Relationship Between Cultural Value Orientations and Individual Conflict Management Approaches of Disaster and Emergency Professionals: A Sample From Çanakkale

Burcu ÖZKAN¹, Fehmi Volkan AKYÖN²

ÖZ

Bu araştırmada, Afet ve Acil Durum alanlarında görev yapan; 112 Acil Sağlık Hizmetleri personelinin, İl Afet ve Acil Durum Müdürlüğü (AFAD) personelinin ve Çanakkale Belediyesi İtfaiye personelinin kullandıkları çatışma yönetim yaklaşımlarından uzlaşma/işbirliği, uyma/işbirliği, zorlama, kaçınma, uzlaşma/uyma ve uzlaşma yaklaşımlarını tercih etme durumları ve sahip oldukları kültürel değer yönelimlerinin bu yaklaşımlar ile olan ilişkisinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Bununla birlikte, çalışanların sahip oldukları demografik özelliklerinin çatışma yönetim yaklaşımları ve kültürel değer yönelimleri ile olan ilişkisinin de değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Araştırmanın örneklemini, Çanakkale ili, merkez ve ilçelerinde görevli 242 Afet ve Acil Durum personeli oluşturmaktadır.

Araştırmanın sonucuna göre, çalışanların çatışma yönetim yaklaşımları ile sahip oldukları kültürel değerleri arasındaki ilişkinin, pozitif yönlü ve orta kuvvette olduğu yönündedir. Çalışanlar, çatışma yönetim yaklaşımlarından en çok uzlaşma/işbirliği yaklaşımını kullanmaktadır. Çalışanların en çok sahip oldukları kültürel değer ise evrensel ve yardımsever olma değeridir. Çalışanların çatışma yönetim yaklaşımları tercihleri; cinsiyet, yaş ve deneyime göre farklılaşırken; medeni durum, memleket, öğrenim durumu ve meslek gruplarına göre anlamlı fark yoktur. Kültürel değer yönelimleri; cinsiyet, yaş, deneyim ve meslek gruplarına göre değişirken; medeni durum, memleket ve öğrenim durumuna göre değişmemektedir.

Anahtar Sözcükler: Çatışma Yönetim Yaklaşımları, Kültürel Değer Yönelimleri, Afet ve Acil Durum Çalışanları

ABSTRACT

The aim of this study is to determine the preferences of professionals' in the Emergency Health Services, Provincial Disaster and Emergency Directorate and in Çanakkale Municipality Fire Service in relation to conflict management approaches such as compromising/collaborating, accommodating/collaborating, competing, avoiding, compromising/accommodating and compromising and to examine the correlation between these approaches and their cultural value orientations. Further, it seeks to evaluate the correlation between their demographic characteristics, and their conflict management approaches and cultural value orientations. The sample of the study is composed of a total of 242 professionals in Disaster and Emergency, serving in the province, city center and districts of Çanakkale.

The results from the study indicate that the correlation between the conflict management approaches and cultural values of the professionals is positive and it can be considered moderately correlated. The professionals mostly use the approach of compromising/collaborating when compared to other conflict management approaches. In addition, it has been found that the most dominant cultural value is being universal and helpful. Their preferences for conflict management approaches vary by gender, age and experience. However, they do not vary by marital status, hometown, educational background and occupational groups. Their cultural value orientations differ by gender, age, experience and occupational groups, but they do not differ by marital status, hometown and educational background.

Keywords: Conflict Management Approaches, Cultural Value Orientations, Disaster and Emergency Professional

*Bu makale 22-24 Ekim 2018 tarihleri arasında Gümüşhane Üniversitesinde düzenlenen I. Uluslararası Afet Yönetimi Kongresinde sunulmuştur. Çalışmanın uygulanabilmesi için Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesinden 9.11.2017 tarihinde 2017/28 protokol numarası ile Etik Kurul onayı alınmıştır.

¹ Öğr. Görevlisi, Pamukkale Üniversitesi, Acil Durum ve Afet Yönetimi Bölümü, burcuo@pau.edu.tr, ORCID: 0000 0003 2681 3512

²Dr. Öğr. Üyesi, Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Acil Yardım ve Afet Yönetimi Bölümü, volkanakyon@comu.edu.tr, ORCID: 0000-0001-7198-018X

İletişim / Corresponding Author: Burcu ÖZKAN

e-posta/e-mail: burcuo@pau.edu.tr

Geliş Tarihi / Received: 20.11.2018

Kabul Tarihi/Accepted: 05.06.2020

GİRİŞ

Bireyler, yaşamları boyunca belli gereksinimlerini karşılamak ve dürtülerinin de etkisi ile farklı davranışlarda bulunmaktadır. Bu davranışlar, diğer bireylerin davranışları ile paralellik gösterdiği gibi çakışıkları noktalar da olabilmektedir. Bu durum aile, sosyal ortamlar veya iş yaşamında görülmekte ve çatışma şeklinde; kaçınılmaz bir durum olarak karşımıza çıkmaktadır. Yaşanılan çatışmalarda da her davranışta olduğu gibi kültürel değer yönelimlerinin etkisi görülebilmektedir.

Farklı iş alanlarında olduğu gibi, Afet ve Acil Durum alanı çalışanları da birçok farklı kültüre mensup olmakla birlikte; sahip oldukları değerler de birbirinden ayrılmaktadır. İş yaşamının getirdiği; beklenti, stres, acil durum, sorumluluk vb. gibi faktörlerin etkisi ile de çalışanlar birbirleri ile olan ilişkilerinde çatışmalar yaşayabilmektedir. Çalışanların yaşadıkları çatışmaları bireysel olarak çözüme ulaştırma konusundaki yaklaşımlarına ise kültürel değer yönelimlerinin şekillendirici etkisi önem taşımaktadır.

Yapılan araştırmanın amacı; Çanakkale il ve ilçelerinde görevli 112 personelinin, merkezindeki AFAD ve itfaiye çalışanlarının kültürel değer yönelimleri ile bireysel çatışma yönetim yaklaşımlarının belirlenmesi ve bu yaklaşımların birbirleri ile olan ilişkisinin tespit edilmesi, çalışanların kıdem, cinsiyet, çalışma süreleri, eğitim durumları, memleketleri ve çalıştıkları kuruma göre farklılaşma düzeyini saptamaktır.

Kültürel Değer

“Değerler kültürden kültüre farklılık gösteren, insan-çevre ilişkisini düzenleyen, “iyi”, “kötü”, “doğru”, “yanlış” kavramlarıyla ilişkili, farklı türleri ve işlevleri olan, tercih edilen yaşam biçimleri ve davranış tarzlarıyla kendisini gösteren zihinsel bir örgütlenmedir.¹

Schwartz (2012)’a göre değerleri birbirinden ayıran; birey için ifade ettiği amaç ya da motivasyon yani güdüleyici kaynağıdır. Schwartz, değerleri bu güdüleyici kaynaklarına göre iki kutupsal boyutta düzenleyerek yine kendi içinde birbirleri ile

olan karşıtlıklarını da ele alarak özetlemektedir. Bu boyutlar ve kapsadıkları değerler; “Değişime açık olma: Kendine yönelme, uyarılım, hazcılık” veya “Mevcut durumu koruma: Güvenlik, uygunluk, gelenek”, ikinci boyutu ise; “Kendini geliştirme: Evrenselcilik, yardımseverlik” ve “Kendini aşma: Güç, başarı” değer boyutlarıdır.²

Kültürel değerler, toplumsal davranışların yönlendirilmesi ve kontrolü bakımından çok önemlidir. Fakat, her değerın davranışları belirlemede etki ve önem derecesi aynı değildir. Bu bakımdan, bireysel davranışlardaki tercihleri belirleme ve organize etme açısından bireylerin sahip olduğu değerleri birbirinden farklılaşmaktadır.³ Bu nedenle değerlerden bazıları birbirleri ile çatışmakta bazıları ise uyumluluk göstermektedir. Örneğin; başarı ve güç değerleri uyumluluk gösterirken; başarı ve yardımseverlik değerleri ile ilgili eylemler çatışabilmektedir. Değerler; bu çatışma ve uyum ilişkisini ifade etmektedir.²

Çatışma Yönetimi

Çatışma, insanlık tarihinin her alanda karşısına çıkarak; bireysel, bireyler arası ya da gruplar arası anlaşmazlıklara neden olan bir olgudur.⁵ Bu nedenle, temel öğelerinden biri insan olan örgütlerde; çatışma yaşanması kaçınılmaz bir olgu olarak karşımıza çıkmaktadır.

Örgütsel çatışmalar, örgütte bulunan kişilerin; bireysel, bireyler arası ya da örgüt ile türlü sebeplerden kaynaklı; uyumsuzluk, anlaşamama gibi durumlar sonucu yaşadıkları, aykırılıklara sebep olan dinamik bir süreçtir.¹⁰ Örgütsel çatışmalar farklı yaklaşımlar ile ortaya konulmaktadır. Bunlar⁸: Geleneksel görüş; çatışma konusunda ilk yaklaşım olup çatışmanın kötü olduğunu varsaymıştır. Bu varsayım; yıkım, şiddet ve mantıksızlık gibi sıfatlarla eş görülmüştür. Çatışma olumsuzlukları yansıttığı için de önlenmesi gerekmektedir. Davranışsal görüş; örgüt ve çalışanlar için çatışmaların doğal bir süreç olduğunu kabul eder. Çatışma kaçınılmazdır ve kabul edilmelidir. Çatışma ortadan kaldırılamaz ancak örgüt performansına

olumlu katkıları sağlayabilir. Etkileşimci görüş; şu anda da geçerliliği devam eden görüştür. Çatışmayı kabul eder. Çatışma olmadığında durağanlaşmaktansa, olarak; yenileşmeye ve değişime destek versin görüşü hakimdir.

Örgüt içi çatışma sebepleri şöyle sıralanabilir:

- Kaynakların paylaşımı; kaynakların ortak kullanılması ya da az olması.⁹
- Amaç farklılıkları; departmanların farklı görüşlere sahip olması.¹⁰
- Bireysel duygu ve algılar; kişilerin duygu durumları.¹¹
- Ortak karar alma; yetki ve bağlılık konusundaki dengesizlikler.⁹
- Yönetimsel belirsizlikler; birkaç bölümün üstlendiği; paylaşımı yapılamayan görevler ya da hiç bir bölümün üstlenmediği görevler.¹²
- Ödül-ceza sistemi; ödül-ceza sisteminin net belirlenmemesi.⁹
- İletişim problemleri; kişisel, fiziksel, biyolojik farklılıklar, üslup, güven vb. problemler.¹¹
- Denetim biçimi; örgüt içi ve departmanlar arası yapılan denetimlerin belli kriterlere göre, net ve şeffaf bir şekilde yapılmaması.¹⁰³
- Değişim ve belirsizlik; örgüt içi değişime gidilmesi ve bu durumun yönetilememesi.⁹
- Yönetimsel farklılıklar; örgütü ve çalışanları tanımadan uygulanan yönetim stilleri.⁹
- Statü farklılıkları; örgüt içinde bulunan departmanların birbirinden farklı düzeyde statü ve güce sahip olmaları.¹⁰
- Beceri farklılıkları; grup olarak veya bireyler arası çalışmalar gerektiren örgütlerde, beceri farklılıkları sonucu süreç farklılıkları.¹¹

Çatışma; kişiler oldukça ve iletişim halinde buldukları sürece olağan bir durum olarak

karşımıza çıkmaktadır.⁶ Bu yüzden asıl amaç yönetenlerin, çatışmadan kaçmak yerine; faydalanmayı öğrenmeleridir.⁵ Bu durum da çatışmanın yönetilmesi ile sağlanmaktadır. Kılınç (1986)'a göre de çatışma yönetiminde amaç, yararlıları belli seviyede tutmak; zararlıları ise uygun yöntemler ile ortadan kaldırmaktır. Başa çıkma yöntemlerinde önemli olan ise anı kurtarmaktan çok uzun vadeli çatışma yönetimini sağlayabilmektir.¹³ Bu nedenle çalışanlar çatışmanın yönetimi konusunda etkili ve uygun yöntemleri seçerek çatışmalardan fayda sağlayabileceklerdir. Literatürde çatışma yönetimi konusunda çeşitli strateji ve yöntemler mevcuttur.

Rahim daha önce yapılan çalışmaları ve geliştirilen modelleri de inceleyerek, örgütler de çatışma taraflarının tutumlarını beş ayrı yaklaşımda tekrardan yorumlamıştır. Bu yaklaşımlar; kaçınma, uzlaşma, bütünleşme (işbirliği), ödün verme (uyuma) ve hükmetmedir (zorlama). Rahim'in geliştirmiş olduğu bireysel yaklaşımlar aşağıda açıklanmıştır.¹⁴

- Kaçınma yaklaşımında çatışmanın varlığı görülmekte fakat görmezden gelinerek ortadan kalkacağı düşünülmektedir. Özellikle dar alanda yaşanan çatışmaların görmezden gelinmesi kimi zaman faydalı olabilmekte iken çoğunlukla ileride daha büyük çatışmalara sebep olmaktadır. Ancak daha büyük çatışmaların olması, öne çıkan farklı bir konunun varlığı vb. gibi durumlar özellikle yöneticileri zorunlu olarak bu yönetime itebilmektedir.⁹ Çatışmadan kaçmak başta çözüm olarak görülse de sonrasında daha büyük problemlere neden olmaktadır.¹⁰
- Uzlaşma yaklaşımı çatışan tarafların uzlaşmaya gönüllü olması ile fedakarlıklarda bulunarak çözüme gitmeyi amaçladıkları yöntemdir. Bu yöntemde çatışmayı kazanan yoktur.¹⁰ Fakat, tarafların her ikisi de sonuçtan memnundur. Örneğin, işveren ile işçi arasındaki toplu pazarlık görüşmeleri bu tür bir yöntem olarak örnek verilebilir.¹²
- İşbirliği çatışanların, menfaatlerinden veya ortak isteklerinden karşılıklı fedakarlıklarda bulunarak; orta bir noktada

buluşmayı amaçlayan yöntemdir.¹⁰ Çatışanlar birbirlerine karşı ödünler vererek ortak bir yol oluşturmayı amaçlamaktadırlar. Böyle bir durumda çatışanların pazarlık yapabilmeye kabiliyetleri verecekleri ödünleri etkileyecektir. Bu durumda eşitlik sağlanamazsa çatışma potansiyeli sürekli gündem de olacaktır. Kimi zamansa ödün vermek çatışmaları önleyecek fakat örgütün çıkarlarını zedeleyecektir.⁹

- Uyma yaklaşımı, taraflar ya da taraflardan biri olası veya olan çatışma için, daha kötüsünü önleyebilmek adına; fedakarlıklarda bulunur. Bu davranış ilişkilerin olumlu yönde ilerlemesini sağlasa da, taviz veren taraf açısından; fikir ve düşüncelerini ortaya koyamaması gibi yoksunlukların yaşanmasına neden olmaktadır.¹⁵

- Zorlama yaklaşımı yöneticilerin güç kullanarak yaşanan çatışmayı ortadan kaldırdıkları bir yöntemdir.⁹ Örgüt yöneticileri, güç ve otoritesini açık bir şekilde kullanmaktadırlar.¹⁰ Bu yöntem çatışanları ikna ederek çözüm yoluna gitmeyi sağlamamaktadır.⁹ Aksine; maaş indirimi, kınama ya da işten çıkarmalara kadar gidebilecek bu yöntem de çatışan taraflar için kötü sonuçlar doğabilmektedir.¹⁰ Fakat hemen çözümlenmesi gereken çatışmalarda etkili bir yöntemdir. Ancak yöneticilerin bu yöntemle sıklıkla başvurması çalışanların verimini düşürebilmektedir.⁹ Çalışanlar arası böyle bir yaklaşımın tercih edilmesi ise karşılıklı ilişkilere yönelik dengelerin bozulmasına neden olacaktır.

Kültürel Değer Yönelimi ile Bireysel Çatışma Yönetim Yaklaşımı İlişkisi

Çatışma yönetimi, öncelikle çatışmanın tanımlanmasını ve sonrasında uygun strateji ile müdahaleyi içermektedir. Yaşanan çatışmaya müdahale edilmeden önce çatışma sebeplerinin ortaya koyulması, çatışanların tutumlarının doğru bir şekilde gözlenmesi, çatışmanın aşaması ve hangi çatışma yönetim yaklaşımının uygulanması ile sonuca gidilebileceği konusunda iyi bir plan

yapılmalıdır. Bunun için de çatışma yönetim yaklaşımlarını bilmek çatışma yönetimi konusunda başarılı bir sonuca ulaşmak için gerekli bir durumdur.¹⁶

Yönetim ve organizasyon literatüründe, beş grupta toplanan bireysel çatışma yönetim yaklaşımları uluslararası yazında Türkçe de karşılığı olmayan İngilizce “big five” adı ile anılmaktadır. Bu yaklaşımlar ulusal yazında; işbirliği yaklaşımı, kaçınma yaklaşımı, uyma yaklaşımı, uzlaşma yaklaşımı ve zorlama yaklaşımıdır. Fakat bazı kaynaklarda farklılıklar görülebilmektedir. Örneğin zorlama yaklaşımı; rekabet, iş birliği yaklaşımı; sorun çözme ya da tümleştirme olarak isimlendirilebilmektedir. Her ne kadar isimlendirme de farklılıklar olsa da içerik olarak aynıdır.¹⁷

Çatışma meydana geldikten sonra verilen tepki stilleri farklılaşabilmektedir. Buna bağlı olarak, çatışan taraflardan yönetimi konusunda; kimi uymayı, uzlaşmayı kimi işbirliği yapmayı seçebilir. Bazıları ise zorlamayı seçerken; bazıları da probleme ve çatışmanın ortaya çıkmasına rağmen kaçınmayı seçebilir. Bu gibi farklılıkların altında; bireyin sahip olduğu kültürel özellikleri, meslek veya örgüt kültürü gibi geniş bir alanı kapsayan; kültürel çevrenin şekillendirici etkisi vardır.¹⁸ Buradan hareketle, çatışma yönetim yaklaşımlarının; kültürel değer yönelimleri ile olan ilişkisi değerlendirilmiştir.

Bireysel Kaçınma Yaklaşımı ve Kültürel Değer Yönelimleri İlişkisi

Kaçınma yaklaşımı, çatışan tarafların, istek ve ilgilerine yönelik verdikleri önemin; hem kendileri hem de karşı taraf için düşük olması halinde uygulanmaktadır.¹⁹ Yaklaşımı uygulayan birey de; sorumluluklarını başkasına verme, ilgilenmeme, umursamama, kenara çekilme, olumsuz herhangi bir şey duymayı istememe ya da durumdan vazgeçme davranışları görülmektedir.¹⁹⁻²⁰ Çatışmalara geleneksel bakış açısı ile yaklaşan bu bireyler; genellikle güvenlik, uygunluk ve gelenekçi değer tiplerine sahiptir. Bu nedenle bireyler yakın oldukları kişilerle veya örgütlerle ilişkilerinde belirlilik ve süreklilik içeren bu değerlere bağlı olarak kaçınma yaklaşımında

bulunarak; çatışmaya dahil olma cesaretini gösteremezler.²¹ Bunun yanı sıra özaşkınlığa yani evrensellik ve yardımseverlik değerlerine sahip bireyler ise bencillikten uzak, başkalarını düşünen bireyler oldukları; hazcılık değerine sahip bireyler ise -özellikle yöneticilerin kendi arasında- mevcut durumu, huzuru korumak ve düzeltmek; çatışmanın yaşanmaması veya ortaya çıkmaması için ödün vererek; genellikle kaçınma yaklaşımını tercih edebilmektedirler.⁴⁻²¹ Güç değeri yüksek bireyler ise; özellikle üst kademedeki çalışanlar; güce sahip olma ve bunu koruma güdüsü ile başarı değerlerinin de etkisi ile kaçınma yaklaşımını uygulayabilmektedirler.⁴

Yaklaşımın uygulanması çatışma aşamalarına göre güçleşmektedir. Buna göre çatışmanın, hissedilen aşamasında kaçınma yaklaşımını uygulamak; algılama aşamasında uygulamaktan daha zordur. Çünkü hissedilen aşamada çatışan taraflar, birbirlerine karşı olumsuz hisler duymaya başlamakta; ancak algılama aşamasında herhangi olumsuz bir his olmadığından, çatışma ortamından uzaklaşmak daha kolay olmaktadır. Buna bağlı olarak, algılama aşamasında çatışmadan kaçınmak; olumsuz herhangi bir durum yaşanmadığı için tarafların tekrar bir araya gelmelerini de kolaylaştırmaktadır. Çatışma çözümü için, kaçınma yaklaşımını her iki tarafında uygulamasına gerek yoktur. Bireysel olarak uygulanan kaçınma yaklaşımı, her iki tarafında yalnız kalıp düşünmesine ve bir araya geldiklerinde sakince, doğru değerlendirmeler ile çözüme gitmelerini sağlayarak; çatışan her iki tarafında lehine sonuçlanacaktır.²²

Kaçınma yaklaşımında birey veya taraflar çatışma çözümünü ertelemektedirler. Aynı zamanda bu durum da bireyler arasında potansiyel çatışmalara neden olmaktadır. Potansiyel çatışmaların varlığı, hem bireyler hem de örgütler için bir tehdittir ve yıkımları daha büyük olmaktadır.¹⁹ Buna bağlı olarak bireysel olarak uygulanan çatışma yaklaşımında; kaçınma yaklaşımını uygulamayan taraf, diğer uygulayan taraf açısından ciddiye alınmadığı veya değer verilmediği algısına kapılabilmektedir. Bu da durumun kartopu gibi büyüüp çıkış etkisi

yaratmasına ve çatışmanın tehlikeli bir hal almasına neden olmaktadır.²³

Çatışmadan kaçınmak, taraflar arası iletişimi ve çözüm yollarına gitmeyi engelliyor olsa da taraflar arasında yüksek gerilimlerin veya zıtlıkların olduğu ve çatışmanın zarar verici düzeylere ulaştığı durumlar da etkili bir yaklaşım olabilmektedir.²²⁻²³ Böylelikle çatışan taraflar belli bir süre kaçınma yaklaşımını uygulayarak; sakinleşir ve olayları sakince tekrar değerlendirebilirler. Bu sayede iletişim kurmak ve çözüme gitmek de kolaylaşır.²² Ancak çatışmada konu, birey için önemli ve çözüm ile ilgili kararda söz hakkı birinci derecede ona ait ise kaçınma yaklaşımı kullanılamaz. Mutlaka söz hakkını kullanmalı ve çatışmaya müdahale etmeli veya diğer yaklaşımlardan birini kullanarak çözüme gitmelidir.²⁴

Bireysel İşbirliği Yaklaşımı ve Kültürel Değer Yönelimleri İlişkisi

Çatışan taraflar için, her iki tarafında tarafın önceliklerine ve ihtiyaç durumlarına değer verme durumunda uygulanan bir yaklaşımdır.¹⁹ Özellikle öz-yönelim (kendine yönelme) değerine sahip çalışanlar; benlik saygısına ve kendilerine önem verdikleri için; diğer çalışanlar ile çatışmalarda onlara ve onların benlik saygısına önem vermelerinden kaynaklı olarak ve aynı zamanda da uyumluluk (uygunluk) değerlerine sahip bireyleri de daha uzlaşıcı ve bütünleştirici bir çatışma yönetimine yönelttiği için genellikle çatışmaların çözümünde işbirliği yaklaşımını kullanmaktadırlar. Başarı değeri yüksek bireylerinde işbirliği yaklaşımını tercih etmeleri ile birlikte; gelenek, evrensellik ve hayırseverlik değerleri de çalışanları; yaşadıkları çatışmalarda işbirliği yaklaşımına itmektedir. Yani eşitlik, erdemlilik, sosyal adalet, güzel bir dünya isteği gibi küresel değerler ile ifade edilen evrensellik; ılımlılık, alçakgönüllülük ile ifade edilen geleneksellik ve bağışlayıcı, birlikte hareketi baz alan kişiler olduğu için hayırsever olarak ifade edilen yardımseverlik değerleri yüksek çalışanlar aralarındaki sorunları ortak bir kararla ve bütünleştirici bir yaklaşım olan işbirliği ile çözmektedirler. Güvenlik değerlerine sahip bireyler de; bireysel,

toplumsal veya grupsal ahenge, düzene, sağlığa önem verdikleri ve birlikte hareket etme, ortak karar alma isteği ile paralel olarak genellikle bu yaklaşıma yönelmektedirler.⁴

Yaklaşımın uygulanması için ilk adım; çatışan tarafların birbirlerini çözüm arayan taraflar olarak algılamalarıdır.²² Sonrasında çatışanlar karşılıklı olarak, problem durumu ve çözümü için; güven duygusu ve açık sözlülük ile tartışır. Çözüm, çatışan taraflar için kabul edilebilir bir şekilde analiz edilir. Yaklaşımdaki temel kural kartları ortaya koymaktır. Çatışan taraflar, işbirliği yaparak; çatışmayı, nedenlerini, farklılıklarını yapıcı bir şekilde ortaya çıkarırlar. Bu sayede kendi bakış açılarını da genişletmektedirler.¹⁶ Diğer yaklaşımlara göre birçok açıdan üstün özelliklere sahip olan işbirliği yaklaşımı, uygulama aşamasında bazı kısıtlılıklara sahiptir. Öncelikli olarak bu yöntem, yaşanan çatışmanın erken döneminde kullanılırsa daha etkili olarak; çatışmanın kontrol altına alınıp sona ermesini sağlamaktadır. Çatışmanın en şiddetli döneminde kullanılması ise tarafların mantıklı bir şekilde düşünmelerini engelleyerek hareketlerini kısıtlayacaktır. Bir başka kısıtlılığı ise zamandır. Yaşanan çatışmanın kısa sürede çözüme ulaştırılması gereken durumlar da bu yaklaşımı uygulamak zorlaşmaktadır. Çünkü işbirliğinde önemli olan tarafların problemin derinliklerine inerek çözüme gitmeleridir. Kısıtlı zamanda problemlerin derinine inmek ise oldukça zorlayıcıdır. Diğer bir kısıtlılık ise, çatışma taraflarının birbirlerine karşı güven duygularını tam anlamı ile sağlayamamaktan kaynaklı; çözüm konusunda açık ve samimi bir işbirliğine gitmemeleridir.²⁴

Bireysel Uyma Yaklaşımı ve Kültürel Değer Yönelimleri İlişkisi

Uyma yaklaşımı, daha çok çıkar ilişkilerinin olduğu durumlarda veya ast-üst ilişkilerinde; astların anı kurtarmak için uyguladıkları bir yaklaşımdır.²⁴ Bu gibi durumlarda uyma yaklaşımını tercih eden bireylerin hazcılık değerleri yüksek bireylerdir. Bazı yöneticiler ise güç ve başarı değerlerinin yüksek olmasına bağlı olarak gücünü ve başarısını korumak adına uyma yaklaşımını tercih edebilmektedirler.⁴

Uyma yaklaşımı, bazı durumlar için yarar sağlasa da; sürekli uygulanması bireyler arasındaki saygıyı yok etmektedir. Özellikle örgüt yöneticilerinin bu yöntemi tercih etmesi, sadece bireysel olarak değil örgütsel olarak da sorunları beraberinde getirecektir. Ayrıca çatışma yönetimi sürecinde, isteklerinden ödün veren kişiye yönelik daha fazlasını elde etme düşüncesi; karşı tarafın baskısını da arttırabilmektedir.¹⁶

Bireysel Uzlaşma Yaklaşımı ve Kültürel Değer Yönelimleri İlişkisi

Uzlaşma yaklaşımı, bireylerin çözüme ilişkin yolları bireysel olarak ifade edip ortaya çıkan çözümlerden en uygununu seçerek anlaşmaya vardıkları yöntemdir.²² Özellikle güç ve başarı değerlerine sahip bireyler; otorite ve sosyal görünümüne önem verdikleri için, buna sahip olmak ve bu durumu korumak adına; bulunan orta yolda uzlaşmaya giderek çatışmayı çözme eğilimindedirler.⁴ Çünkü anlaşmaya varılan çözümler genellikle tarafların kendi isteklerinden belli tavizlerin verilmesi ile elde edilir.²² Verilen tavizlerin miktarı ise tarafların nispi güçleri ile bağlantılıdır.²⁵

Uzlaşma yaklaşımı, çoğunlukla çatışmanın erken evresinde uygulanan bir yaklaşımdır.²⁷ Bu yüzden çatışmanın algılama aşamasında uygulandığı takdirde diğer aşamalarına göre daha kolay çözüme gitmeyi sağlamakta ve çatışmanın büyümesini de önlemektedir.²²⁻²⁴ Hissedilen veya açık çatışma aşamalarında ise uzlaşma yaklaşımını uygulamak, tarafların birbirlerine olumsuz duygular beslemeleri nedeni ile fedakarlıkta bulunmalarını engelleyecek ve çatışmaya ilişkin çözümlerin etkililiğini de azaltacaktır.²² Bu nedenle ileri aşamalarda çatışmalarda uzlaşma; arabulucu sayesinde sağlanabilmektedir.²⁴ Genel olarak uzlaşma yaklaşımında kullanılan teknikler ise; üçüncü taraf müdahalesi, farklılıkları paylaşma, oyalama veya pazarlıktır.²⁵

Bireysel Zorlama Yaklaşımı ve Kültürel Değer Yönelimleri İlişkisi

Klasik veya yetkici yönetim tutumunun hüküm sürdüğü örgütlerde daha çok kullanılan bir yaklaşımdır.²⁴ Özellikle güç ve başarı değerlerine sahip çalışanlar; kendi çıkarlarını

ön plana koydukları için bunları korumak ya da hakimiyetçi, sosyal statü veya otorite sahibi olmak adına hırslı olmaları, onları gelenekçi çatışma yaklaşımlarını benimsemelerine ve bu nedenle çatışmaları engellemek ve ortadan kaldırmak için hükmedici, baskıcı olan zorlama yaklaşımını tercih etmelerine neden olmaktadır.⁴⁻²¹

Zorlama yaklaşımı; uygulayan bireyler için kısa süreli faydalar sağlıyor olsa da; kullanımının artması ve sürekliliği örgüte zararlar vermektedir. Yönetim şekillerinden en

eskisi olan, “yetkeci” yönetim anlayışını baz alan bu yaklaşım; yönetim ile ilgili acil karar alınması gereken durumlarda, karşı tarafın çıkarları zedelenmese de bir memnuniyet sağlamamasına rağmen geçici bir şekilde uygulanabilmektedir. Diğer yaklaşımlara göre çözüm için kısa bir yoldur. Fakat sık kullanımı örgüt içi performansta ve örgüte olan bağlılıkta azalmalara sebebiyet vermektedir. Kullanıldığı durumlarda ise çatışma sonuçlandıktan sonra durumun önemi ve acil olması ile ilgili gerekli bilgiler verilmelidir.²⁴

MATERYAL VE METOD

Örgütsel çatışmaların yönetiminde, çalışanlar; tutum, davranış ve düşüncelerini etkileyen bireysel değerlerinin etkisi altında kalabilmektedirler. Aynı zamanda çalışanlar, profesyonel düşünüp çatışma yönetimi konusunda yaklaşımların uygulanması gerekliliğini savunuyor olsa dahi, çatışmayı algılayış ve yönetimi konusunda bireysel değerlerin önemli bir etkisi olmaktadır. Çatışma yönetimi konusunda verdikleri kararlar, bu bireysel değerlerden etkilenmekte; fakat verilen kararlar örgüt değerleri ile de ters düşmemek zorundadır. Buna göre, çalışanlar kendi değer algılarına ve yetkilerine bağlı olarak; örgüt sınırları içinde yaşanan çatışmalara yönelik çeşitli ve farklı yaklaşımlarda bulunmaktadır.⁴

Çalışanların bu kültürel değer yönelimleri ve tercih ettikleri bireysel çatışma yönetim yaklaşımları araştırmamızın temelini oluşturmaktadır.

Araştırmanın Etik Yönü

Çalışmanın uygulanabilmesi için Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesinden 9.11.2017 tarihinde 2017/28 protokol numarası ile Etik Kurul onayı alınmıştır. Anketlerin yapılabilmesi için Çanakkale AFAD İl Müdürlüğünden 24.10.2017 tarih ve 157307 sayılı yazısı ile, Çanakkale İl Sağlık Müdürlüğünden 16.10.2017 tarih ve 32997411-771 sayılı yazısı ile, Çanakkale İtfaiye Müdürlüğünden 1.12.2017 tarih ve 25955424 sayılı yazısı ile gerekli izinler alınmıştır. Çanakkale İl Sağlık Müdürlüğünün 97769597-604.02 sayılı yazısı ile yayın izni alınmıştır.

Araştırmanın Önemi

Bu araştırma, Afet ve Acil Durum çalışanlarının; kendilerinin sahip oldukları kültürel değer yönelimlerine ilişkin karşılaştıkları çatışmaları yönetmede kullanacakları yaklaşımları değerlendirebilmeleri, çatışma yaşadıkları kişilere de bu açıdan yaklaşabilmeleri bakımından önem taşımaktadır. Bir bakıma; Afet ve Acil Durum çalışanlarının işleri gereği; karşılaştıkları çatışmaları en az seviyede tutmaları ve yararlı sonuçlar elde etmek için çatışmaları kısa sürede bireysel olarak uygun yaklaşımları seçerek çözüme ulaştırmaları için farklılık yaratacağı ve bu alanlarda yapılabilecek çalışmalara da kaynak olabileceği düşünülmektedir.

Araştırmanın Hipotezleri

Araştırmanın ana hipotezi şu şekildedir:

H₁: Afet ve Acil Durum çalışanlarının kültürel değer yönelimleri ile bireysel çatışma yönetim yaklaşımları arasında anlamlı bir ilişki vardır.

Araştırmanın alt hipotezleri şu şekildedir:

H_{1.1}: Uzlaşma yoluyla işbirliği yaklaşımı ile kültürel değer yönelimleri arasında anlamlı bir ilişki vardır.

H_{1.2}: Uyma yoluyla işbirliği yaklaşımı ile kültürel değer yönelimleri arasında anlamlı bir ilişki vardır.

H_{1.3}: Zorlama yaklaşımı ile kültürel değer yönelimleri arasında anlamlı bir ilişki vardır.

H_{1.4}: Kaçınma yaklaşımı ile kültürel değer yönelimleri arasında anlamlı bir ilişki vardır.

H_{1.5}: Uzlaşma yoluyla uyma yaklaşımı ile kültürel değer yönelimleri arasında anlamlı bir ilişki vardır.

H_{1.6}: Uzlaşma yaklaşımı ile kültürel değer yönelimleri arasında anlamlı bir ilişki vardır.

Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, 2017-2018 yılında görev yapan Çanakkale merkezde bulunan 60 AFAD çalışanı ve 56 itfaiye çalışanı ile Çanakkale il ve ilçelerde görev yapan 350 acil sağlık hizmetleri (112) personeli ile birlikte 466 çalışan oluşturmaktadır. Araştırmada basit tesadüfi örnekleme yöntemleri uygulanmıştır. Evrenin %50'si örneklem olarak ele alınarak hedef kitleye ölçekler ulaştırılmış ve 242 dönüt alınmıştır. Anketler yüz yüze yapılmıştır.

Veri Toplama Araçları ve Yöntem

Araştırma verileri, demografik bilgilerden sonra, Afet ve Acil Durum çalışanlarının, kültürel değer yönelimlerine ilişkin özelliklerini ortaya çıkaracak; Schwartz'ın geliştirmiş olduğu 40 maddelik Portre Değerler Ölçeği (PDÖ) (Portrait Values Questionnaire-PVQ-IV) ve bireysel çatışma yönetimlerini

ortaya çıkarmak için Rahim' in geliştirmiş olduğu 28 maddelik Rahim Örgütsel Çatışma Envanteri (Rahim Organizational Conflict Inventory II- ROCI-II) kullanılmıştır.

Verilerin Analizi

Veriler, çalışanların demografik özelliklerini belirlemeye yönelik 7, kültürel değerlerine yönelik 40, çatışma yönetim tarzlarına yönelik ise 28 ve toplamda 75 maddeden oluşan ölçek ile elde edilmiştir. Elde edilen verileri analiz etmek için "Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) 23 Windows programı ve Excel 2016 versiyonu kullanılmıştır.

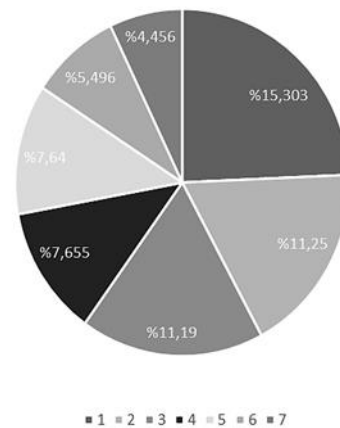
Tüm değişkenlerin frekans ve yüzde değerleri hesaplanmıştır. Ölçeklerin ortalama ve standart sapma değerleri verilmiştir. Ölçeklerin iç tutarlılığı Cronbach Alpha katsayısı ile değerlendirilmiştir. Araştırmada çatışma yönetimi ve kültürel değerleri kapsayan ölçek maddelerine ayrı ayrı doğrulayıcı faktör analizi uygulanarak varyansı temsil eden faktörler tespit edilmiştir. Elde edilen faktörler, Independent Samples T-Test, Tek Yönlü Varyans Analizi (One Way ANOVA) ve Tukey Testi, Pearson Korelasyon Analizi ve Spearmen's Rank Order Korelasyon analizi ile değerlendirilmiştir

BULGULAR VE TARTIŞMA

Araştırma ölçekleri öncelikle faktör analizine tabi tutulmuş ve araştırmayı açıklayan faktörler belirlenmiştir.

Portre Değerler Ölçeği Faktör Analizi

Uygulanan Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) testi sonucunda, veri yapımızın faktör analizi için uygun olduğu tespit edilmiştir (KMO=0,883). Bartlett Küresellik testi sonucunda değişkenlerimiz arasında anlamlı ilişkilerin bulunduğu, faktör analizi sonucunda anlamlı faktörleşmeler elde edilebileceği görülmüştür.



Şekil 1. PDÖ Faktörleri

Özdeğeri 1'den büyük 7 önemli faktör bulunmakta ve uygulanan faktör analizi sonucunda ölçek 7 boyutta açıklanabilmektedir.

PDÖ 10 değer boyutunu içermektedir. Faktör analizi sonucu çalışmaya yönelik 7 faktör belirlenmiştir. Buna göre; 1. boyutta evrensellik ve yardımseverlik faktörleri birleşerek evrensel ve yardımsever olma değeri (EYO) varyansın %15,303'ünü;

2. boyutta güç ve başarı faktörleri birleşerek güçlü ve başarılı olma değeri (GBO) varyansın %11,25'ini; 3. boyutta hazcılık ve uyarılım faktörleri birleşerek hazcılık ve uyarılım değeri (HU) varyansın %11,19'unu; 4. boyutta güvenlik değeri (GV) varyansın %7,655'ini; 5. boyutta evrensellik ve geleneksellik faktörleri birleşerek evrensel ve geleneksel olma değeri (EGO) varyansın %7,641'ini; 6. boyutta geleneksellik ve uyma faktörleri birleşerek geleneksel ve uyumlu olma değeri (GUO) varyansın %55,495'ini ve 7. boyuttaki öz-yönelim (ÖZY) faktörü de varyansın % 4,456'sını oluşturmaktadır. Tüm faktörlerin araştırma varyansını açıklama gücü %62,990'dır. Tablo 1- Şekil 1.

Tablo 1. PDÖ Faktörleri

Faktörler	Toplam	Açıklanan Varyans (%)	Toplam Açıklanan Varyans (%)
1	4,744	15,303	15,303
2	3,487	11,250	26,553
3	3,469	11,190	37,743
4	2,373	7,655	45,398
5	2,369	7,640	53,039
6	1,704	5,496	58,534
7	1,381	4,456	62,990

Çalışma Yönetimi Yaklaşımları Ölçeği Faktör Analizi

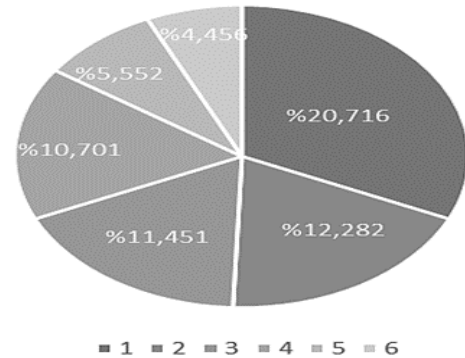
Uygulanan KMO testi ile veri yapımızın faktör analizi için uygun olduğu tespit edilmiştir (KMO=0,877).

Tablo 2. ÇYTÖ Faktörleri

Faktör	Toplam	Açıklanan Varyans (%)	Toplam Açıklanan Varyans (%)
1	5,801	20,716	20,716
2	3,439	12,282	32,999
3	3,206	11,451	44,449
4	2,996	10,701	55,151
5	1,554	5,552	60,702
6	1,248	4,456	65,158

Bartlett Küresellik Testi sonucunda değişkenlerimiz arasında Birinci boyut uzlaşma yoluyla işbirliği (UZİŞ) olarak adlandırılmış ve varyansın %20,716'sını açıklamıştır. anlamlı ilişkilerin bulunduğu, faktör analizi sonucunda anlamlı faktörleşmeler elde edilebileceği görülmüştür.

İkinci boyut uyma yoluyla işbirliği (UYİŞ) olarak adlandırılmış ve varyansın %12,282'sini açıklamıştır. Üçüncü boyut zorlamadır (ZOR) ve varyansın %11,45'ini açıklamıştır. Dördüncü boyut kaçınmadır (KAÇ) ve varyansın %10,702'sini açıklamıştır. Beşinci boyut uzlaşma yoluyla uyma (UZUY) olarak adlandırılmıştır ve varyansın %5,551'ini açıklamıştır. Altıncı boyut uzlaşma (UZ) olarak adlandırılmıştır ve varyansın %4,456'sını açıklamıştır. Tüm faktörlerin araştırma varyansını açıklama gücü ise %65,158'dir. Tablo.2- Şekil 2.



Şekil 2. ÇYTÖ Faktörleri

Korelasyon Analizi ve Hipotez Testleri

Korelasyon analizine göre Uzlaşma yoluyla İşbirliği yaklaşımı ile EYO kültürel değer yönelimi arasında pozitif yönlü orta düzeyli bir ilişki (.446**), GBO (.287**), HU (.291**), GV (.212**), EGO (.370**), ve GUO (.226**) kültürel değer yönelimleri arasında düşük düzeyli ve ÖZY (.196**) değer yönelimi arasında da çok düşük düzeyli bir ilişki tespit edilmiştir. Buna göre;

“H_{1.1}: Uzlaşma yoluyla işbirliği yaklaşımı ile kültürel değer yönelimleri arasında anlamlı bir ilişki vardır.”, hipotezi kabul edilmiştir.

Uyma yoluyla İşbirliği yaklaşımı ile, GBO (.206**) kültürel değer yönelimi arasında pozitif yönlü düşük düzeyli, EYO (.126*) ve HU (.182**) arasında da çok düşük düzeyli bir ilişki tespit edilmiştir. Buna göre;

“H_{1.2}: Uyma yoluyla işbirliği yaklaşımı ile kültürel değer yönelimleri arasında anlamlı bir ilişki vardır.”, hipotezi kabul edilmiştir.

Zorlama yaklaşımı ile GBO (.447**) ile pozitif yönlü orta düzeyde ve HU (.309**) arasında düşük düzeyde bir ilişki tespit edilmiştir. Buna göre; H_{1.3}:Zorlama yaklaşımı ile kültürel değer yönelimleri arasında anlamlı bir ilişki vardır.”hipotezi kabul edilmiştir.

Kaçınma yaklaşımı ile hiçbir kültürel değer yönelimleri arasında bir ilişki tespit edilememiştir. Bu sebeple; “H_{1.4}: Kaçınma yaklaşımı ile kültürel değer yönelimleri arasında anlamlı bir ilişki vardır.” hipotezi ret edilmiştir.

Uzlaşma yoluyla Uyma yaklaşımı ile GBO (.199**) arasında pozitif yönlü çok düşük ve HU (.212**) arasında düşük düzeyli bir ilişki tespit edilmiştir. Buna göre; “H_{1.5}: Uzlaşma yoluyla uyma yaklaşımı ile kültürel değer yönelimleri arasında anlamlı bir ilişki vardır.” hipotezi kabul edilmiştir.

Uzlaşma yaklaşımı ile GBO (.322**) arasında pozitif yönlü ve düşük düzeyli, EYO (.196**), ÖZY (.144*) ve HU (.179**) arasında da çok düşük düzeyli ilişki tespit edilmiştir. Bu durumda; “H_{1.6}: Uzlaşma yaklaşımı ile kültürel değer yönelimleri arasında anlamlı bir ilişki vardır.” hipotezi de kabul edilmiştir.

Ana hipotezimize bağlı hipotezlerinden H_{1.1}, H_{1.2}, H_{1.3}, H_{1.5} ve H_{1.6} hipotezleri kabul edilirken; H_{1.4} hipotezi reddedilmiştir. Bu nedenle H₁ ana hipotezi kısmen kabul edilmiştir. Tablo.3.

Tablo 3. Portre Değerler ve Bireysel Çatışma Yönetim Yaklaşımları Korelasyon Analizleri

		EYO	GBO	HU	GV	EGO	GUO	ÖZY
Uzlaşma yoluyla İşbirliği	Pearson Correlation	,446**	,287**	,291**	,212**	,370**	,226**	,196**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,001	,000	,000	,002
	N	242	242	242	242	242	242	242
Uyma yoluyla İşbirliği	Pearson Correlation	,126*	,206**	,182**	-,069	,034	,059	-,084
	Sig. (2-tailed)	,050	,001	,005	,283	,599	,359	,192
	N	242	242	242	242	242	242	242
Zorlama	Pearson Correlation	,041	,447**	,309**	-,017	,046	,041	,028
	Sig. (2-tailed)	,524	,000	,000	,795	,475	,527	,665
	N	242	242	242	242	242	242	242
Kaçınma	Pearson Correlation	-,088	,025	,056	-,018	-,006	,025	-,084
	Sig. (2-tailed)	,174	,696	,388	,780	,929	,696	,191
	N	242	242	242	242	242	242	242
Uzlaşma yoluyla Uyma	Pearson Correlation	,063	,199**	,212**	,008	,064	,096	,058
	Sig. (2-tailed)	,332	,002	,001	,896	,322	,137	,371
	N	242	242	242	242	242	242	242
Uzlaşma	Pearson Correlation	,196**	,322**	,179**	,107	,100	,006	,144*
	Sig. (2-tailed)	,002	,000	,005	,095	,122	,931	,025
	N	242	242	242	242	242	242	242

Demografik Değerlendirmeler

Afet ve Acil Durum çalışanlarının çatışma yönetim yaklaşımları tercihleri; medeni durumlarına göre, memleketlerine göre, öğrenim durumlarına göre ve meslek gruplarına göre değişmemektedir. Çalışanların; evli veya bekar olması, farklı memleketlere sahip olmaları, ortaokul, lise, önlisans, lisans ya da yüksek lisans/doktora mezunu olmaları ve itfaiyede, acil sağlık hizmetlerinde ya da AFAD' da çalışıyor olmaları çatışma yönetim yaklaşımları tercihlerini etkilememektedir. Çalışanların cinsiyetleri ise uzlaşma yoluyla işbirliği ile zorlama yaklaşımını tercih etmelerine etki etmektedir. Buna göre kadın çalışanlar uzlaşma yoluyla işbirliği yaklaşımı ile zorlama yaklaşımını erkeklere oranla daha çok tercih etmektedirler. Çalışanların yaşları ise uyma yoluyla işbirliği yaklaşımı ile zorlama yaklaşımı tercihleri ile ilişkilidir. Bu bulguya göre çalışanların yaşları arttıkça uyma yoluyla işbirliği yaklaşımı ile zorlama yaklaşımını tercih etmeleri azalmaktadır. Çalışanların deneyim süreleri ise zorlama yaklaşımını tercih etmeleri ile ilişkilidir. Buna göre deneyim arttıkça zorlama yaklaşımını tercih etme azalmaktadır.

Afet ve Acil Durum çalışanlarının değer yönelimlerine medeni durumları, memleketleri, öğrenim durumları, acil sağlık hizmetleri içinde yer alan paramedik mesleğine sahip olmaları etki etmemektedir. Yani çalışanların, sahip oldukları değerlerine; evli veya bekar olmaları, farklı memleketlere sahip olmaları, ortaokul, lise, önlisans, lisans ya da yüksek lisans/doktora mezunu olmaları ve meslek tercihinde paramedik mesleğini tercih etmeleri

anlamalı bir etkiye sahip değildir. Ancak değer yönelimleri ile çalışanların cinsiyet ve diğer meslek gruplarından acil sağlık hizmetlerini, itfaiyeyi ve AFAD' ı tercih etmelerinin ilişkili olduğu görülmüştür. Buna göre kadın çalışanların evrensel ve yardımsever olma, hazcılık ve uyarılım, evrensel ve geleneksel olma, öz-yönelim değerlerine daha fazla sahip oldukları belirlenmiştir. Çalışanların yaşları ise güçlü ve başarılı olma, hazcılık ve uyarılım ve öz-yönelim değerleri ile ilişkilidir. Buna göre; çalışanların yaşları ilerledikçe bu değerlerinde azalmalar görülmektedir. Meslek gruplarında ise; acil sağlık hizmetleri çalışanlarının AFAD çalışanlarına göre hazcılık ve uyarılım değerlerinin daha fazla; itfaiye çalışanlarının ise yine AFAD çalışanlarına göre hazcılık ve uyarılım ile geleneksel ve uyumlu olma değerlerinin daha fazla olduğu tespit edilmiştir. Çalışanların deneyim süreleri ise hazcılık ve uyarılım değeri ile ilişkilidir. Bu ilişkiye göre; çalışanların deneyimleri arttıkça hazcılık ve uyarılım değerinde azalmalar olmaktadır.

Genel olarak değerlendirildiğinde çalışanların kültürel değerlerinin çatışma yönetim yaklaşımları ile ilişkili olduğu anlaşılmaktadır. Çatışma yönetim yaklaşımları tercihlerinde cinsiyetin, yaşın, deneyim süresinin etkili olduğu; medeni durumun, memleketin, öğrenim durumunun, meslek gruplarının ise tercihleri etkilemediği anlaşılmaktadır. Çalışanların kültürel değer yönelimlerinin ise cinsiyet, yaş, deneyim ve paramediklerin dışındaki diğer meslek grupları ile ilişkili olduğu; medeni durum, memleket ve öğrenim durumlarının ise sahip oldukları değerleri ile ilişkili olmadığı anlaşılmaktadır.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu araştırmada, Afet ve Acil Durum alanında görevli çalışanların; bireysel değerlerinin yaşadıkları çatışmaları yönetme yaklaşımları ile olan ilişkisi ve cinsiyet, yaş, medeni durum, öğrenim durumu, memleket, meslek grupları, deneyim gibi değişkenlerinde bu faktörler üzerindeki etkisi incelenmeye çalışılmıştır.

Araştırmada çalışanların çatışma yönetim yaklaşımları faktör analizi sonucunda altı boyutta incelenmiştir. Bu boyutlar,

çalışanların en çok tercih etme durumlarına göre sırasıyla; “uzlaşma yoluyla işbirliği”, “uyma yoluyla işbirliği”, “zorlama”, “kaçınma”, “uzlaşma yoluyla uyma” ve “uzlaşma” çatışma yönetim yaklaşımlarıdır. Bu yaklaşımlar, sırası ile ele alınarak; 7 boyutta incelenen “evrensel ve yardımsever olma”, “güçlü ve başarılı olma”, “hazcılık ve uyarılım”, “güvenlik”, “evrensel ve geleneksel olma”, “geleneksel ve uyumlu olma” ve “öz-yönelim” bireysel değerleri ve

çalışanların demografik değişkenleri ile olan ilişkileri değerlendirilmiştir.

Yapılan çalışmada, Afet ve Acil Durum çalışanlarından elde edilen bulgulara göre en çok tercih edilen yaklaşım; uzlaşma yoluyla işbirliği çatışma yönetim yaklaşımıdır. Bu yaklaşımı tercih eden bireylerin; evrensel ve yardımsever olma, güçlü ve başarılı olma, hazcılık ve uyarılım, güvenlik, geleneksel ve uyumlu olma ve öz-yönelim değerlerinin tümü ile anlamlı ilişkisi olduğu belirlenmiştir. Bu durum Bozacı vd. (2014)' nin İl Özel İdaresi çalışanları ile yaptıkları araştırma ile tutarlılık göstermekle birlikte; uzlaşma ve işbirliği yaklaşımlarına ilişkin bulgular da yöneticiler-astlar arasında sadece uyarılım değerinin ve yöneticiler arasında ise başarı ve güvenlik değerinin anlamlı ilişkisi olmadığı belirlenmiştir⁴. Bu sonuca göre çalışanların geneli çatışmaları, çatışma yaşadıkları kişiler ile birlikte çözüme eğilimi göstermektedirler.

Araştırma sonucunda UZİŞ yaklaşımı demografik özellikler bakımından cinsiyet değişkenine göre UZİŞ yaklaşımını tercih etmede kadınlar arasında anlamlı farklılık bulunmuştur. Bu sonuca göre kadın çalışanlar meslektaşları ile yaşadıkları çatışmaların çözümünde erkek çalışanlara göre uzlaşma ve işbirliğine daha açıktırlar. Ancak literatür incelendiğinde yapılan çalışmaların çoğunda cinsiyet ile uzlaşma/işbirliği yaklaşımı arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Örneğin; Akyön (2008), Alioğulları ve Karcioğulları (2012), Kirişçi (2010), Özçakır (2012) ve Casiadi (2010)' nin yaptığı çalışmalar da cinsiyet değişkeninin uzlaşma/işbirliği yaklaşımlarına ilişkin tercihlerinde anlamlılık belirlenememiştir.¹⁷⁻²¹⁻²⁴⁻²⁶⁻²⁷⁻

Elde edilen bulgulara göre ikinci sırada en çok tercih edilen yaklaşım; uyma yoluyla işbirliği çatışma yönetim yaklaşımıdır. Bu yaklaşımı tercih eden bireylerin; evrensel ve yardımsever olma, güçlü ve başarılı olma ve hazcılık ve uyarılım değerleri yüksek kişiler olduğu belirlenmiştir. (UYİŞ) Uyma yoluyla işbirliği yaklaşımını tercih eden bireyler bencillikten uzak, iki tarafında çıkarlarını düşünen ve kazan-kazan anlayışı ile hareket eden kişiler olduğu ancak evrensel ve

yardımsever olmanın dışında diğer değerleri baskın bireylerin bu durumu geçici bir süre kullanabilecek kişiler oldukları söylenebilir. Çünkü güçlü ve başarılı olmak isteyen bireyler çevrelerine karşı üstünlük ve saygınlık kurarak doyuma ulaşmakta ve bu nedenle UYİŞ yaklaşımını geçici bir süre tercih ederek kendi çıkarlarını korumak isteyebilecekleri söylenebilir. Bozacı vd. (2014)' nin İl Özel İdaresi çalışanları ile yaptığı çalışmada elde edilen bulgularla kısmen tutarlılık göstermektedir. Buna göre yöneticiler ve astlar arasında başarı, evrensellik, yardımsever olma, hazcılık ve uyarılım değerleri yüksek bireyler uzlaşma/işbirliği yaklaşımını (uyma; uyarılım, hazcılık, işbirliği; evrensellik, yardımseverlik, uyma/işbirliği; başarı) tercih etmekte iken güç değeri yüksek bireyler için anlamlılık belirlenememiştir. Yöneticiler arasında ise hazcılık, başarı, güç, evrensellik, yardımseverlik değerleri uzlaşma/işbirliği yaklaşımını tercih etme (uyma; hazcılık, başarı, güç, işbirliği; evrensellik ve yardımseverlik) ile ilişkili iken uyarılım değeri için anlamlı farklılık belirlenememiştir.⁴

Çalışanların cinsiyet, medeni durum, memleket, öğrenim durumları ve deneyimleri ile UYİŞ yaklaşımlarını tercih etmeleri arasında da anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Çalışanların UYİŞ yaklaşımları ile yaşları arasında anlamlı, negatif zayıf ilişki olduğu tespit edilmiştir. Buna göre yaş arttıkça UYİŞ yaklaşımını tercih etme azalmaktadır. Çeber (2011) ve Özgan (2006) da yaş ve UYİŞ yaklaşımı arasında anlamlılık belirlemişlerdir. Ancak Çeber (2011)'e göre çalışanların yaşları ilerledikçe işbirliği ve Özgan (2006)'a göre ise çalışanların yaşları ilerledikçe uyma tercihleri artmaktadır.²⁸⁻²⁹ Bunların aksine; Kirişçi (2010), Alioğulları ve Karcioğlu (2012), Uysal (2004), Akyön (2008) ve Özçakır (2012)'in çalışmalarında ise anlamlılık belirlenememiştir.¹⁷⁻²¹⁻²⁶⁻²⁷⁻³⁰

Afet ve Acil Durum çalışanlarından elde edilen bulgulara göre üçüncü sırada en çok tercih edilen yaklaşım; zorlama çatışma yönetim yaklaşımıdır. Bu yaklaşımı tercih eden çalışanların; güçlü ve başarılı olma ile

hazcılık ve uyarılım değerlerinin yüksek olduğu belirlenmiştir. Bu durum beklenilir bir durum kabul edilebilir. Çünkü zorlama yaklaşımını tercih eden bireylerin üstünlük, saygınlık ve doyum sağlamak için çatışmadan kaçınmayarak baskıcı, hükmedici, zorlayıcı davranışları olağandır. Çeber (2011) ve Özgan (2006) da yaş ve UYİŞ arasında anlamlılık belirlemişlerdir. Ancak Çeber (2011)'e göre çalışanların yaşları ilerledikçe işbirliği ve Özgan (2006)'a göre ise çalışanların yaşları ilerledikçe uyma tercihleri artmaktadır.²⁸⁻²⁹ Bunların aksine; Kirişçi (2010), Alioğulları ve Karcıoğlu (2012), Uysal (2004), Akyön (2008) ve Özçakır (2012)'in çalışmalarında ise anlamlılık belirlenememiştir.¹⁷⁻²¹⁻²⁶⁻²⁷⁻³⁰

Zorlama yaklaşımı; demografik özellikler bakımından değerlendirilmiş ve zorlama yaklaşımını tercih etmede cinsiyet değişkeni açısından anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür. Buna göre zorlama yaklaşımını kadın çalışanlar erkeklere göre daha fazla tercih etmektedirler. Bu durum aslında beklenilir bir durum olmamakla birlikte, çıkan sonuca göre; kadın çalışanların çatışmadan kaçmadığı hatta çatışmayı baskıcı ve hükmedici bir yolla çözmeyi seçtikleri söylenebilir. Uysal (2004), Özgan (2006) ve Şahin (2016)' in yaptıkları çalışmalarda da zorlama yaklaşımı ile cinsiyet değişkeni arasında ilişki bulunmuştur. Ancak Uysal (2004), Özgan (2006) ve Şahin (2016)' in bulgularına göre zorlama yaklaşımını erkekler daha fazla tercih etmektedirler.²⁹⁻³¹ Çalışanların yaşları ile ZOR yaklaşımı arasında ise anlamlı, negatif, zayıf bir ilişki tespit edilmiştir. Buna göre çalışanların yaşları ilerledikçe ZOR yaklaşımını tercih etmeleri azalmaktadır. Bu bulgu; Alioğulları ve Karcıoğlu (2012)'nin bulguları ile de örtüşmektedir ve yaş ilerledikçe ZOR yaklaşımını kullanım azalmaktadır.²⁶ Çalışanların deneyimleri ve ZOR yaklaşımını tercih etmeleri arasında da anlamlı, negatif, zayıf bir ilişki tespit edilmiştir. Buna göre çalışanlar; deneyimleri arttıkça ZOR yaklaşımını tercih etmelerinde azalmalar olmaktadır. Özgan (2006)'ın bulgularına göre ise bir grup; az deneyime sahip çalışanlar fazla deneyime sahip çalışanlardan daha fazla

ZOR yaklaşımını tercih etmekte; bir grup fazla deneyime sahip çalışanlar ise az deneyime sahip çalışanlara göre daha fazla ZOR yaklaşımını tercih etmektedirler.²⁹

Bulgulara göre dördüncü sırada tercih edilen yaklaşım; kaçınma çatışma yönetim yaklaşımıdır. Bu yaklaşımı tercih eden çalışanların yedi değer boyutundan hiçbirisi ile ilişkili olmadığı belirlenmiştir. Bu durum beklenilir bir durum değildir. Çünkü evrensel ve yardımsever olma, güvenlik, evrensel ve geleneksel olma ve geleneksel ve uyumlu olma gibi değerlere sahip bireyler düşünüldüğünde genelde başkalarını düşünen, saygı duyan, başkalarını üzen veya zarar veren davranışları kısıtlama eğiliminde olan, toplum ve ilişkilerde uyum ve istikrar isteyen kişiler olarak karşımıza çıkmaktadırlar. Bu gibi değerlere sahip bireyler yaşadıkları çatışmalarda bu ve benzeri durumların önüne geçmek için çatışma ile ilgili herhangi bir durumdan uzaklaşmak isteyebileceği düşünülmektedir. Kirişçi (2010)' ye göre de başkalarını düşünen, yardımsever, evrensel kişiler çatışmanın olmaması veya yok olması için kaçınmayı tercih edebilmektedirler.²¹

Yapılan çalışmada, Afet ve Acil Durum çalışanlarından elde edilen bulgulara göre beşinci sırada tercih edilen yaklaşım; uzlaşma yoluyla uyma çatışma yönetim yaklaşımıdır. Bu yaklaşımı tercih eden çalışanların yedi değer boyutundan güçlü ve başarılı olma ile hazcılık ve uyarılım değerlerine sahip oldukları belirlenmiştir. Bu bulgular Kirişçi (2010) ve Bozacı vd. (2014)' nin araştırma bulguları ile de tutarlılık göstermektedir.⁴⁻²¹ Ancak Kirişçi (2010)' ye göre bu değerlere sahip bireyler cesur, risk alan, bağımsız ve saygınlık ile otorite isteyen kişiler olması uzlaşma/uyma yaklaşımlarını tercih etme de beklenilir bir durum değildir ve bu duruma çalışanların kamu da çalışıyor olmaları neden olabilir.²¹

Bulgulara göre son sırada tercih edilen yaklaşım; uzlaşma çatışma yönetim yaklaşımıdır. Bu yaklaşımı tercih eden çalışanların yedi değer boyutundan; evrensel ve yardımsever olma, güçlü ve başarılı olma, hazcılık ve uyarılım ve öz-yönelim değerlerine sahip oldukları belirlenmiştir.

Yapılan araştırma bulguları ile Bozacı vd. (2014)' nin yöneticiler ile yaptığı araştırma bulgularının da kısmen tutarlılık gösterdiği görülmüştür. Buna göre yöneticilerin astları ile uzlaşma yaklaşımını tercih etmelerinde; güç, başarı ve hazcılık değerleri ilişkili iken yöneticiler arasında ise uzlaşma yaklaşımı ile sadece güç ve hazcılık değerlerinin ilişkili olduğu diğer değerler ile ilişkili olmadığı belirlenmiştir.⁴

Genel olarak değerlendirildiğinde çalışanların kültürel değerlerinin çatışma yönetim yaklaşımları ile ilişkili olduğu anlaşılmaktadır. Çatışma yönetim yaklaşımları tercihlerinde cinsiyetin, yaşın, deneyim süresinin etkili olduğu; medeni durumun, memleketin, öğrenim durumunun, meslek gruplarının ise tercihleri etkilemediği anlaşılmaktadır. Buna göre; yapılan çalışmada, Afet ve Acil Durum çalışanlarının kültürel değer yönelimleri ile çatışma yönetim yaklaşımları arasında orta kuvvette, pozitif yönlü ve kısmen anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. Yani, çalışanların sahip oldukları değerlerin; yaşadıkları çatışmaları çözüme kavuşturmada izledikleri yollara

kısmen etkisi vardır. Bu sonuca göre, çalışanlar yaşadıkları çatışmaları çözmek için uzlaşma yoluyla işbirliği, uyma yoluyla işbirliği, zorlama, uzlaşma yoluyla uyma, uzlaşma yaklaşımlarını tercih etmelerinde sahip oldukları; evrensel ve yardımsever olma, güçlü ve başarılı olma, hazcılık ve uyarılım, güvenlik, evrensel ve geleneksel olma geleneksel ve uyumlu olma ve özyönelim değerlerinin birkaçının ya da tümünün etkisi altında kalmaktadır. Bu sonuçtan farklı olarak, çalışanların sahip oldukları kültürel değerlerinin; kaçınma çatışma yönetim yaklaşımını tercih etmelerinde etkisinin olmadığı tespit edilmiştir. Bu sonuca göre çalışanlar çatışmanın getirmiş olduğu sorumluluklardan kaçmamakta, çatışma yaşadığı çalışanlara bu sorumlulukları yüklememekte ve çözüme ulaşmak için diğer yaklaşımları tercih etmektedirler. Bu durum yaşanan çatışmanın daha büyük çatışmalara veya olası olumsuzluklara neden olmayacağına bir göstergesidir. Afet ve Acil Durum çalışanlarının çalışma koşulları düşünüldüğünde, yaşanan çatışmaların bu sonuç ile birlikte; olabilecek risklerin krizlere dönüşmesi engellenmiş olacaktır.

KAYNAKLAR

1. Çalışkur, A. (2010). Psikolojide Değerler ve Gençlik. Ankara: Papatya Yayıncılık.
2. Schwartz, S. H. (2012). "An Overview of The Schwartz Theory Of Basic Values." Online Readings in Psychology And Culture, 2 (1), 1-20.
3. Harcar, T. (2005). 2000'li Yıllarda Amerikan ve Türk Yöneticilerinin Bireysel Yöneticilik Değerlerine İlişkin İki Kültür Arası Karşılaştırmaya Yönelik Bir Araştırma. Yayımlanmamış Doktora Tezi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
4. Bozacı, İ., Gürer, A. ve Öneren, M. (2014). "Çalışanların Bireysel Değerleri İle Örgütsel Çatışma Yönetimi Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi: Kamu Yöneticileri Üzerine Bir Araştırma." The Journal Of Academic Social Science Studies International Journal of Social Science, (29), 439-455.
5. Tokat, B. (1999). "Örgütlerde Çatışma ve Çatışmanın Yönetimi." Sosyal Bilimler Dergisi, (1), 23-40.
6. Avcı, U. ve Topaloğlu, C. (2008). "Çatışma Nedenleri Ve Yönetimi: Otel İşletmelerinde Yönetici Bakış Açısıyla Bir İnceleme." Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 13 (2), 75-92.
7. Sökmen, A. ve Yazıcıoğlu, İ. (2005). "Thomas Modeli Kapsamında Yöneticilerin Çatışma Yönetimi Stilleri ve Tekstil İşletmelerinde Bir Alan Araştırması." Ticaret ve Turizm Eğitim Fakültesi Dergisi, (1), 1-19.
8. Genç, N. (2007). Yönetim ve Organizasyon. (3. Baskı). Ankara: Seçkin Yayıncılık.
9. Seval, H. (2006). "Çatışmanın Etkileri ve Yönetimi." Sosyal Bilimler Dergisi, (15), 245-254.
10. Ada, N. (2013). "Örgütlerde Çatışma Nedenleri ve Çözüm Önerileri: Bir Literatür Çalışması." The Journal of Academic Social Science Studies International Journal of Social Science, 6 (1), 59-74.
11. Alpkın, L., Ceylan, A. ve Ergün, E. (2000). "Çatışmanın Sebepleri ve Yönetimi." Doğu Üniversitesi Dergisi, 1 (2), 39-51.
12. Eren, E. (1996). Yönetim ve Organizasyon. (3. Baskı). İstanbul: Beta Basım Yayım.
13. Kılınç, T. (1986). Örgütlerde Çatışma, Başa Çıkma Yöntemleri ve Yönetimi. İ.Ü. İşletme Fakültesi Dergisi, 15 (1).
14. Çolak, N. (2011). Örgüt İçi Çatışma Yönetiminde Halkla İlişkiler Araçlarının Rolü: Decathlon Spor Mağazaları Örneği. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
15. Kirel, Ç. ve Özkalp, E. (2004). Örgütsel Davranış. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayınları
16. Görün, L. (2009). Düzce ve Bolu İlleri Merkez Okullarında Görev Yapan Okul Yöneticilerinin Çatışma Yönetim Yaklaşımları ve Beden Eğitimi Öğretmenlerinin Bu Konuya İlişkin Algıları. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Bolu.

17. Akyön, F. V. (2008). İş Yerinde Şiddete Karşı Çalışanların Bireysel Çatışma Yönetimi Yaklaşımları: Sağlık Sektöründe Bir Araştırma. Yayınlanmamış Doktora Tezi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
18. İlban, T. (2008). İnşaat Sektöründe Çatışma Yönetiminin Kültürel Boyutu Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Fen Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
19. Yurdunkulu, A. (2016). İlköğretim Okullarındaki Öğretmenlerin Çatışma Durumları ve Çatışma Yönetimi Stratejilerinin İncelenmesi: Düzcce Merkez İlçe Örneği. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Bolu.
20. Gülşen, S. (2006). Mesleki ve Teknik Ortaöğretim Kurumlarında Yaşanan Öğrenci Çatışmalarının Nedenleri ve Öğretmenlerin Kullandıkları Çatışma Çözüm Stratejileri. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Fen Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
21. Kirişçi, A. (2010). Öğretmenlerin Kültürel Değerleri ve Çatışma Yaklaşımları. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
22. Akcan, G. (2014). Örgütsel Çatışmalar ve Çatışma Aşamalarında Çatışma Çözme Yöntemleri. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
23. Sarıpınar, G. G. (2014). Meslek Liselerinde Öğrenim Gören Öğrencilerin Akranları ve Öğretmenleri İle Yaşadıkları Çatışma İle Çatışma Yönetim Stratejileri. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
24. Casiadi, S. (2017). Öğretmenlerin Okul Müdürlerinin İletişim Becerileri ve Çatışma Yönetimi Konusunda Görüşleri. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Çanakkale.
25. Şendur, F. E. (2006). Örgütsel Çatışma ve Çatışma Yönetimi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Mersin.
26. Alioğulları, Z. D. ve Karcıoğlu, F. (2012). Çatışmanın nedenleri ve çatışma yönetim tarzları ilişkisi. Atatürk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi 26 (3-4), 215-237.
27. Özçakır, E. (2012). Farklı statüde hizmet veren sağlık kuruluşlarında çalışan hemşirelerde çatışma yönetimi ve problem çözme etkinliklerinin değerlendirilmesi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
28. Çeber, E., Demir, S. ve Kıdak L. B. (2011). İzmir de bir hastane de yöneticilerin çatışma yönetim stilleri ve çalışanların algılamaları. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 14 (1), 1-25.
29. Özgan, H. (2006). İlköğretim okulu öğretmenlerinin çatışma yönetimi stratejilerinin incelenmesi. Yayınlanmamış Doktora tezi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Gaziantep.
30. Uysal, İ. (2004). Örgütsel çatışma yönetimi ve Türkiye Cumhuriyeti Merkez Bankasına yönelik bir uygulama. Uzmanlık Yeterlilik Tezi, http://www3.tcmb.gov.tr/kutup_hane/TURKCEtezler/isauysal.pdf veri tabanından ulaşılmıştır.
31. Şahin, S. (2016). Okul yöneticilerinin ve öğretmenlerin çatışma yönetimi stillerinin sosyal zeka ve bazı kişisel değişkenlere göre incelenmesi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.

Bir Afet Olarak Küresel İklim Değişikliği ve İlkokul Öğretmenlerinin İklim Değişikliği Farkındalığının İncelenmesi: Gümüşhane İli Örneği

The Investigation of Global Climate Change as a Disaster and the Global Climate Change Awareness of Primary School Teachers: Sample of Gümüşhane Province

Meryem AKBULUT¹, Afşin Ahmet KAYA²

ÖZ

Küresel iklim değişikliğinin afet olarak önemi ve günümüzdeki en önemli çevre sorunlarından biri olması, bizi küresel iklim değişikliğiyle ilgili bilime katkı sağlayacak bir çalışma yapmaya yöneltmiştir. Araştırma kapsamında öncelikle afetlere, ardından küresel iklim değişikliğiyle ilgili genel bir literatür araştırmasına yer verilmiştir. Araştırma kapsamında ilkökul öğretmenlerinin iklim değişikliği farkındalığını ölçmek için, inanç, tutum, davranış ve bilgi alt boyutlarından oluşan bir farkındalık ölçeği kullanılmıştır. Araştırmanın evrenini Gümüşhane ilinde görev yapan toplamda 300 ilkökul öğretmeni oluşturmaktadır. Veri toplama sürecinin sonunda 214 ilkökul öğretmenine ulaşılmıştır. Çalışmanın verileri Amos 23 ve SPSS 21 paket programlarında analiz edilmiştir. Ortaya çıkan sonuçlar Gümüşhane ilinde görev yapan ilkökul öğretmenlerinin iklim değişikliği farkındalıklarının yüksek olduğunu göstermektedir. Bu durum araştırmanın amaçlarından olan iklim değişikliği farkındalığı yüksek bireyler yetişmesi açısından önem arz etmektedir. Son olarak tartışma, öneri ve sonuç başlıklarıyla genel bir değerlendirme yapılmıştır ve küresel iklim değişikliğinin önemine dikkat çekilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Afet, İlkokul Öğretmenleri, Küresel İklim Değişikliği.

ABSTRACT

The importance of global climate change as a disaster and being one of the most important environmental problems today has led us to make a study that will contribute to science related to global climate change. Within the scope of the research, firstly disasters and then a general literature research about global climate change are included. Within the scope of the research, an awareness scale consisting of belief, attitude, behavior and knowledge sub-dimensions was used to measure the awareness of primary school teachers on climate change. The universe of the research consists of 300 primary school teachers working in Gümüşhane province. At the end of the data collection process, 214 primary school teachers were reached. The data of the study were analyzed in Amos 23 and SPSS 21 package programs. The resulting results show that primary school teachers working in Gümüşhane province have high awareness of climate change. This situation is important for raising individuals with high climate change awareness, which is one of the aims of the research. Finally, a general evaluation has been made with the topics of discussion, suggestions and conclusions and attention has been drawn to the importance of global climate change.

Keywords: Disaster, Primary School Teachers, Global Climate Change.

*Bu çalışma yüksek lisans tezinden türetilmiştir. Araştırmanın yürütülebilmesi için Gümüşhane Üniversitesi Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu'ndan gerekli onay (Karar No: 30.10.2018-2018/8) alınmıştır.

¹Öğr. Gör., Yozgat Bozok Üniversitesi, Çekerek Fuat Oktay Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, İlk ve Acil Yardım Bölümü, meryem.akbulut@bozok.edu.tr, ORCID: 0000-0002-1299-7421

²Doç. Dr., Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Acil Yardım ve Afet Yönetimi Bölümü, afsinakaya@gumushane.edu.tr, ORCID:0000-0003-2082-6478

İletişim / Corresponding Author:
e-posta/e-mail:

Afşin Ahmet KAYA
afsinakaya@gumushane.edu.tr

Geliş Tarihi / Received: 09.03.2020
Kabul Tarihi/Accepted: 23.06.2020

GİRİŞ

Küresel iklim değişikliğinin olumsuz etkileri her geçen gün daha fazla hissedilmeye başlanmıştır. Dünyanın her yerinde artan sıcaklıklar ve ekstrem hava olayları günlük yaşamı zorlaştırmakta ve insanları çaresizliğe sürüklemektedir. İklim değişikliğinin afetsellik boyutuna baktığımızda gözümüze çarpan en önemli özelliği yavaş ilerlemesi ve sonuçlarıyla oldukça yıkıcı bir afet olmasıdır.¹

İklim değişikliği sürecine baktığımız zaman en önemli göstergeler iklim parametreleri üzerinde olduğu görülmektedir. Bu iklim parametreleri; sıcaklık, yağış, nem, deniz seviyesi vb. değişkenler üzerinde etki göstermektedir. Özellikle yeryüzünde insani faaliyetler arttığandan beri iklim değişikliğinin kanıtları daha çok ortaya çıkmaya başlamıştır.² Örneklerine bakacak olursak;

- Dünya sıcaklığı 1906-2005 yılları arasında 0,74°C'lik artış göstermesi³,
- Buzulların eriyerek, kutuplara doğru çekilmesi ile birlikte yüksek dağların tepelerindeki buzulların ve kar örtüsünün azalması,
- Sıcak havayı ve suyu seven tropikal bitki ve balıkların kutuplara doğru yayılması,
- Artan iklim göçmenleri ve mülteci problemleri,
- Havadaki kirleticilere karşı hassas olan narin kuş türlerinin azalması,
- Ağaçlardaki yaş halkalarının daha hızlı bir büyüme göstermesi,
- Son 1400 yılın en sıcak yılları olarak kabul edilen 1990'lı yılların ardı sıra gelmesi⁴,
- Buharlaşıma ve yağış oranlarında artış,
- Yağışların büyük çoğunluğunun sağanak olması,
- Tundralarda oluşan erime (Kuzey Kutbu Bozkır),

• Mercan resiflerinde görülen beyazlaşma⁵,

• Küresel ortalama deniz seviyesi değişimi, gel-git oranları ve su seviyesi ölçüm kayıtlarına göre 19. yüzyıldan günümüze kadar 10-25 cm civarında yükselmiştir.⁶ Bu yükselme mevcut sıcaklık artışıyla ilişkilidir.⁷ Sonuç olarak iklim değişikliğinin yarattığı domino etkisi ortadadır. Sıcaklık artışları arktik ve antartika buzullarını tetiklemiş ve erime sonucunda deniz seviyesinde artış meydana gelmiştir²,

• Yağış rejiminde meydana gelen değişimlere detaylı olarak bakıldığında, Kuzey yarımkürede kış aylarında artış göstermiştir. 1960'lı yılların sonuna doğru ise subtropikal ve tropikal kuşakların yağış rejiminde azalma görülmüştür. Bu değişim tatlı su kaynakları, tarıma ve topluma etki etmiştir. Örneğin, Afrika'nın Sahel bölgesinde yağışların azalmasıyla kuraklık baş göstermiş ve milyonlarca insan göç etmek zorunda kalmıştır. Ayrıca milyonlarca hayvanın ölmesine neden olmuştur. Genele bakıldığında kuraklığın 1973, 1977, 1989 ve 1990'lı yıllarda şiddetli oranda yaşandığı görülmektedir. Karasal iklime sahip olan bölgelerde ise ilkbahar ve yaz mevsiminde artış görülmüştür⁷,

• Dördüncü önemli gösterge ise stratosfer sıcaklığında yaşanan azalmadır. Özellikle son yıllarda zararlı kimyasallarda meydana gelen artışla sıcaklık değerlerinde düşmeler yaşanmıştır. Sıcaklık değerlerinin düşmesi, katmanın içindeki hava sirkülasyonunu azaltarak hava kirliliğinin artmasına neden olmaktadır Stratosfer tabakasının ortalama sıcaklığında yaşanan azalma iklim değişikliğinin bir başka önemli göstergesidir. Sıcaklığın düşmesiyle, hava sirkülasyonu azalır, sanayi devriminden sonra havadaki zararlı maddelerin artışına bağlı olarak hava kirliliğinde artış olmuştur.⁸

Yukarıda bahsedilen örnekler iklim değişikliğinin varlığına dair birer kanıt niteliği taşımaktadır.

Günümüze bakıldığında iklim değişikliğini artıran etkenlerde hızlı bir yükseliş olduğu göze çarpmaktadır. Örneğin; sera gazı emisyonlarının artışı, nüfus artışı, sanayileşme, fosil yakıtlar ve beraberinde getirdiği kirlilik iklim değişikliğini hızlandırmıştır. Bu artışın ilk sorumlusu ise insan faaliyetleridir. Doğa üzerinde yapılan tahribat mevcut dengeyi bozmuş ve insanlara ciddi zararlar vermeye başlamıştır. İklim değişikliğinin sebep olduğu olumsuz etkiler, geçmişten günümüze kadar insanları çaresiz bırakmış ve zarar verme potansiyeli yüksek olaylara neden olmuştur.⁹ Gerekli tedbirler yetersiz kaldığından, çevresel sorunların önüne geçmek gün geçtikçe daha zor bir hal almıştır.

Ortaya çıkan etkiler çevresel bir sorun olmanın ötesine geçmiştir. İklim değişikliğinin ekosisteme, havaya ve suya olan olumsuz etkileri sosyal ve ekonomik durumu bozmuş, insan sağlığını etkilemiş, göçlere, tarımda verimsizliğe, çölleşmeye vb. pek çok kötü sonuca sebep olmuştur. Sonuç olarak yarattığı her olumsuz durum ardından ikincil bir afet olarak karşımıza çıkmaktadır. Üstelik dünyanın her yerinde ortaya çıkan sorunlar, bu küresel afete küresel çapta önlemler alınması gerektiğini göstermektedir.¹⁰

Yaşanılan durum karşısında, ortak bir şekilde paylaşılan dünyaya verilen zarara karşı alınacak önlemler noktasında tüm bireylere aynı oranda sorumluluk düşmektedir. Özellikle iklim değişikliğinin ilerlemesinde büyük rol sahibi ülkeler elini taşın altına koyma noktasında öncü olmalıdır. Çünkü risk, iyi bir şekilde yönetilmezse, kriz evresinde geri dönülemez sonuçlar doğuracaktır.^{11,12}

Tarihsel süreçte yapılan araştırmaların çoğu, iklim değişikliğinin varlığını ifade etmiştir. Genel olarak bir sonraki çalışma diğerini bilimsel yöntemlerle destekler nitelikte olmuştur. Tüm bunlara bakıldığında uzun süredir iklim değişikliği ile beraber yaşadığımız, fakat sürekli olarak göz ardı

edildiği ortaya çıkmaktadır. Şu anki durum ise, ortalama sıcaklığı 1 °C artmış bir dünyadır. Bu durum zorunlu olarak tüm insanlığı tedbir almaya yönlendirmektedir.¹³

İklim değişikliğine bağlı daha fazla afetle ve beraberinde getirdiği sorunlarla karşılaşmamak için güçlü önlemler alınmalı ve bu aşama çok hızlı olmalıdır. Bu önlemlerin başında; sera gazı salınımının azaltılması, yenilenebilir enerji kaynaklarına geçiş, fosil yakıt kullanımını en aza indirmek, tüm bireylerin iklim değişikliği farkındalığını arttırmak ve risk aşamasını bireyden başlayarak küresel düzeye doğru mümkün olduğunca düzgün ve etkili bir şekilde ilerletmek ana amaçlardan olmalıdır.¹¹

Bu afete karşı koyabilmek için, perde arkasında bulunan gerçeğe karşı faaliyetlere başlanmalıdır. Geleceğe yönelik yapılan tahminler de gerçeğin oldukça ürkütücü olduğunu göstermektedir. Çözümüne yönelmekte daha fazla geç kalınmamalıdır. Marx ‘insanlar sadece çözebilecekleri sorunları belirler’ ifadesinden yola çıkarsak ve iklim değişikliğinin belirlenmiş ancak çözülememiş bir sorun olduğunu göz önünde bulundurursak, çözümün insan gücünde aranması gerektiği ortaya çıkmaktadır.¹⁴

Çevreye yönelik tutumu ve sorumluluk bilincini geliştirmede okullar önemli bir paydaştır.¹⁵ İklim değişikliğiyle mücadelede en önemli basamak olarak görülen eğitime bu konuda önemli sorumluluklar düşmektedir. Ciddi bir çevre problemi olan bu afete karşı gereken eğitim okullarda başlamalıdır. Çünkü çevreyle ilgili verilecek eğitim okul öncesinde başlamalı ve yaşam boyu devam etmelidir. Eğitim, sayesinde iklim değişikliğinin etkileri önemli ölçüde azalacaktır.¹⁵

Sonuç olarak tüm dünyayı etkileyen iklim değişikliği krizi herkesi önlem almaya yönlendirmiştir. İklim değişikliği, hükümetleri planlara, konferanslara ve anlaşmalara yönlendirmiştir. Tüm bu gelişmeler geleceğe güvenle bakmamızı sağlamaktadır. Fakat tamamlanması gereken eksikler vardır ve bunun için çaba sarf edilmesi gereklidir. Eksikliklerin tamamlanması için acele edilmelidir. Çünkü yapılan bilimsel çalışmalar iklim

değişikliğinin varlığını ispatlamış ve iklimlerin değişimine ilişkin belirsizliği ortadan kaldırmıştır. Artık yapılması gereken,

iklim değişikliğinin varlığına dair şüpheyi bırakmak ve geleceğe yönelik düzgün adımlar atmaktır.

MATERYAL VE METOT

Araştırmanın Türü

Araştırma, tanımlayıcı tipte bir çalışmadır.

Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Bu araştırma 2018-2019 eğitim-öğretim yılında Gümüşhane il merkezi, ilçeleri ve köylerinde faaliyet gösteren ilkokullarda yapılmıştır. Araştırmanın anket uygulama süreci 01.11.2019-31.11.2019 tarihleri arasındadır.

Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Çalışmanın evrenini Gümüşhane ilinde 2018-2019 eğitim öğretim yılında toplamda 52 ilkokulda görev yapan 214 sınıf öğretmeni oluşturmaktadır. Katılımcılar sadece birinci, ikinci, üçüncü ve dördüncü sınıflarda eğitim veren ilkokul öğretmenleridir. Branş, lise ve anaokulu öğretmenleri çalışmaya dahil edilmemiştir. Veri toplama süreci gönüllü öğretmenlerin katılımıyla tamamlanmıştır.

Veri Toplama Araçları

Araştırmanın verileri HİĞDE tarafından 2014 yılında ‘Fen Bilimler Öğretmen Adaylarının Çevre Dostu Davranışlarının Belirlenmesi: İklim Değişikliği Örneği’ isimli yüksek lisans tezinde kullanılan ölçek kullanılarak toplanmıştır.¹⁶ Araştırmada kullanılan veri toplama aracı uzman görüşü alınarak düzenlenmiştir. Belirsizlik İnançları alt boyutundan 13 soru, Çevre Dostu Davranış alt boyutundan 9 soru, Epistemik İnançlar alt boyutundan 9 soru, Bilgi alt boyutundan 11 soru, Çevreye Yönelik Tutum alt boyutundan 7 soru kullanılmıştır. Ölçeğin demografik bilgi kısmı ile Sorumluluk bölümleri de çalışmaya eklenerek kullanılmıştır.

Verilerin Toplanması

Araştırma boyunca Gümüşhane ilinde devlet kurumlarında görev yapan ilkokul öğretmenleriyle hafta içi ders aralarında iletişim kurularak gönüllü öğretmenlere uygulanmıştır. Anketlerin bir katılımcı tarafından doldurulma süresi 15-20 dakika civarında olmuştur.

Verilerin Değerlendirilmesi

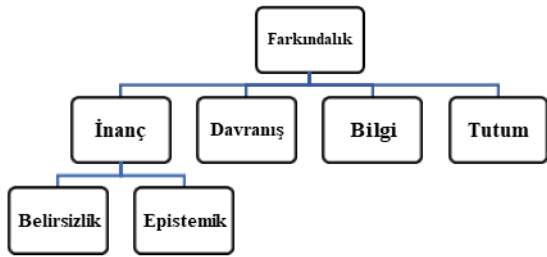
Araştırmanın analizinde AMOS 23 ve SPSS 21 paket programı kullanılmıştır. Araştırma analizlerinde tanımlayıcı istatistiksel metotların (ortalama, standart sapma vb.) yanı sıra niceliksel verilerin karşılaştırılmasında, grupların dağılımları varyans analizi ile değerlendirilmiş, normal dağılım gösteren parametrelerin gruplar arası karşılaştırmaları yapılmıştır. Ölçeklerin analizi sonucunda elde edilen puan ortalamalarında ilişkisel değerlendirmede korelasyon analizi, etki değerlendirmesinde regresyon analizi kullanılmıştır. Güvenirlik için Reliability Analysis kullanılmıştır. Anlamlılık değeri $p < 0,05$ düzeyinde değerlendirilmiştir.

Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın yürütülebilmesi için Gümüşhane Üniversitesi Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu'ndan gerekli onay (Karar No: 30.10.2018-2018/8) alınmıştır. Araştırmanın gerçekleştirildiği Gümüşhane İl Milli Eğitim Müdürlüğünden Kurum izni (28.11.2018 tarih ve 22804017sayı) alınmıştır. Ölçek izin bilgisi elektronik posta yolun ile alınmıştır. Okullarda uygulanan anket formlarına dönütler çeşitli sebeplerden dolayı (hastalık, gönülsüzlük, yıllık veya idari izin vb.) örneklemin tamamına ulaşamamasına neden olmuştur. Buda araştırmanın sınırlılıklarıdır.

BULGULAR VE TARTIŞMA

Çalışma, 49 soru üzerinden güvenilirlik analizine tabi tutulması sonucu Cronbach's Alfa değeri ,848 olarak bulunmuştur. Ölçek geliştirme uyarlama çalışmalarında Cronbach's Alfa değerinin en az ,700 ve üzeri olması gerektiği genel olarak kabul görmektedir.¹⁷ Sonuç olarak veri toplama aracı olarak kullandığımız ölçek güvenilirlidir. Şekil 1'de araştırma modeli verilmiştir.



Şekil 1. Araştırma Modeli ¹⁶

Araştırma sonunda AMOS 23 programında analiz ettiğimiz verilere göre doğrulayıcı faktör analizine ilişkin bilgiler şu şekildedir; RMSEA'nın bir diğer adı kötü uyum indeksidir. RMSEA, uyum ölçütlerinde 0,08'in altında bulunan değerler makul değer olarak kabul görülürken, 0,05'in altında bulunan değerler ise mükemmel uyum olarak kabul edilmektedir. Ayrıca 0 değeri mükemmel uyum gösterir.^{18,19} Çalışmamızda bu oran 0,04 olarak bulunmuştur ve mükemmel uyum göstermektedir.

CFI, özelleştirilmiş olan modele yönelik uyum fonksiyonunun, temel alınmış olan bir başka modelden elde edilen uyum fonksiyonlarının karşılaştırılmasıdır.¹⁸ CFI, 0-1 aralığında değer alır. Yüksek değerler iyi uyum olduğunu gösterir. Model, 0,90'dan yukarı iyi uyum gösterir.²⁰ Çalışmamız, 0,91 değeri ile iyi uyum aralığındadır.

GFI, tanımlayıcı uyum indeksidir. Açıklanmış olan genel varyans oranının toplam genelleştirilmiş varyansa oranıdır. GFI indeksi 0 ile 1 arasında değer almaktadır. 1'e yakın değerler iyi uyum olduğunu gösterir.²¹ Çalışmamız kabul edilebilir uyum değerleri arasındadır.

RMR, modelin parametrelerinde tahmin yapılırken, kovaryans matrisleri arasında

kalmış olan çelişkileri ifade eder. Uyumlu artıklar şeklinde de isimlendirilir. RMR, 0 ile 1 arasında değer almaktadır ve 0'a yaklaştıkça iyi uyumu gösterir.²² Çalışmamız iyi uyum değerleri içerisinde yer almaktadır.

TLI, bu indeks NNFI olarak da bilinir. Bu eşitlikte 0,95 ve üzeri iyi bir uyumu gösterirken, 0,90 üzerindeki değerler kabul edilebilir bir uyum olduğunu göstermektedir.¹⁸ Çalışmamız 0,90 değeri ile iyi uyum göstermektedir.

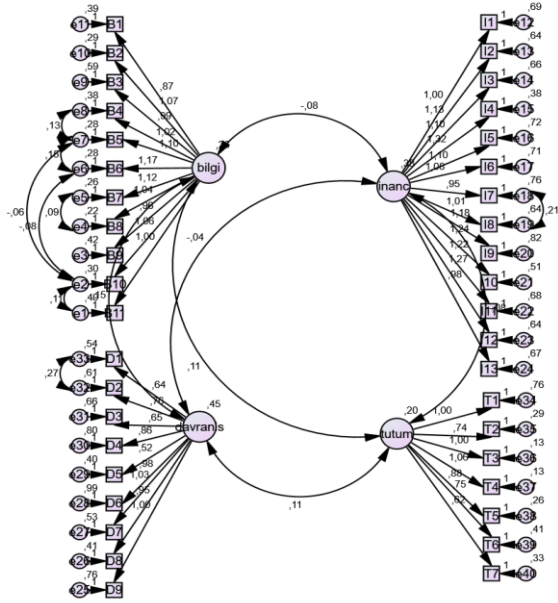
IFI, Bollen'ın artan uyum indeksi BL89 olarak da bilinir. 0 ve 1 arasında değer alır. Bu eşitlikte 0,95 ve üzeri iyi bir uyum gösterirken, 0,90 üzerindeki değerler kabul edilebilir bir uyum göstergesidir.¹⁸ Araştırmamız, kabul edilebilir uyum değerleri arasındadır.

χ^2 /sd , bu indeks χ^2 'nin serbestlik derecesine bölünmesi sonucunda elde edilir. Bu değer iki veya altında mükemmel uyum olduğunu gösterir. Beş ve daha az bir değer altında olduğunda kabul edilebilir bir değerdir.^{20,23} Araştırma sonuçlarımıza göre bu değer mükemmel uyum göstermektedir. Sonuçlarımıza genel olarak baktığımızda, araştırma modelimiz doğrulanmaktadır. Tablo 1'de detaylı DFA tablosu verilmiştir.

Tablo 1. Doğrulayıcı Faktör Analizine İlişkin Bulgular ^{24, 25}

İnde x	Mükemmel Uyum Ölçütü	Kabul Edilebilir Uyum Ölçütü	Araştırma Bulgusu	Sonuç
χ^2 /sd	0-3	3-5	1,40	Mükemmel Uyum
RMSEA	,00 ≤ RMSEA ≤ ,05	,05 ≤ RMSEA ≤ ,10	,04	Mükemmel Uyum
CFI	,95 ≤ CFI ≤ 1,00	,90 ≤ CFI ≤ ,95	,91	İyi uyum
TLI	,95 ≤ TLI ≤ 1,00	,90 ≤ TLI ≤ ,95	,90	İyi uyum
GFI	,95 ≤ GFI ≤ 1,00	,90 ≤ GFI ≤ ,94	,81	Kabul Edilebilir uyum
RMR	,00 ≤ SRMR ≤ ,05	,05 ≤ SRMR ≤ ,08	,05	İyi Uyum
IFI	,95 ≤ IFI ≤ 1,00	,90 ≤ IFI ≤ ,95	,91	İyi Uyum

Araştırmanın sonucunda AMOS 23 programında analiz edilen veriler neticesinde doğrulayıcı faktör analizi path diyagramı Şekil 2'de verilmiştir.



Şekil 2. Doğrulayıcı Faktör Analizi Path Diyagramı

Araştırma dâhilinde alınan katılımcıların demografik bilgileri Tablo 2’de verilmiştir. 105’inin (%49,1) erkek, 109’unun (%50,9) kadın olduğu görülmektedir. Katılımcıların yaş durumlarına göre dağılımları değerlendirildiğinde ise; 55’inin (%25,7) 20-29 yaş grubu, 102’sinin (%47,7) 30-39 yaş grubu, 40’ının (%18,7) 40-49 yaş grubu, 14’ünün (%6,5) 50-59 yaş grubu, 3’ünün (%1,4) 59 ve üzeri yaş grubu içerisinde olduğu görülmektedir. Katılımcıların bulunduğu yerlere göre dağılımları ise Tablo 2’ye göre değerlendirildiğinde ise; 70’inin (%32,7) Merkez ilçesinde, 47’sinin (%22,0) Kelkit ilçesinde, 35’inin (%16,4) Şiran ilçesinde, 23’ünün (%10,7) Torul ilçesinde, 25’inin (%11,7) Kürtün ilçesinde, 14’ünün (%6,5) Köse ilçesinde çalıştığı görülmektedir.

Araştırmaya katılanların çevre dersi alma durumlarına göre dağılımları incelendiğinde; 120’si (%56,1) çevre dersi aldığını, 94’ü (%43,9) çevre dersi almadığını ifade etmiştir. Katılımcıların iklim değişikliği kelimesini daha önce duyma durumlarına göre dağılımları değerlendirildiğinde ise; 208’i (%97,2) iklim değişikliği kelimesini daha önce duyduğunu, 6’sı (%2,8) ise iklim değişikliği kelimesini daha önce duymadığını ifade etmiştir.

Tablo 2. Demografik Bilgiler

Özellik	Dağılım	Sayı	Yüzde (%)
Bulunduğu Yer	Merkez	70	32,7
	Kelkit	47	22,0
	Şiran	35	16,4
	Torul	23	10,7
	Kürtün	25	11,7
Cinsiyet	Kadın	109	50,9
	Erkek	105	49,1
Yaş	20-29	55	25,7
	30-39	102	47,7
	40-49	40	18,7
	50-59	14	6,5
	59’un Üstü	3	1,4
Çevre Dersi Aldınız mı?	Evet	120	56,1
	Hayır	94	43,9
İklim Değişikliği Kelimesini Daha Önce Duydunuz mu?	Evet	208	97,2
	Hayır	6	2,8
İklim Değişikliği İle İlgili Ne Kadar Bilginiz Olduğunu Düşünüyorsunuz?	Çok Fazla	17	7,9
	Yeteri Kadar	132	61,7
	Biraz	55	25,7
	Çok Az	10	4,7
	Bilgim Yok	0	0
İklimlerin Değiştiğini Düşünüyor musunuz?	Evet	208	97,2
	Hayır	3	1,4
	Bilmiyorum	3	1,4

Araştırmaya dâhil edilen katılımcıların “İklim Değişikliği İle İlgili Ne Kadar Bilginiz Olduğunu Düşünüyorsunuz?” sorusuna; 17’si (%7,9) çok fazla, 132’sinin (%61,7) yeteri kadar, 55’i (%25,7) biraz, 10’u (%4,7) ise çok az olduğunu belirtmiştir. Araştırmaya dâhil edilen katılımcıların “İklimlerin Değiştiğini

Düşünüyor musunuz?” sorusuna; 208’i (%97,2) evet, 3’ü (%1,4) hayır, 3’ü (%1,4) bilmiyorum diye belirtmiştir. Analize ilişkin sonuçlar Tablo 2’de belirtilmiştir.

Aşağıda yer alan Tablo 3’e göre iklim değişikliği farkındalık, inanç, davranış, bilgi ve tutum puanı 1 ile 2,33 arasında olanlar “düşük”, 2,34 ile 3,67 arasında olanlar “orta”, 3,68 ile 5 arasında olanlar “yüksek” olarak yorumlanmıştır. Araştırmamızda yer alan yedi farklı puan ortalaması (iklim değişikliği farkındalık, davranış, bilgi, tutum, inanç, belirsizlik inancı ve epistemik inanç puan ortalamaları) Tablo 3’e göre yorumlanmıştır.

Tablo 3. İklim Değişikliği Genel Puan Skalası

Puan	Düze yi
1-2,33	Düşük
2,34-3,67	Orta
3,68-5	Yüksek

Sonuç olarak araştırmada elde ettiğimiz verilere göre araştırmaya dâhil edilen katılımcıların iklim değişikliği farkındalık puan ortalamaları $3,83 \pm 0,337$ olarak bulunmuştur. Tablo 3’teki skalaya göre 3,83’lük puan ortalaması **yüksek düzey** olarak kabul edilmiştir. Araştırmaya dâhil edilen katılımcıların iklim değişikliği farkındalık puan ortalamalarının alt faktörlere göre dağılımları değerlendirildiğinde; iklim değişikliği davranış puan ortalamaları $3,68 \pm 0,619$ olarak bulunmuştur. Tablo 4’teki skalaya göre 3,68’lik puan ortalaması **yüksek düzey** olarak kabul edilmiştir. İklim değişikliği tutum puan ortalamaları $4,56 \pm 0,443$ olarak bulunmuştur. Tablo 3’teki skalaya göre 4,56’lık puan ortalaması **yüksek düzey** olarak kabul edilmiştir. İklim değişikliği bilgi puan ortalamaları $3,98 \pm 0,562$ olarak bulunmuştur. Tablo 3’teki skalaya göre 3,98’lik puan ortalaması **yüksek düzey** olarak kabul edilmiştir. İklim değişikliği inanç puan ortalamaları $3,09 \pm 0,378$ olarak bulunmuştur. Tablo 3’teki skalaya göre 3,09’lik puan ortalaması **orta düzey** olarak kabul edilmiştir. İklim değişikliği belirsizlik inancı puan ortalamaları $2,00 \pm 0,732$ olarak bulunmuştur. Tablo 3’teki skalaya göre 2,00’lik puan

ortalaması **düşük düzey** olarak kabul edilmiştir. İklim değişikliği epistemik inancı puan ortalamaları $4,18 \pm 0,457$ olarak bulunmuştur. Tablo 3’teki skalaya göre 4,18’lik puan ortalaması **yüksek düzey** olarak kabul edilmiştir.

Korelasyon analizi sonucunda elde edilen bulgulara göre, iklim değişikliği farkındalığını etkileyen unsurlar arasında pozitif yönde ilişki olduğunu söylemek mümkündür. Sonuca göre bağımsız değişkenler (Bilgi Puan Ortalaması, Tutum Puan Ortalaması, Davranış Puan Ortalaması, İnanç Puan Ortalaması) arasındaki ilişkiler $p < 0,01$ düzeyinde anlamlıdır. Korelasyon katsayıları incelendiğinde en güçlü ilişki bilgi puan ortalaması ve tutum puan ortalaması değişkenleri arasındadır. ($r = .430$, $p < 0.01$). Bu iki değişken arasındaki ilişki pozitif yönlü, zayıf kuvvette ve anlamlıdır. Tablo 4’te korelasyona ilişkin bilgiler detaylı şekilde verilmiştir.

Tablo 4. Korelasyona İlişkin Bilgiler

	Bilgi Puan Ortalaması	Tutum Puan Ortalaması	Davranış Puan Ortalaması	İnanç Puan Ortalaması
Bilgi Puan Ortalaması	1			
Tutum Puan Ortalaması	,430**	1		
Davranış Puan Ortalaması	,365**	,280**	1	
İnanç Puan Ortalaması	,095	,063	,217**	1

** $p < 0,01$

Aşağıda belirtilen Tablo 5’e göre regresyon katsayısı $p < 0,05$ olduğu için ve %5 anlamlılık seviyesinde çoklu regresyon katsayısı geçerlidir. Yani bağımsız değişkenler ile bağımlı değişken arasındaki ilişki anlamlı olduğu ve tüm bağımsız değişkenlerin birlikte bağımlı değişkenin %34,9’unu açıkladığı söylenebilir. Tabloya bakıldığında beta değeri 0,223 ve $p < 0,05$ olduğu için tutum puan ortalaması, beta değeri 0,123 ve $p < 0,05$ olduğu için davranış puan ortalaması ve beta değeri 0,451 ve $p < 0,05$ olduğu için epistemik puan ortalaması, bilgi puan ortalaması üzerinde etkilidir. Ayrıca beta değeri -0,072 ve $p > 0,05$ olduğu için belirsizlik puan ortalaması 0,05 anlamlılık düzeyinde

bilgi puan ortalaması üzerinde etkili değildir. Tablo 5’te regresyon analizi sonucu daha ayrıntılı şekilde verilmiştir.

Tablo 5. Regresyona İlişkin Bulgular

Değişkenler	Standartlaştırılmamış Beta Katsayıları	T	Sig T
Tutum Puan Ortalaması	,223	2,653	p<,05
Belirsizlik Puan Ortalaması	,123	2,132	p<,05
Davranış Puan Ortalaması	-,072	-1,596	p<,05
Epistemik Puan Ortalaması	,451	5,085	p<,05

Not: R: ,59; R Square: ,34; Adjusted R Square: ,33; F: 28,02; p<0,05

Katılımcıların iklim değişikliği epistemik inancı puan ortalamaları, çevre dersi alma durumlarına göre değerlendirildiğinde, istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur (p<0,05). Çevre dersi alan ilkökul öğretmenlerinin iklim değişikliği epistemik inancı puan ortalamalarının 4,24±0,432 olduğu görülmektedir. Bu iklim değişikliği epistemik inancı puan ortalaması tablo 3’teki skalaya göre yüksek seviye olarak bulunmuştur. Çevre dersi alan ilkökul öğretmenlerinin iklim değişikliği epistemik inancı puan ortalamalarının çevre dersi almayan ilkökul öğretmenlerine göre daha yüksek olduğu görülmektedir.

Katılımcıların iklim değişikliği farkındalık puan ortalamaları, yaşlara göre değerlendirildiğinde, istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur (p<0,05). 40 yaş ve üzerinde olan ilkökul öğretmenlerinin iklim değişikliği farkındalık puan ortalamalarının 3,91±0,351 olduğu görülmektedir. Bu iklim değişikliği farkındalık puan ortalaması tablo 3’teki skalaya göre yüksek seviye olarak bulunmuştur. 40 yaş ve üzerinde olan ilkökul öğretmenlerinin iklim değişikliği farkındalık puan ortalamalarının 39 yaş ve altında olan ilkökul öğretmenlerine göre daha yüksek olduğu görülmektedir.

Katılımcıların iklim değişikliği bilgi puan ortalamaları, yaşlara göre değerlendirildiğinde, istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur (p<0,05). 40 yaş ve üzerinde olan ilkökul öğretmenlerinin

iklim değişikliği bilgi puan ortalamalarının 4,11±0,531 olduğu görülmektedir. Bu iklim değişikliği bilgi puan ortalaması tablo 3’teki skalaya göre yüksek seviye olarak bulunmuştur. 40 yaş ve üzerinde olan ilkökul öğretmenlerinin iklim değişikliği bilgi puan ortalamalarının 39 yaş ve altında olan ilkökul öğretmenlerine göre daha yüksek olduğu görülmektedir.

Katılımcıların iklim değişikliği davranış puan ortalamaları, cinsiyetlere göre değerlendirildiğinde, istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur (p<0,05). Kadın ilkökul öğretmenlerinin iklim değişikliği davranış puan ortalamalarının 3,77±0,564 olduğu görülmektedir. Bu iklim değişikliği davranış puan ortalaması Tablo 3’teki skalaya göre yüksek seviye olarak bulunmuştur. Kadın ilkökul öğretmenlerinin iklim değişikliği davranış puan ortalamalarının erkek ilkökul öğretmenlerine göre daha yüksek olduğu görülmektedir.

Katılımcıların iklim değişikliği bilgi puan ortalamaları, bulunduğu yerlere göre değerlendirildiğinde, istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur (p<0,05). Gümüşhane ili Şiran ilçesinde çalışan ilkökul öğretmenlerinin iklim değişikliği bilgi puan ortalamalarının 4,09±0,629 olduğu görülmektedir. Bu iklim değişikliği bilgi puan ortalaması Tablo 3’teki skalaya göre yüksek seviye olarak bulunmuştur. Şiran’da çalışan ilkökul öğretmenlerinin iklim değişikliği bilgi puan ortalamalarının diğer ilçelerde çalışan ilkökul öğretmenlerine göre daha yüksek olduğu görülmektedir.

Katılımcıların iklim değişikliği epistemik inancı puan ortalamaları, bulunduğu yerlere göre değerlendirildiğinde, istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur. (p<0,05). Kürtün’de çalışan ilkökul öğretmenlerinin iklim değişikliği epistemik inancı puan ortalamalarının 4,32±0,419 olduğu görülmektedir. Bu iklim değişikliği epistemik inancı puan ortalaması Tablo 3’teki skalaya göre yüksek seviye olarak bulunmuştur. Kürtün’de çalışan ilkökul öğretmenlerinin iklim değişikliği epistemik inancı puan ortalamalarının diğer ilçelerde çalışan ilkökul

öğretmenlerine göre daha yüksek olduğu görülmektedir.

Eagles ve Demare 1999 yılında 6. Sınıf öğrencilerinin çevresel tutumuna etki eden faktörleri incelemişlerdir. Araştırma Wilmot Kıdemli Devlet Okulu'nda 72 öğrenciyle gerçekleştirilmiştir. Araştırma sonucunda cinsiyetin çevresel tutum üzerine etkisi incelenmiştir. Sonuç olarak kadınlarda oran yüksek çıkmış olsa da anlamlı bir farka rastlanmamıştır. İlkokul öğretmenlerinde cinsiyetin tutum üzerinde etkisi incelendiğinde aynı şekilde anlamlı bir farka rastlanmamıştır. Eagles ve Demare'nin çalışmasıyla bu noktada ulaşılan sonuçlar paralellik göstermektedir.²⁶

Ortaöğretim öğrencilerinin çevreye yönelik tutumları ve çevre dersiyle ilişkisini incelemek üzere Uzun ve Sağlam tarafından Ankara ilinde inceleme yapılmıştır. Araştırma 2007 yılında Çankaya ilçesinde çeşitli ortaöğretimlerde okuyan 1013 öğrenciyle gerçekleştirilmiştir. Veri toplama aracı olarak çevre tutum ölçeği ve çevre bilgi testi kullanılmıştır. Araştırmanın önemli sonuçlarından birisi çevre ve insan dersi alan öğrencilerin çevreye yönelik bilgi ve tutumları almayanlara göre daha yüksek ve anlamlı çıkmıştır. Gümüşhane'de ilkokul öğretmenlerinde ise çevre dersi alan ve almayan öğretmenlerin bilgi ve tutum ortalamaları arasında anlamlı bir farka rastlanmamıştır.²⁷

Oluk ve Oluk'un 2007 yılında Celal Bayar Üniversitesi'nde, eğitim fakültesinde 24 öğrenciyle yarı yapılandırılmış yöntem uyarınca birebir görüşme tekniğiyle yapmış olduğu çalışmada öğrencilerin %66'sı iklimlerin değiştiğini belirtmiştir. Gümüşhane'de bulunan ilkokul öğretmenleri ise %97 oranında iklimlerin değiştiğini düşünmektedir. Arada oluşan farkın ise iklim değişikliğinin etkilerinin her geçen yıl daha da fazla hissedilmesi, son yıllarda en sıcak yılların yaşanmasının bu oranın artmasında etkili olduğu düşünülmektedir.²⁸

Gürbüz ve Çakmak 2012 yılında, biyoloji bölümü öğrencilerinin çevreye yönelik tutumlarını incelemiştir. Araştırma Dicle Üniversitesi Ziya Gökalp Eğitim Fakültesinde

119 öğrenciyle yapılmıştır. Veri Toplama aracı olarak 5'li likert tipi 27 maddeden oluşan çevresel tutum ölçeği kullanılmıştır. Gürbüz ve Çakmak biyoloji bölümü öğrencilerinin çevreye yönelik tutumları genel olarak olumlu bulunmuştur. Bu noktada çalışmanın sonuçları araştırmamızın sonuçlarıyla paraleldir.²⁹

Eroğlu ve Aydoğdu 2016 yılında, fen bilgisi öğretmenliği adaylarının küresel ısınma hakkındaki bilgi düzeylerini belirlemeye yönelik bir araştırma gerçekleştirmiştir. Çalışmada Eroğlu ve Aydoğdu kendi geliştirdikleri kapalı uçlu, likert tipi anket kullanmışlardır. Araştırma bir devlet üniversitesinde, normal ve ikinci öğrenimde eğitim gören 271 lisans öğrencisiyle yapılmıştır. Sonuç olarak artan sera gazı salınımı ve insan faaliyetlerinin küresel ısınmayı arttırıcı yöndeki etkisinin, öğrenciler tarafından genel olarak bilindiği belirlenmiştir. Çalışmamız, Eroğlu ve Aydoğdu'nun çalışmasıyla benzer sonuçlara sahiptir. Sera gazının iklim değişikliği ve buna paralel olarak küresel ısınmanın bir nedeni olduğu, ilkokul öğretmenlerinin vermiş olduğu, %48 katılıyorum, %36 kesinlikle katılıyorum cevaplarıyla onaylanmıştır. Ayrıca insan faaliyetlerinin küresel ısınmaya bir etkisi olmadığına ilişkin soruya katılımcılar %68 kesinlikle katılmıyorum, %20 kesinlikle katılmıyorum cevaplarını vermiştir. Sonuç olarak Eroğlu ve Aydoğdu'nun çalışmasıyla benzer sonuçlar çıkmıştır.³⁰

Tok ve arkadaşları 2017 yılında sınıf öğretmeni adaylarının iklim değişikliği farkındalığını incelemiştir. Çalışma, İç Anadolu ve Ege Bölgesinde bulunan iki devlet üniversitesinde toplamda 270 sınıf öğretmeni adayıyla gerçekleştirilmiştir. Tok ve arkadaşları çalışmada iklim değişikliğine yönelik farkındalık ölçeği kullanmışlardır. Araştırmada dikkat çeken sonuçlardan birisi iklim değişikliğinin çeşitli hastalıkları arttırıcı yöndeki etkisine dair sınıf öğretmenlerinin farkındalık ortalaması genel olarak düşük düzeyde çıkmıştır. İlkokul öğretmenleriyle gerçekleştirdiğimiz araştırmanın sonucunda hastalıklara ilişkin 3 farklı türde soru

yöneltilmiştir. İlk olarak iklim değişikliğinin sebep olacağı sivrisinek ve kene artışının önümüzdeki yıllarda hastalık sayılarını arttıracığına ilişkin soruya katılımcılar, %46 katılıyor, %20 kesinlikle katılıyor cevabını vermiştir. İklim değişikliğinin salgın hastalıkları arttırıcı etkisine katılımcılar, %44 katılıyor, %22 kesinlikle katılıyor cevabını vermiştir. İklim değişikliğiyle beraber hava şartlarının bozulması ve sıcaklık artışının akciğer ve kalp hastalıklarını arttıracığı yönündeki soruya katılımcılar, %44 katılıyor, %22 kesinlikle katılıyor cevabını vermiştir. Tok ve arkadaşlarının çalışmasına göre, bizim yaptığımız araştırmada çıkan sonuçlar daha yüksek düzeydedir. Gümüşhane'deki ilkökul öğretmenleri iklim değişikliğinin hastalıkları arttırıcı yöndeki etkisinin daha çok farkındadırlar.³¹

Arık ve Yılmaz 2017 yılında yapmış oldukları çalışmada, *Fen Bilimleri Öğretmen Adaylarının Çevre Sorunlarına Yönelik Tutumları ve Çevre Kirliliğine Yönelik Metaforik Algularını* incelemiştir. Çalışma Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi'nde gerçekleştirilmiştir. Toplamda 132 fen bilgisi öğretmen adayıyla çalışılmıştır. Veri toplama aracı olarak çevre tutumları ölçeği ve metafor toplama formu kullanılmıştır. Araştırma

sonucunda fen bilgisi öğretmen adaylarının çevreye yönelik tutumları orta seviyede çıkmıştır. Araştırmamızda ise çevre sorularına yer verdiğimiz tutum bölümünde Gümüşhane'de görev yapan ilkökul öğretmenlerinin çevreye yönelik tutumları yüksek düzeyde çıkmıştır.³²

Küresel ısınma ve iklim değişikliği birbiriyle ilişkili kavramlardır. Birbirini tetikleyici bu etkenlerden küresel ısınmayla ilgili olarak 2018 yılında Akgün ve arkadaşları tarafından inceleme gerçekleştirilmiştir. Çalışma 36 çevre mühendisliği öğrencisiyle yapılmıştır. Çalışmada amaç çevre mühendisliği öğrencilerinin küresel ısınmayla ilgili görüşlerinin eleştirel düşünme eğilimleri ve duygusal zekâ açısından değerlendirmektir. Öğrencilerden tanıtıcı bilgi formu, California Eleştirel Düşünme Eğilimleri, Gözden Geçirilmiş Schutte Duygusal Zekâ ölçeklerini yanıtlamaları istenmiştir. Çalışmanın sonucuna göre öğrenciler küresel ısınma kavramını %41,7'si televizyonda, %27,8'i okulda, %19,4'ü internetten duyduklarını belirtmiştir. Bizim çalışmamız da ise ilkökul öğretmenleri iklim değişikliğini nereden duyduz sorusuna %93,9'u televizyondan, %88,8'i internetten, %53,3'ü ise okul ve üniversiteden duyduklarını belirtmişlerdir.³³

SONUÇ VE ÖNERİLER

İlkökul öğretmenlerine yönettiğimiz iklim değişikliğinin etkilerini azaltmak ve mücadele edebilmek için neler yapabiliriz sorusuna öğretmenlerin yazmış olduğu öneriler aşağıda belirtilmiştir.

- Problemin gerçekliği herkes tarafından kabul edilmelidir.
- Yeşil alanlar korunmalıdır.
- Fosil yakıtların kullanımı azaltılmalıdır.
- Alternatif enerji kaynakları kullanılmalıdır.
- Toplum, eğitim ve çeşitli etkinliklerle bilinçlendirilmelidir.

- Geri dönüşüme daha çok önem verilmelidir.
- Tüm dünya bu konuda ortak şekilde hareket etmelidir.
- Bireysel olarak da iklim değişikliği konusunda herkes üzerine düşeni yapmalıdır.
- İklim değişikliğinin etkilerine karşı yasal yaptırımlar ve antlaşmalar uygulanmalıdır.
- Enerji (su, elektrik) kullanımına dikkat edilmelidir.
- Sera gazı salınımına karşı gerekli tedbirler alınmalıdır.

- Tüm sektörlerde devlet olarak tasarrufa gidilmelidir.
- Atıkların kontrolü ve ayrıştırılması sağlanmalıdır.
- İklim değişikliği ile ilgili farkındalık oluşturulmalıdır.
- Doğayı ve doğal kaynakları korumak için daha fazla tedbir alınmalıdır.
- Doğa üzerinde yaratılan insan kaynaklı tahribatın önüne geçmek için önlemler alınmalıdır.
- Hükümet, iklim değişikliği ile mücadele edebilmek için yapılan çalışma ve projelere daha çok destek vermelidir.
- Ekosistemi koruyabilmek adına çevre ve hava kirliliğine karşı daha çok önlem alınmalıdır.
- Sanayileşmenin getirdiği kirlilik ve tahribata karşı tedbirler alınmalıdır.
- Uzmanlar bu konuda çalışmalarını insanları daha fazla aydınlatmalıdır.
- Nükleer enerji kullanımı ve denemelerine sınırlandırma getirilmelidir.
- Ebeveynler çocuklarına iklim değişikliğinin önemiyle ilgili erken yaşta eğitim vermelidir.
- İş yerleri ve ortak yaşam alanlarında bilgilendirici çalışmalar yapılmalı ve afiş asılmalıdır. Kamu spotu çalışmalarında iklim değişikliğine yer verilmelidir.
- Etrafımızdaki insanları bu konuyla ilgili uyarmalı ve gerekli bilgi verilmelidir.
- İklim değişikliği ile ilgili eğitimler öğrencilere teorik eğitimin yanında, uygulamalı olarak da verilmelidir. Bunun için devlet taraflı destek sağlanmalıdır.
- Gelişmiş ülkeler bencil tutumlarından vazgeçmelidir.

- Medya bu konuya geniş yer vermelidir.
- İlkokul müfredatına iklim değişikliği ve etkileriyle ilgili ders eklenmelidir.
- Tek bir kişi kalmayana kadar, tüm insanlarda duyarlılığın oluşması sağlanmalıdır.
- Hızlı ve çarpık kentleşmenin önüne geçilmelidir. Yanlış arazi kullanımına izin verilmemelidir.
- Ozon tabakasını etkileyen maddelerin kullanımına sınırlama getirilmelidir.
- Uluslararası örgütler ve sivil toplum kuruluşları faaliyetlerini arttırmalıdır.

Genel olarak çalışma sonucunda elde ettiğimiz verilere göre, ilkököl öğretmenlerinin, iklim değişikliğine ilişkin önerileri yukarıda belirtildiği şekildedir. Konuyla ilgili yapılan yorumlara bakıldığında Gümüşhane ili genelinde görev yapan ilkököl öğretmenlerinde farkındalıkları ve konuya verdikleri önem gayet olumludur.

Bir afet olarak küresel iklim değişikliğini değerlendirecek olursak, iklim değişikliğinin etkileri günümüzde gitgide hissedilmeye başlanmıştır. Özellikle risk evresi iklim değişikliği açısından çok büyük bir öneme sahiptir. Bu dönemde yapılan tüm önemli adımlar geleceğimize dair birer yatırımdır.

İklim değişikliğinin bireyler tarafından biliniyor olmasının tutum üzerinde pozitif yönde etkisi olduğu yukarıda belirtilmiş olunan korelasyon tablosunda gösterilmiştir. Bu sonuca göre iklim değişikliği ile ilgili insanların bilgi düzeyini artırıcı yönde yapacağımız çalışmaların, davranış ve tutum olarak olumlu yönde dönüş sağlayacağını düşünmekteyiz.

Özellikle sanayileşmede öncü olan ülkelere bu konuda büyük sorumluluklar düşmektedir. Alınacak olan tedbirler bağlamında güçlü sanayiye sahip olan ülkeler öncü olmalıdır. Çünkü yapılan bilimsel çalışmalar ve IPCC raporları şu an iklim değişikliğinin en önemli nedenlerinden biri olan sera gazı salınımında gelişmiş sanayiye

sahip olan ülkelerin ilk sırada olduğunu göstermektedir.

Mevcut koşullar daha kötüye gitmeden atılacak olan adımlara hız verilmelidir. Bu adımlarda eğitim önemli bir yere sahiptir. Çocuklarda şimdiden oluşturulacak olan iklim değişikliği bilinci, koruma aşamasında alınacak olan diğer önlemler için temel bir taş olacaktır. Devlet kurumları iklim değişikliği ile ilgili çalışmalarında hem öğretmenlerde hem öğrencilerde iyileştirmeye gitmelidir. Öğretmenler iklim değişikliği konusunda kişisel olarak eğitim almalı, öğrencilerin iklim değişikliği bilincini arttırmak için ders müfredatıyla ilgili düzenlemeye gidilebilir.

Farkındalık sahibi olarak yetişecek her nesil, bir diğer neslin temeli olacaktır.

Eğitim konusunda yapılacak olan çalışmalarda akademik düzeye kadar gidilebilir. Afetleri önlemeye ilişkin yapılan planlarda iklim değişikliği ile ilgili revize yapılmalı ve planların içeriğinde iklim değişikliğine daha fazla önem verilmelidir. Risk evresiyle ilgili tedbirler geliştirilmelidir. Afet ve Acil Durum Başkanlığı önlem ve tedbir bakımından yapacağı çalışmaları geliştirebilir. Yapacakları planlar, akademik çalışmalar ve eğitimlerle ilgili devlet kurumlarına ve iklim değişikliğinin önemine dikkat çeken kuruluşlara destek ve yol gösterici olması gerektiği düşünülmektedir.

KAYNAKLAR

1. Kadioğlu M. (2012). Türkiye’de İklim Değişikliği Risk Yönetimi, Birinci Baskı, Türkiye’nin İklim Değişikliği II. Ulusal Bildiriminin Hazırlanması Projesi Yayını, Ankara.
2. Kılıç C. (2009). “Küresel İklim Değişikliği Çerçevesinde Sürdürülebilir Kalkınma Çabaları ve Türkiye”, Cumhuriyet Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi, 10 (2), 19-41.
3. Cromwell J E., Smith J.B. and Raucher R.S. (2007). Implications of Climate Change for Urban Water Utilities, Association of Metropolitan Water Agencies, Washington.
4. Kadioğlu M. (2008). “Günümüzden 2100 Yılına Küresel İklim Değişimi.”, TMMOB İklim Değişimi Sempozyumu Bildiriler Kitabı, 25-45.
5. Özmen T.(2009). “Sera Gazı, Küresel Isınma ve Kyoto Protokolü.”, İMO Dergisi, 453 (1), 42-46.
6. IPCC. 1996a. Climate Change 1995, The Science of Climate Change. Contribution of Working Group I to the Second Assessment Report of the Intergovernmental Panel on Climate Change, Houghton J. T., et al., eds., WMO/UNEP. Cambridge University Press, New York.
7. Devlet Planlama Teşkilatı. (2000). İklim Değişikliği Özel İhtisas Komisyon Raporu, Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı, Ankara.
8. Aksay C. S., Ketenoğlu O. and Kurt L., (2005). “Küresel Isınma ve İklim Değişikliği.”, Selçuk Üniversitesi Fen Fakültesi Fen Dergisi, 1 (25), 29-42.
9. Capra F. (1989). Batı Düşüncesinde Dönüm Noktası, Çev: Mustafa Armağan, Birinci Baskı, İnsan Yayınları, İstanbul
10. Intergovernmental Panel On Climate Change. (2001b). “TAR ClimateCChangeC2001:CSynthesisCReport”, https://www.ipcc.ch/site/assets/uploads/2018/05/SYR_TAR_full_report.pdf, Erişim Tarihi: 20.12.2018.
11. European Environment Agency. <https://www.eea.europa.eu/tr/isaretler/isaretler-2015/makaleler/iklim-degisikliginin-etkilerini-azaltmak>, Erişim Tarihi: 20.02.2019
12. Kaya Y. (2018), “İklim Değişikliğine Karşı Kentsel Kırılganlık: İstanbul İçin Bir Değerlendirme”, International Journal of Social Inquiry, 11 (2), 219-257.
13. Avrupa Komisyonu. (2010). “AB Öncülüğünde İklim Değişikliği ile Mücadele”, https://www.avrupa.info.tr/fileadmin/Content/publications/tr/AB_cevre_kitap.pdf, Erişim Tarihi: 20.03.2019.
14. Giddens A. (2013). İklim Değişikliği Siyaseti, Çev: Erhan Baltacı, Birinci Baskı, Phoenix Yayınevi, Ankara.
15. Coertjens L., Boeve-de pauw J., De Mayaer S. and Van petegem P. (2010). “Do Schools Make A Difference In Their Students’ Environmental Attitudes And Awareness? Evidence From Pisa 2006”. International Journal of Science and Mathematics Education, 8 (3), 497-522.
16. Hiğde E. (2014). ‘Fen Bilimler Öğretmen Adaylarının Çevre Dostu Davranışlarının Belirlenmesi: İklim Değişikliği Örneği, Orta Doğu Teknik Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara.
17. Seçer İ. (2015). SPSS ve LISREL ile Pratik Veri Analizi, İkinci Baskı, Anı Yayıncılık, Ankara.
18. Hu L. and Bentler P. M. (1999). “Cutoff Criteria for Fit Indexes in Covariance Structure Analysis: Conventional Criteria Versus New Alternatives.” Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal, 6 (1), 1-55.
19. Kline R. B. (2005). Principle and Practice of Structural Equation Modelling. Second Edition, New York: The Guilford Press, New York.
20. Plichta S.B. and Kelvin E. (2013). Munro’s Statistical Methods for Health Care Research, Wolters Kluwer Health/Lippincott, Williams and Wilkins.
21. Shevlin M. and Miles J. N.V. (1998). “Effects of Sample Size, Model Specification and Factor Loadings on The GFI in Confirmatory Factor Analysis.”, Personality and Individual Differences, 25 (1), 85-90.
22. Schermelleh-engel K., Moosbrugger H. and Müller H. (2003). “Evaluating the Fit of Structural Equation Models: Tests of Significance and Descriptive Goodness of fit Measures.”, Methods of Psychological Research online, 8 (2), 23-74.
23. Çapık C. (2014). “Geçerlik ve güvenilirlik çalışmalarında doğrulayıcı faktör analizinin kullanımı.”, Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 17 (3), Sayfa: 196-205.

24. Schreiber J. B., Nora A., Stage F. K., Barlow E. A. And King J. (2006). "Reporting Structural Equation Modeling and Confirmatory Factor Analysis Results: A Review.", The Journal of educational research, 99 (6), 323-338.
25. Kılıç A. F. ve Koyuncu İ. (2017). "Ölçek Uyarlama Çalışmalarının Yapı Geçerliği Açısından İncelenmesi." Pegem Atf İndeksi, 415-438.
26. Eagles P. F. J. and Demare R. (1999). "Factors Influencing Children's Environmental Attitudes", The Journal of Environmental Education, 30 (4), 33-37.
27. Uzun N. ve Sağlam N. (2007). "Ortaöğretim Öğrencilerinin Çevreye Yönelik Bilgi Ve Tutumlarına "Çevre Ve İnsan" Dersi İle Gönüllü Çevre Kuruluşlarının Etkisi", Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi, 33, 210-218.
28. Oluk, E. A., & Oluk, S. (2007). "Yüksek Öğretim Öğrencilerinin Sera Etkisi, Küresel Isınma ve İklim Değişikliği Algılarının Analizi" Dokuz Eylül Üniversitesi Buca Eğitim Fakültesi Dergisi, (22).
29. Gürbüz H. ve Çakmak M.(2012). "Biyoloji Eğitimi Bölümü Öğrencilerinin Çevreye Yönelik Tutumlarının İncelenmesi", Dicle Üniversitesi Ziya Gökalp Eğitim Fakültesi Dergisi, 19, 162-173.
30. Eroğlu B. ve Aydoğdu M. (2016). "Fen Bilgisi Öğretmen Adaylarının Küresel Isınma Hakkındaki Bilgi Düzeylerinin Belirlenmesi", Uludağ Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi, 29 (2), 345-374.
31. Tok G., Cebesoy Ü.B. ve Bilican K. (2017). "Sınıf Öğretmeni Adaylarının İklim Değişikliği Farkındalıklarının İncelenmesi.", Batı Anadolu Eğitim Bilimleri Dergisi, 8 (2), 23-36.
32. Arık S. ve Yılmaz M. (2017). "Fen Bilimleri Öğretmen Adaylarının Çevre Sorunlarına Yönelik Tutumları ve Çevre Kirliliğine Yönelik Metaforik Algıları", Kastamonu Eğitim Dergisi, 25 (3), 1147-1164.
33. Malak Akgün B., Balık N. ve Akgün M. (2018). "Çevre Mühendisliği Öğrencilerinin Küresel Isınma Konusundaki Görüşlerinin Eleştirel Düşünme Eğilimleri ve Duygusal Zekâ Düzeyleri Açısından Değerlendirilmesi." Eğitimde Nitel Araştırmalar Dergisi – Journal of Qualitative Research in Education, 6 (3), 34-61

Üniversite Hastanesinde Mesleki Uygulama Yapan Öğrencilerin Örgütsel Çekicilik Algılarının Değerlendirilmesi

Evaluation of Organizational Attitude Perceptions of Students Who Have Professional Application in University Hospital

Rukiye YORULMAZ¹, Dilek YILDIRIM GÜRKAN², Sevim ÇİMKE³

ÖZ

Gelişen teknoloji, sektörlerin günden güne hızla çoğalması kişilerin çalışmayı düşündükleri kurumlardan beklentilerinin artmasına neden olmuştur. Bu nedenle kişiler daha çok çalışacakları iş yerini seçerken kendilerine çekici gelen örgütleri seçme eğilimindedirler. Bu araştırma da üniversite hastanesinde mesleki uygulama yapan öğrencilerin örgütsel çekicilik algıları ortaya konulmaya çalışılmıştır. Tanımlayıcı olan bu çalışmanın evreni 2017-2018 eğitim öğretim güz ve bahar döneminde Yozgat Bozok Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu ve Sağlık Bilimleri Fakültesi'ndeki öğrencilerden, Üniversitenin Araştırma ve Uygulama Hastanesi'nde mesleki uygulamaya çıkan öğrenciler oluşturmuştur. Bu öğrenciler, Anestezi, Yaşlı Bakımı, Sağlık Kurumları İşletmeciliği, Tıbbi Dokümantasyon ve Sekreterlik ile Ebelik ve Hemşirelik bölümlerinde öğrenim görmektedir (n=349). Herhangi bir örneklem yöntemi seçilmeyip evrenin tamamına ulaşılmıştır. Araştırmada veriler 2003 yılında Highhouse ve arkadaşlarının geliştirdiği ve 2014 yılında Dural ve arkadaşları tarafından Türkçeye uyarlanmıştır. 15 ifadeden oluşan, yedili likert tipi "Örgütsel Çekicilik" ölçeği kullanılmıştır. Bu çalışmada öğrencilerin örgütsel çekicilik ifadelerinin ortalamalarının orta düzeyde olduğu saptanmıştır. En yüksek ifadelerin "söz konusu kurum beni iş görüşmesine çağırıydu iderdim" ve "kurumda çalışma teklifini kabul ederdim" olduğu görülmektedir. Örgütsel çekicilik toplam puan ortalaması ile okul, bölüm ve yaşanan yer değişkenleri arasında önemli ilişki bulunmuştur.

Anahtar Kelimeler: Mesleki Uygulama, Örgütsel Çekicilik, Örgütsel Çekicilik Algısı.

ABSTRACT

Developing technology, the rapid proliferation of sectors day by day has caused people to increase their expectations from the institutions they intend to work. For this reason, people tend to choose organizations that are attractive to them when they choose their place of work. In this research, it has been tried to reveal the perceptions of organizational attractiveness of the students practicing in the university hospital. The universe of this descriptive study was composed of students from Yozgat Bozok University Vocational School of Health Services and Faculty of Health Sciences in 2017-2018 education fall and spring semester. These students, Anesthesia, Elderly Care, Health Institutions Management, Medical Documentation and Secretariat, Midwifery and Nursing departments are studying (n=349). No sampling method was selected and the whole universe was reached. No sampling method was selected and the whole universe was reached. The data were developed by Highhouse et al. in 2003 and adapted to Turkish by Dural et al.. A seven-point likert-type scale consisting of 15 statements was used. In this study, it was found that the average mean of organizational expressions of attractiveness of students. It was seen that the highest expressions were "I would have gone if the institution called me for a job interview" and "I would accept the offer to work in the institution". A significant relationship was found between the total score of organizational attraction and variables of school, department and place of residence.

Keywords: Professional Practice, Organizational Attraction, Organizational Attraction Perception.

Araştırma için, kurum izinleri alındıktan sonra, Bozok Üniversitesi Rektörlüğü Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından 2017-KAEK-189_2018.04.11_05 karar numarası ile 11.04.2018 tarihinde etik kurul izni alınmıştır.

¹Öğretim Görevlisi, Sağlık Yönetimi, Çalışılan Yozgat Bozok Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, rukiye.yorulmaz@bozok.edu.tr, ORCID: 0000-0003-0088-710X

²Öğretim Görevlisi, Halk Sağlığı Hemşireliği, Yozgat Bozok Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, dilek.yildirim@bozok.edu.tr, ORCID :0000-0001-8967-7939

³Araştırma Görevlisi Dr., Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği, Yozgat Bozok Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, sevim.cimke@bozok.edu.tr, ORCID: 0000-0002-2731-7134

İletişim / Corresponding Author: Rukiye YORULMAZ
e-posta/e-mail: rukiye.yorulmaz@bozok.edu.tr

Geliş Tarihi / Received: 06.12.2019
Kabul Tarihi/Accepted: 14.05.2020

GİRİŞ

Organizasyonlar için en önemli girdi kaynağı insandır. Bu nedenle organizasyonların nitelikli insan kaynağına sahip olması gerekmektedir.¹ Günümüz iş dünyasında, çalışanların çalıştığı kurum ile ilgili aynı değerleri görmesi, aynı ihtiyaç ve beklentilere sahip olması çalışanların örgüt hakkındaki düşünce ve tutumlarını olumlu yönde etkileyecektir.²⁰

Günümüzde işletmeler nitelikli insan kaynağına sahip olmadığında, rekabet edebilme gücünde düşüş olmakta ve devam eden başarıları günden güne azalmaktadır.¹ Gelişen teknoloji, sektörlerin günden güne hızla çoğalması kişilerin çalışmayı düşündükleri kurumlardan beklentilerinin artması kurumların kendilerini rakiplerinden farklı kılacak bazı özelliklere sahip olmasını ve işe başvuracaklar için etkileyici olmalarını gerekli kılmıştır. Bu durum literatürde örgütsel çekicilik olarak adlandırılmaktadır.

Örgütsel çekicilik, iş gören potansiyel adayların, işveren tarafından seçilmesi ve işletmeye çekilmesi aşamasının ilk şartı olarak görülmektedir.² Örgütsel çekicilik, bireylerin işe alım için potansiyel yerler olarak belirledikleri işletmelere karşı duyuşsal ve tutumsal düşünceleri ifade etmektedir.³ Yani, bir örgütün çekiciliği kişinin algısına göre değişiklik göstermektedir.⁴

Örgütsel çekicilik, iş görenlerin çalışacakları örgütü seçme konusunda önemli olup, bir iş yerine başvuru yapmaya karar verme sürecini etkilemektedir.⁵ Bu nedenle işletmeler kendi bünyelerine katmak istedikleri bireyleri işletmelerini seçmelerini sağlamak için ilk olarak bu kişilerin gözünde çekici bir yer olmayı hedef edinmelidir.^{2,6} Örgütsel çekicilik, bir kurumun müşteriler tarafından cazip gelmesi değil, işe girmeyi düşünen işçiler tarafından cazip gelmesini yani, kurumun işe girmeyi düşünen işçiler tarafından aynı sektörde hizmet veren kurumlar tarafından daha çok tercih edilmesidir.⁷

Örgütsel çekicilik, bir örgütü yönetmeye yönelik bir genel pozitif etkiyi ifade eder.⁸

Başka bir ifadeyle, bireyin örgüte karşı oluşturduğu ilgi ve beğeni derecesidir.²¹ Sosyal sorumluluk gibi eylemlerde bulunan firmalar, etrafındakiler tarafından olumlu bir itibara sahip olmakta ve örgüte başvuracak potansiyel kişiler tarafından çekici işverenler olarak algılanacak ve bu sayede de rakiplerine karşı avantaj sağlamış olacaktır.⁹ Bu avantaj ile birlikte nitelikli personeller için kurumun çekici hale gelmesi ve tercih edilme oranında da bir artış görülecektir.

Bir kurum, örgütsel çekiciliği sağlayabilmek için yapması gerekenleri iyi analiz etmeli ve rakiplerinin önüne geçmek için kurumunu diğer kurumlardan daha çekici hale getirmelidir.⁷ Kurumlar, günden güne artan rekabetle birlikte, sadece yeni küresel rakipler ve çeşit olarak artan ürünlerle başa çıkabilmek için değil; kurum için önemli olan iş görenlerinin de kurumda devamlılıklarını sağlamak için de savaşmak durumundadır.¹⁰ Yani sadece kurum dışında işe girmek isteyenler için değil, kurum içinde de nitelikli personellerini kaybetmemek için örgüt içini çekici hale getirmesi gerekmektedir.

Örgütsel çekicilik alanında yapılan çalışmalar sınırlı olmasına rağmen, araştırmalarda bireylerin belli örgütsel karakteristiklere olan çekiminde farklılıklar olduğu görülmüştür.¹¹ Örgütsel çekicilik çalışmalarında son dönemlerde yapılan çalışmalara bakıldığında, örgüte ve işe yönelik çalışmalar yanında, iş arayanların başlangıç da neler düşündüğünü belirlemeye yönelik araştırmalar yapılmaya başlanmıştır.⁵

Yapılan araştırmalarda kişiler kendileri ile benzer gördükleri ve gereksinimlerini arz eden kurumları daha çekici bulmaktadır.¹² İnsanlar bazı istihdam kuruluşlarına tredi olarak başvururken, diğer istihdam kuruluşları prestijli olarak görmektedir. Ayrıca örgütler hakkındaki bu yorumların, işveren olarak örgüt imajı ile bağlantılı olduğunu ve işe başvuracak kişilerin kendi kişilik özelliklerine sahip olan kurumlarda istihdam etmek istedikleri ortaya çıkmıştır.¹³ Akçay'ın 2013 yılında otel işletmeleri üzerinde yaptığı çalışmada

işverenlerin rakiplerinden farklılaştırılmasında seçkinlik prestij ve duyarlılık gibi sembolik özelliklerin daha etkili olduğunu bulmuştur.²

Thomas ve Wise (1999) yaptığı araştırmada adayların, işin özelliklerinden daha çok örgüt özelliklerine dikkat ettiği sonucuna ulaşmıştır. Bu doğrultuda örgütlerde çalışanların ağızdan ağıza yayılan pozitif yöndeki reklamın,¹⁴ kurumun dış imajını¹⁵ ve kurum genel imajını¹⁶ etkileyerek, kişilerin örgütsel çekicilik algılarını etkilediği sonucuna ulaşılmıştır. Örgütsel çekiciliği etkileyen pek çok unsur bulunmaktadır. Bu unsurlardan bazıları ücret, terfi imkânları, yer, kurumsal yapı, kariyer fırsatları şeklindedir.¹ Nitelikli çalışanları örgüte çekebilmek, onlarda işe başvurma isteği uyandırabilmek işe başvuracak kişinin algıladığı örgütsel çekicilik düzeyine göre farklılık göstermektedir.⁴

Kurumlar potansiyel çalışanların kendiliğinden iş başvurusu yapmalarını beklemek yerine en nitelikli çalışanları kurumuna çekmek için faaliyetlerde bulunması gerekmektedir. Bu nedenle örgütsel çekicilik hem akademik çalışmalarda hem de iş dünyasında önemi

giderek artan bir kavram olarak karşımıza çıkmaktadır.¹ Sağlık sektörünün karmaşık ve yoğun bir hizmet sektörü oluşu örgütsel çekiciliği zorunlu kılmaktadır. Hem kurum içindeki çalışanların devamlılığının sağlanması hem de ileride bu hizmet sektöründe çalışmayı düşünenler için sağlık kurumları bünyelerinde karşı taraflar için örgütsel çekicilik algılarını iyileştirmesi gerekmektedir.

Üniversitelerde de öğrencilerin teorik olarak gördükleri bilgileri pratikte de görmeleri için mesleki uygulama yapmalarına imkân verilmektedir. Bu noktada üniversite eğitimi döneminde mesleki uygulamaya çıkan öğrenciler ileride çalışacakları kurumları görme imkânı elde etmektedir. Bu sayede de eğitim süresinde yaptıkları mesleki uygulamalarda ileride çalışacakları kurumlar ile ilgili bir yargı oluşmaktadır. Bazı öğrencilere mesleki uygulama yaptıkları kurumlar çekici gelirken, bazı öğrencilere göre de çekici gelmeyebilmektedir. Bu araştırmada da Bozok Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi'nde mesleki uygulamaya çıkan öğrencilerin kuruma karşı örgütsel çekicilik algılarının belirlenmesi amaçlanmaktadır.

MATERYAL VE METOT

Tanımlayıcı tipte olan bu araştırmanın evrenini, 2017-2018 yılı eğitim öğretim güz ve bahar dönemi Yozgat Bozok Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu ve Sağlık Bilimleri Fakültesi'ndeki öğrencilerden, Üniversitenin Araştırma ve Uygulama Hastanesi'nde mesleki uygulama yapan Anestezi, Yaşlı Bakımı, Sağlık Kurumları İşletmeciliği, Tıbbi Dokümantasyon ve Sekreterlik öğrencileri ile Ebelik ve Hemşirelik öğrencilerinin tamamı evreni (n=349 kişi) oluşturmaktadır.

Araştırma da herhangi bir örneklem seçimine gidilmeksizin, Üniversitenin Araştırma ve Uygulama Hastanesi'nde mesleki uygulamaya çıkan öğrencilerinin tamamına ulaşılmıştır.

Araştırmanın Etik Yönü

Araştırma için, kurum izinleri alındıktan sonra, Bozok Üniversitesi Rektörlüğü Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından 2017-KAEK-189_2018.04.11_05 karar numarası ile 11.04.2018 tarihinde etik kurul izni alınmıştır. Ölçeğin araştırmada kullanılması için ise ölçek sahibinden izin alınmıştır.

Veri Toplama Araçları

Çalışmanın verileri, araştırmacılar tarafından hazırlanan tanıtıcı bilgi formu ve Örgütsel Çekicilik Ölçeği kullanılarak toplanmıştır.

Örgütsel Çekicilik Ölçeği 2003 yılında Highhouse et.al., tarafından geliştirilmiştir ve 2014 yılında Dural ve arkadaşları tarafından Türkçeye uyarlanmıştır. Ölçek 15 ifadeden ve üç alt boyuttan oluşmaktadır. Ölçek test tekrar

test yöntemi uygulanarak iç tutarlılık kat sayısı bulunmuştur. Test tekrar-test güvenilirlik katsayısı birincil değerlendirme için 0,85, ikincil değerlendirme için 0,89 olarak saptanmıştır. 7'li likert olan ölçek (1:Hiç uygun değil, 2:Pek uygun değil, 3:Biraz uygun, 4:Uygun, 5:Oldukça uygun, 6:Çok uygun 7: Tamamen uygun) ¹⁷ Ölçeğin çalışma grubumuzdaki öğrencilerden elde edilen veriler ile yapılan açıklayıcı faktör analizine göre KMO= 0,945, Bartlett testi p=0,000 ve Cronbach's alpha =0,920 olarak bulunmuştur. Ölçek tek boyutlu olup boyutun öz değeri 8,609 toplam varyansın ise %57,390

açıkladığı saptanmıştır. Faktör yükleri Tablo 2'de verilmiştir.

Araştırma da, elde edilen veriler Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) analiz edilmiştir. Anketten aritmetik ortalama, standart sapma elde edilmiş ve istatistiksel değerlendirmeler bu puan ortalamaları üzerinden yapılmıştır. Örgütsel çekicilik puan ortalamasının sosyodemografik değişkenlere göre karşılaştırmasında ikili gruplarda Independent t testi, ikiden fazla grupları karşılaştırmak için One Way Anova analizi kullanılmıştır. İleri analizlerde Tukey testi kullanılmıştır.

BULGULAR VE TARTIŞMA

Araştırmaya katılan öğrencilerin sosyodemografik verilerine göre dağılımı Tablo 1'de yer almaktadır.

Tablo 1. Öğrencilerin Sosyodemografik Özellikleri

Değişkenler	Frekans (n)	Yüzde (%)
Yaş		
18-20	197	56,4
21 yaş ve üzeri	152	43,6
Cinsiyet		
Kadın	268	76,8
Erkek	81	23,2
Okul		
SHMYO	192	55,0
SBF	157	45,0
Bölüm		
Hemşirelik	118	33,8
Ebelik	39	11,2
Yaşlı Bakımı	31	8,9
Sağlık Kurumları İşletmeciliği	76	21,8
Anestezi	54	15,5
Tıbbi Dokümantasyon Sekreterlik	31	8,9
Mezun Olunan Lise		
Düz lise	52	14,9
Anadolu Lisesi	176	50,4
Sağlık meslek lisesi	59	16,9
Diğer	62	17,8
Yaşanılan Yer		
İl	149	42,7
İlçe	129	37,0
Köy	71	20,3
Toplam	349	100

Tablo 1'de yer verilen tanımlayıcı ifadelerle cevap veren 349 kişinin yaş gruplarına göre dağılımlarına bakıldığında %56,4'ünün 18-20

yaş aralığında olduğu, %43,6'sının ise 21 yaş ve üzeri kişilerden oluştuğu görülmektedir. Öğrencilerin %76,8'i kadın, %23,2'si ise erkektir.

Ankete katılanların %55,0'ı Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulunun, %45,0'lık kısmı ise Sağlık Bilimleri Fakültesi'nin öğrencisi olduğu görülmektedir. Öğrencilerin bölümlerine bakıldığında ise %33,8'inin hemşirelik, %11,2'sinin ebelik, %8,9'unun yaşlı bakımı, %21,8'inin sağlık kurumları işletmeciliği ve %15,5'inin anestezi ve %8,9'ununda tıbbi dokümantasyon ve sekreterlik bölümünden olduğu görülmektedir. Ankete katılanların mezun oldukları liselere göre dağılımlarına bakıldığında ise %14,9'unun düz liseden, %50,4'ünün Anadolu lisesinden ve %16,9'unun sağlık meslek lisesinden mezun olduğu görülmektedir. Tablo 1'de öğrencilerin yaşadıkları yerlere bakıldığında %42,7'lik kısmın ilde, %37,0'lık kısmın ilçede ve %20,3'ünün köyde yaşadığı görülmektedir.

Öğrencilerin Örgütsel Çekicilik Algısına İlişkin Bulguları

Araştırmaya katılan mesleki uygulama yapan öğrencilerin "örgütsel çekicilik algısı" ile ilgili ifadelerle verdikleri cevapların aritmetik ortalamaları ve standart sapmaları ve madde faktör yükleri Tablo 2'de gösterilmiştir.

Tablo 2. Öğrencilerin Örgütsel Çekicilik Ölçeği Madde Puan Ortalamaları ve Faktör Yükleri

No	Örgütsel Çekicilik İfadeleri	X	SS	Faktör yükleri
1.	Benim için söz konusu kurum çalışmaya elverişli bir yerdir.	3,49	1,60	0,771
2.	Son çarem olmadığı sürece, söz konusu kurumda çalışmak istemezdim.	3,38	1,89	0,455
3.	Bana göre söz konusu kurum, çalışmak için cazip bir yerdir.	3,34	1,67	0,785
4.	Söz konusu kurum hakkında daha fazla bilgi edinmek isterdim.	4,03	1,77	0,511
5.	Söz konusu kurumda, olası bir pozisyon benim için çok çekicidir.	3,61	1,70	0,760
6.	Söz konusu kurum tarafından yapılacak iş teklifini kabul ederdim.	4,18	1,84	0,755
7.	Bir işveren olarak söz konusu kurum ilk tercihlerimden biri olurdu.	3,05	1,84	0,806
8.	Söz konusu kurum, beni iş görüşmesine çağırıyorsa, giderdim.	4,35	1,76	0,770
9.	Söz konusu kurumda çalışmak için büyük çaba sarf ederdim.	3,34	1,88	0,810
10.	Söz konusu kurumu, iş arayan bir arkadaşşıma tavsiye ederdim.	3,75	1,81	0,827
11.	Söz konusu kurumda çalışan kişiler muhtemelen burada çalışıyorum demekten gurur duyuyorlardır.	3,15	1,62	0,780
12.	Söz konusu kurum, çalışmak için saygın bir yerdir.	3,45	1,59	0,834
13.	Söz konusu kurum, muhtemelen çok iyi işveren olarak anılmaktadır.	3,13	1,63	0,783
14.	Söz konusu kurum, çalışmak için prestijli bir yerdir.	3,14	1,64	0,824
15.	Söz konusu kurumda çalışmak isteyecek muhtemelen pek çok kişi vardır.	3,67	1,76	0,779
	Örgütsel Çekicilik Ölçeği Toplam Puan Ortalaması	3,54	1,19	

Tablo 2'ye bakıldığında öğrencilerin söz konusu kurum beni iş görüşmesine çağırıyorsa giderdim (4,35/7,00) ve kurumda çalışma teklifini kabul ederdim (4,18/7,00) sonucu ortaya çıkmıştır. Öğrencilerin (4,03/7,00) bir kısmı da söz konusu kurum hakkında bilgi edinmek istediğini ifade etmiştir. Üniversite 3. ve 4. sınıf öğrencileriyle yapılan bir çalışmada da öğrencilerin en yüksek puanı

(5.05/6,00) "Bu kurumdaki pozisyonlar için nasıl işe başvuracağıma dair bilgi almayı isterim" maddesinden aldıkları bulunmuştur.⁶ Genel olarak ifadelerin ortalamalara bakıldığında ise orta düzeyde bir dağılım gösterdiği görülmektedir. Ölçeğin her bir maddesine ait faktör yükleri Tablo 2'de verilmiştir. Ölçek madde faktör yüklerinin 0,824-0,455 arasında değiştiği saptanmıştır.

Tablo 3. Örgütsel Çekicilik Ölçeği Puan Ortalamasının Sosyodemografik Değişkenlere Göre Dağılımı

Özellikler	Örgütsel Çekicilik Ölçeği Puan Ortalaması $\bar{X} \pm SS$
Yaş	
18-20	3,58±1,16
21 ve üzeri	3,48±1,24
Test p	t=0,252 p=0,457
Cinsiyet	
Kadın	3,519±1,190
Erkek	3,615±1,225
Test p	t=0,175 p=0,529
Bölüm	
Hemşirelik	3,031±0,951
Ebelik	3,017±0,771
Yaşlı Bakımı	4,079±1,219
Sağlık Kurumları İşletmeciliği	4,104±1,159
Anestezi	3,519±1,314
Tıbbi Dokümantasyon ve Sekreterlik	4,271±1,192
Test p	F=15,296 p=0,000
Okul	
SHMYO	3,956±1,241
SBF	3,035±0,919
Test p	t=16,349 p=0,000
Yaşanılan Yer	
Köy ^a	3,985±1,275
İlçe ^b	3,610±1,130
İl ^b	3,271±1,151
Test p	F=9,323 p=0,000
Mezun Olunan Lise Türü	
Düz Lise	3,694±1,261
Anadolu Lisesi	3,426±1,228
Sağlık Meslek Lisesi	3,480±0,987
Diğer	3,801±1,216
Test p	F=1,744 p=0,158

t=Independent t testi F=One way anova

Araştırmaya katılanların sosyodemografik özelliklerine göre örgütsel çekicilik ölçeği puan ortalamasının dağılımı Tablo 3’de gösterilmektedir. Öğrencilerin bölümüne, okuluna, bölüme ve yaşanılan yere göre istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olduğu saptanmıştır. Örgütsel çekicilik puan ortalamalarının, öğrencinin okuduğu okula göre farklılık gösterirken, ortalama puanlar lisans öğrencilerinde ön lisans öğrencilerine göre düşüktür. Büyükgöze ve Erçetin (2017) tarafından yapılan çalışmada da lisans eğitimini tamamladıktan sonra çalışmayı istediği kurumun örgütsel çekiciliğine yönelik algılarının görece yüksek olduğu (4.89/6.00) bulunmuştur. Bizim çalışmamızda lisans öğrencileri örgütsel çekicilik genel ortalaması (3.03/7.00) ile orta düzeyde bir ortalama da yer aldığı bulunmuş, olup literatür de yer alan bu

bilgiden farklılık göstermektedir. Işıkcı’nın 2018 yılında yaptığı çalışmada Sivil Havacılık Eğitimi alan katılımcıların genel olarak Sivil Havacılık sektörüne ilişkin sektörel çekicilik algısının “yüksek” düzeyde olumlu olduğu görülmektedir.¹⁹ Güllü ve Şahin’in spor kurumunda çalışanlar üzerinde yaptığı çalışmada da kurumundaki çalışanların örgütsel çekicilik algılarının yüksek (6.60/7.00) olduğu sonucuna ulaşılmıştır.²¹ Özüçağlayan’ın 2015 yılında kurumsal firma çalışanları ile yaptığı çalışmada çalışanların örgütsel çekicilik düzeyinin (3.245/5.00) bizim çalışmamızdan daha yüksek bulunduğu görülmüştür.⁷

Ön lisans öğrencileri, lisans öğrencilerine göre uygulama yerlerini daha çekici bulma eğilimindedirler. Bu farkın ortaya çıkmasında

lisans öğrencilerinin başka hastaneler de de staja çıkıp, ön lisans öğrencilerinin staj uygulamasını gerçekleştirdiği tek hastanenin üniversite hastanesi olması ve ön lisans öğrencilerinin iş bulma umutlarının lisans öğrencilerinden daha az olmasından dolayı bu hastaneyi takip etme niyetlerinin daha yüksek olduğunu düşünülebilir. Nitekim ki iş bulma umutları en az olan sağlık kurumları işletmeciliği öğrencileri hastaneyi daha çekici bulma eğilimi içerisinde. Öğrencilerin

yaşadıkları yerlerde hastaneyi çekici bulma algılarını etkilemektedir. Köyden gelen öğrenciler üniversite hastanesini daha çekici bulma eğilimi içerisinde. Ön lisans öğrencileri içerisinde köy ve ilçelerden gelen öğrenci sayısının lisans öğrencilerinden daha fazla olduğu görülmüş olup yaşadıkları yerde üniversite hastanesinin olmayışı öğrencilerde çekicilik algısının değişmesine sebep olmuş olabilir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışmada öğrencilerin örgütsel çekicilik ifadelerinin ortalamalarının orta düzeyde olduğu bulunmuştur. En yüksek ortalamaya sahip ifadelerin ise, belirtilen kurum ile ilgili beni iş görüşmesine çağırıyordı giderdim (4,35) ve kurumda çalışma teklifini kabul ederdim (4,18) olduğunu düşündükleridir. Yani üniversite hastanesinde mesleki uygulama yapan öğrencileri kurumda çalışmaya istekli olduğunu düşündükleri sonucu ortaya çıkmaktadır. Örgütsel çekicilik genel puanı ve boyutlarının ortalamalarına bakıldığında birbirlerine yakın orta düzeyde bir dağılım gösterdiği görülmektedir.

Örgütsel çekicilik ölçeği puan ortalamasının sosyodemografik değişkenlere göre karşılaştırılmasına bakıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark okul,

bölüm ve yaşanan yer değişkenlerinde bulunmuştur.

Üniversite öğrencilerinin hangi nitelikteki örgütleri daha çekici bulduklarının net bir şekilde anlaşılabilmesi için farklı örgüt türleri (kamu, vakıf, özel kurumlar...) üzerinden öğrencilerin görüşleri incelenebilir. Öğrencilerin kişilik özellikleri de örgüt çekiciliği algılarını etkileyebileceğinden, kişilik özellikleri ile örgüt çekicilikleri ilişkileri inceleyen araştırmalar planlanması önerilebilir. Bununla birlikte, hastanede personel olarak çalışma deneyimi olan ve olmayan üniversite öğrencilerinin gerek çekicilik gerekse uyuma ilişkin algıları karşılaştırmalı bir yaklaşımla incelenmesi tavsiye edilebilir.

KAYNAKÇA

- Öksüz, B. (2012). İşletmelerde Örgütsel Çekiciliğin Arttırılmasında İşveren Markalaşması ve İnsan Kaynaklarına Yansımaları. Ege Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Doktora Tezi, İzmir.
- Akçay, A.D., Timur, N., Ulukan, C. (2013). "Kent Merkezinde Faaliyet Gösteren Beş Yıldızlı Otel İşletmelerinde Araçsal ve Sembolik Özelliklerin Örgütsel Çekiciliğe Etkisi.", Eskişehir Osmangazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi, 8 (1); 319-343.
- Highhouse, S.F., Lievens, F., Smar, E.F. (2003). "Measuring Attraction to Organizations." Educational and Psychological Measurement, 63 (6), 986-1001.
- Yıldız, M.L. (2013). "Algılanan Kişi-Örgüt Uyumu, Tanınırlık, İmaj, Örgütsel Çekicilik ve İşe Başvurma Niyeti Arasındaki İlişkilerin Yapısal Eşitlik Modellemesi ile İncelenmesi." Marmara Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi, 34 (1), 153-173.
- Akçay, A.D. (2014). "Örgütsel Çekicilik Bağlamında Otel İşletmelerini Rakiplerinden Ayıran Özellikler." Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, 14 (1), 175-186.
- Büyükgöze, H., Erçetin, S.Ş. (2017). "Örgütsel Çekicilik ve Algılanan Birey-Örgüt Uyumu İlişkisi: Üniversite Öğrencileri Üzerine Bir Araştırma." Yükseköğretim ve Bilim Dergisi, 7 (1), 51-58.
- Özüçalışyan, H.N. (2015). İş Zenginleşirmenin Örgütsel Çekicilik Üzerine Etkisi. Maltepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- Aiman-Smith, L., Bauer, T.N., Cable, D.M. (2001). "Are You Attracted? Do You Intend to Pursue? Are Cruiting Policy-Capturing Study." Journal of Business and Psychology, 16 (2), 219-237.
- Turban, D.B., Greening, D.W. (1996). "Corporate Social Performance and Organizational Attractiveness to Prospective Employees." Academy of Management Journal, 40 (3), 658-672.
- Gök, S. (2006). 21. Yüzyılda İnsan Kaynakları Yönetimi, Beta Basım A.Ş., İstanbul.
- Turban, D. B. (1993). "Organizational Attractiveness: an Inter Actionist Perspective,." Journal of Applied Psychology. 78 (2), 184-193.

12. Arbak, Y, Yeşilada, T. (2003). “Örgüt Kişi Uyumu ve Örgütsel Çekicilik: Hangi Kişiler Ne Tür Örgütleri Daha Çekici Bulur?” Journal of İstanbul Kültür University, 3, 23-27.
13. Lievens, F, Highhouse, A. (2003). “The Relation Of Instrumental and Symbolic Attributes To A Company’s Attractiveness As An Employer.” Personnel Psychology, 56 (1), 75-102.
14. Hoye, G.V, Lievens, F. (2007). “Social Influences On Organizational Attractiveness: Investigating If and When Word Of Mouth Matters.” Journal of Applied Social Psychology, 37 (9), 2014-2047.
15. Tsai, W.C, Yang, İ.W.F. (2010). “Does Image Matter To Different Job Applicants? The Influences Of Corporate Image and Applicant Individual Differences On Organizational Attractiveness.” International Journal of Selection and Assessment, 18 (1), 48-63.
16. Güler, M. (2015). İşveren Markası Örgütsel Çekicilik ve Katılma Niyeti İlişkisi Üzerinde Aday Özelliklerinin Rolü, Kara Harp Okulu Savunma Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, Ankara.
17. Dural, S, Aslan, G, Alınç, M, Araza, A. (2014). “Örgütsel Çekicilik: Bir ölçek Uyarlama Çalışması.” Doğu Üniversitesi Dergisi, 15 (2), 141-154.
18. Thomas, K.M, Wise, P.G. (1999). “Organizational Attractiveness and Individual Differences: Are Diverse Applicants Attracted By Different Factors?” Journal of Business and Psychology, 13 (3), 375-390.
19. Işıkçı, S.O. (2018). Sivil Havacılık Kabin Hizmetleri Eğitimi Alan Bireylerin Sektörel Anlamdaki Örgütsel Çekicilik Algısı. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
20. Yılmaz, R. (2019). “The Effect of Person-Organization Fit on Organizational Attractiveness: A Study in Konya Organized Industrial Zone” Journal of Social, Humanities and Administrative Sciences, 5 (6), 445-453.
21. Güllü, S, Şahin, S. (2018). “Bir Spor Kurumunda Örgütsel Çekicilik Algısı İle Örgütsel Vatandaşlık Davranışının İncelenmesi.” Turkish Studies, 13 (26), 637-654.

Bir Başarı Testi Geliştirme Çalışması: Hemşirelik Öğrencilerinin İntramusküler Enjeksiyon Becerilerini Ölçme

A Study for Developing an Achievement Test: Measuring Intramuscular Injection Skills of Nursing Students

Arife ŞANLIALP ZEYREK¹, Nevin KUZU KURBAN², Sümeyye ARSLAN³

ÖZ

Bu araştırmanın amacı, hemşirelik öğrencilerinin intramusküler enjeksiyon konusunda bilgi düzeylerini değerlendirmeyi sağlayacak geçerli, güvenilir bir başarı testi geliştirmektir. İntramusküler Enjeksiyon Başarı Testi metodolojik bir çalışma olup 50 çoktan seçmeli soru hazırlanmıştır. Testin kapsam geçerliliği uzman görüşleri ile değerlendirilmiştir. Uzman önerilerine göre test maddelerinde düzeltme yapılmış ve bir madde çıkarılmıştır. Test, bir devlet üniversitesinin hemşirelik bölümünde okuyan 57 öğrenciye uygulanmıştır. Verileri değerlendirmek için Statistical Package for the Social Sciences, 21,0 programı kullanılmıştır. Test maddelerinin analizinde; madde güçlük indeksi, madde ayırt edicilik indeksi ve Kuder Richardson-20 güvenilirlik katsayısı kullanılmıştır. Madde analizleri sonucunda testten 28 soru maddesi çıkarılmıştır. İntramusküler Enjeksiyon Başarı Testi 21 soru maddesinden oluşmuştur. Testin ortalama madde güçlüğü 0,59 ve Kuder Richardson-20 güvenilirlik katsayısı 0,71 olarak bulunmuştur. Bu çalışma sonucunda geliştirilen İntramusküler Enjeksiyon Başarı Testi; geçerli ve güvenilir bir ölçme aracı olarak bulunmuştur.

Anahtar Kelimeler: Beceri, Enjeksiyon, Geçerlik, Güvenirlik, Hemşirelik, İntramusküler.

ABSTRACT

The study aims to build up a valid, reliable information test that will enable to nursing students to assess their knowledge of intramuscular injection. The Intramuscular Injection Success Test is a methodological study and 50 multiple choice test items were prepared. The validity of the test was assessed by expert opinion. According to the expert suggestions, the test items were corrected and one item was taken from the test. The test was applied to 57 students attending a nursing department of a state university. For data analysis, The Statistical Package for the Social Sciences, 21,0 program was used. In the statistical analysis, items difficulty index, items discriminate index and Kuder Richardson-20 reliability coefficient were used. In consequence of the item analyzes, 28 items were removed from the test. The Intramuscular Injection Success Test consists of 21 items. The mean strength of the test was 0,59, the Kuder Richardson-20 reliability coefficient was 0,71. Intramuscular Injection Success Test developed as a result of this study; It was found to be a valid and reliable measurement tool.

Keywords: Skill, Injection, Validity, Reliability Nursing, Intramuscular.

* Pamukkale Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan (16.01.2018/2) izin alındı.

¹Doktora Öğrencisi, Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Esasları Ana Bilim Dalı, asanlialp@pau.edu.tr, ORCID:0000-0001-5456-7393

²Prof. Dr., Hemşirelik Esasları Ana Bilim Dalı, Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü, nkuzu@pau.edu.tr, ORCID:0000-0001-8562-969X

³Dr Öğr. Üyesi., Hemşirelik Esasları Ana Bilim Dalı, Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü, sumeyyea@pau.edu.tr, ORCID:0000-0001-9432-6893

İletişim / Corresponding Author: Arife ŞANLIALP ZEYREK
e-posta/e-mail: asanlialp@pau.edu.tr

Geliş Tarihi / Received: 20.11.2019
Kabul Tarihi/Accepted: 27.04.2020

GİRİŞ

Hemşirelik eğitiminde öğrencilere uygulama becerilerinin öğretilmesi, geliştirilmesi ve değerlendirilmesi önemlidir. Hemşirelik öğrencilerinin, hastalara güvenli bakım sağlayabilmeleri için sağlık bakım ortamına girmeden önce seçilen hemşirelik becerilerinde yeterli olmaları gerekir. Hemşirelik öğrencilerinin öğrenmesi gereken önemli ve gerçekleştirilmesi zor becerilerden biri, ilaçları hastaya doğru bir şekilde uygulama becerisidir.¹

İlaçları uygulama becerisi karmaşık bir beceridir. Bu becerinin lisans hemşireliği müfredatında, öğrencilere yeterince geliştirilemeyeceği endişesi ifade edilmektedir.² Öğrencilerin ilaçları uygulama becerisine sahip olabilmesi için, farmakoloji bilgisini, ilaç yönetiminin ‘altı doğru ilkesini’ bilmesi ve klinik karar verebilme becerisine sahip olması gerekir.¹ Ülkemizde yapılan bir çalışmada hemşirelerin uygulamalarda karşılaştıkları mesleki hatalar içerisinde birinci sırada ilaç uygulama hatalarının olduğu bildirilmektedir.³

Intramüsküler (IM) enjeksiyon uygulaması ilaç uygulamalarının önemli bir parçası olup hemşirelerin sorumluluğundadır.⁴ Bu beceri, dikkatli ve doğru bir yöntemle yapılmazsa apse, selülit, doku nekrozu, granülom, kas fibrozu, kontraktür, intravasküler enjeksiyon, hematoma ve siyatik sinir hasarı gibi ciddi komplikasyonlara neden olabilir.⁵⁻⁷ Siyatik sinir yaralanması sonucu minör motor ve duyu anormalliklerinden, tam paraliye kadar değişen derecelerde hasar oluşabilir.⁸ Intramüsküler enjeksiyon uygulama işlemi

cerrahi yönetime uymayı, uygulama yöntemini bilmeyi ve ilgili psikomotor beceriye sahip olmayı gerektirmektedir.⁹ Yapılan çalışmalarda hemşirelerin ventrogluteal alana intramüsküler enjeksiyon için gerekli bilgi ve becerilere sahip olmadıkları belirtilmektedir.^{8,10-14} Bu temel beceriyi hemşirelik öğrencilerinin klinik uygulamaya geçmeden önce kazanması gerekmektedir.

Hemşirelik eğitiminde öğrencilerin intramüsküler enjeksiyon ile ilgili öğrenme düzeylerinin uygun değerlendirme yöntemleri ile belirlenmesi, bu beceriye ilişkin bilgilerin değerlendirilmesinde objektif, güvenilir ve geçerli ölçme araçlarının geliştirilmesi gerekir. Bu araçlardan birisi çoktan seçmeli sorulardır. Bu tip sorularda maddelerinin yazımı önem kazanmaktadır. Başarı testi geliştirme çalışmaları eğitim bilimleri alanında yaygın olmasına rağmen sağlık bilimlerinde sınırlıdır.¹⁵⁻¹⁹ Sağlık bilimleri alanında belirlenen hedef ve davranışları gerçekleştirme düzeylerini belirlemek amacıyla standart ölçme araçlarına ihtiyaç duyulmaktadır. Bu çalışmanın hemşirelik ölçme değerlendirme alanına katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Bu çalışmanın amacı test geliştirme basamaklarını dikkate alarak hemşirelik öğrencilerinin intramüsküler enjeksiyon konusunda öğrenme düzeyini belirleyebilecek geçerli, güvenilir bir bilgi testi geliştirmektir.

MATERYAL VE METOT

Araştırmanın Tipi

Araştırmada metodolojik yöntem kullanıldı.

Araştırmanın Yapıldığı Yer

Araştırma; Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümünde gerçekleştirildi.

Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Sağlık Bilimleri Fakültesinin Hemşirelik bölümünde yer alan 2.sınıf hemşirelik öğrencileri oluşturdu. Örneklemi 2017-2018 eğitim öğretim yılında eğitim gören, araştırmaya katılmaya gönüllü olan, hemşirelik esasları dersini almış, araştırma tarihlerinde derse aktif katılan,

ikinci sınıf 57 hemşirelik öğrencisi oluşturmaktadır.

Veri Toplama Aracının Geliştirilmesi ve Analizi

Veri toplama aracını, araştırmacılar ilgili literatür doğrultusunda geliştirdi.^{9,20-21} İntramüsküler enjeksiyon başarı testi, öğrencilerin intramüsküler enjeksiyonla ilgili bilgi düzeylerini belirlemek amacıyla hazırlanmış bir başarı testidir.

Çalışmanın ilk aşamasında öğrencilerin değerlendirmeye tabi tutulacağı hedef davranışlar belirlendi. Hedef davranışlar belirlenirken; intramüsküler enjeksiyon becerisine ilişkin öğrencilerin kazanmaları beklenen davranışlar dikkate alındı. Hedef davranışlarla ilgili bilgi düzeylerini belirlemek için, çoktan seçmeli soru türü kullanıldı. Çoktan seçmeli soruların avantajları şu şekilde sıralanabilir; aynı anda çok sayıda kişiye uygulanabilmesi, farklı öğrenim düzeyindeki kişilere uygulanabilmesi, kapsam geçerliğinin yüksek olması, cevaplama süresinin kısa olması, puan verme bakımından az zaman alması ve puanlama açısından yanlılığı ortadan kaldırmasıdır.²² Ön uygulamada intramüsküler enjeksiyon becerisine ilişkin hedef davranışları kapsayacak şekilde 50 çoktan seçmeli soru maddesi hazırlandı. Bu beceride ölçülmesi amaçlanan hedef davranışlar ve bu davranışları ölçmeye yönelik hazırlanan ön uygulama soru sayısı Tablo 1’de verildi.

Hazırlanan Soruların Kapsam Geçerliliğinin Değerlendirilmesi

Geçerlilik, bir ölçme aracının ya da yönteminin ölçülmek istenen özelliği başka bir özellikte karıştırmadan, doğru bir şekilde ölçme şeklinde tanımlanır.²³ Kapsam geçerliliği, bir testin bu testle ölçülmek istenen davranışları ne derece kapsadığıyla ilgilidir. Kapsam geçerliliği belirlenirken en çok kullanılan yöntem uzman kişilerin görüşlerine başvuraktır.²⁴

İntramüsküler enjeksiyon başarı testinde 50 soru maddesi hazırlandıktan sonra, her bir soru maddesinin ölçülmek istenen beceriyi ölçmede tutarlı olup olmadığı (geçerliliği),

yazım, noktalama açısından doğru olup olmadığı, yazım dilinin ifade bakımından anlaşılabilirliği yönlerinden üç farklı uzmanın görüşüne başvuruldu.

Hemşirelik esasları alanındaki uzmanların görüşleri sonrası aşağıdaki düzeltmeler yapıldı:

- Soru kökü ve seçeneklerdeki anlaşılabilir olmayan ifadeler düzeltildi.
- Sorulardan biri bilgi testi kapsamına uygun olmadığı görüşüyle testten çıkarıldı.
- Uzman görüşleri sonrası çoktan seçmeli soru maddesi 49’a indirildi.

Bilgi Testinin Uygulanması

Araştırmacılar tarafından hazırlanan başarı testi hemşirelik esasları dersini almış, araştırma tarihlerinde derse aktif katılan, ikinci sınıf 57 hemşirelik öğrencisine uygulandı. Öğrencilere çalışmanın amacı ve önemi açıklandıktan sonra sözel olarak onamları alındı. Uygulama sırasında öğrencilere 80 dakika süre verildi.

Verilerin Analizi

Çoktan seçmeli soru maddeleri 5 seçeneğe sahiptir. Doğru verilen cevaplara ‘1’, yanlış ve boş olan cevaplara ise ‘0’ puan verildi. Toplam 49 puan üzerinden değerlendirme yapıldı. Veri analizi, Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) 21.0 programı ile yapıldı. Psikometrik analizleri için madde güçlük indeksi, madde ayırt edicilik indeksi, Kuder Richardson-20 (KR-20) güvenilirlik katsayısı kullanıldı.

Araştırmanın Etik Yönü

Bu çalışma doktora tezinin bir aşaması olarak düzenlendi ve ilgili üniversitenin Girişimsel Olmayan Etik Kurulundan (16.01.2018/2) izin alındı. Ayrıca uygulamayı yapabilmek için Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesinden kurum izni (25.01.2018/E-6298) alındı. Başarı testi araştırmacı tarafından hazırlanmış olup izin gereksinimi yoktur.

Tablo 1. İntramüsküler Enjeksiyon Becerisinde Ölçülmesi Amaçlanan Hedef Davranışlar ve Ön Uygulama Soru Sayılarının Dağılımı

Konu Başlığı	Hedef Davranışlar	Ön Uygulama Soru Sayısı
Genel bilgi/Tanımlar	• IM* enjeksiyon ile ilgili anatomik yapıyı tanımlama	2
	• IM enjeksiyon ilaç uygulama bölgeleri ve yaşa göre ilaç dozlarını açıklama	2
İntramüsküler enjeksiyon uygulama bölgeleri	• IM enjeksiyon uygulanacak bölgeleri tanımlama	2
	• IM enjeksiyon uygulanacak bölgelerdeki kas ve kas gruplarını tanımlama	2
	• IM enjeksiyon uygulanacak bölgeyi doğru belirleme	4
	• IM enjeksiyon uygulanacak bölgedeki kasın uygun olup olmadığını değerlendirme	1
	• IM enjeksiyon bölgelerinin avantaj ve dezavantajlarını açıklama	2
	• IM enjeksiyon ilaç uygulama bölgelerine göre iğne uzunluğunu seçme	2
	İntramüsküler yoldan ilaç uygulama ile ilişkili komplikasyonlar	• IM enjeksiyon sırasında ve sonrasında gelişebilecek komplikasyonları açıklama
İntramüsküler enjeksiyon uygulama işlemi	• IM enjeksiyon için temel ilkeleri tanımlama	7
	• IM enjeksiyon uygulama işlem basamaklarının gerekçelerini açıklama	9
	• IM enjeksiyonda kullanılan hava kilidi tekniğini tanımlama	2
	• IM enjeksiyonda kullanılan Z tekniğinde enjeksiyon uygulama basamaklarını tanımlama	8
Değerlendirme	• Beklenmeyen sonuçlarla karşılaştığında uygun karar verebilme	2

*IM: İntramüsküler

BULGULAR VE TARTIŞMA

İntramüsküler enjeksiyon başarı testinin güvenilirlik ve geçerlilik çalışmaları yapılırken uzman görüşü sonrası kalan 49 soru maddesinde madde ayırt edicilik ve madde güçlük indeksi hesaplandı. Bu hesaplamalar sonrası nihai teste alınacak soru maddeleri belirlendi.

Madde Güçlük İndeksi

Bir testteki her bir soru maddesini doğru cevaplayan öğrenci sayısının yüzdesi madde güçlük indeksi (p) değerini verir. Bu yüzde, doğru cevaplayan öğrenci sayısının, toplam öğrenci sayısına bölümüyle elde edilir. Hesaplanan değer 0,00 ile 1,00 arasında yer alır.²² Bir soruyu öğrencilerin çoğunluğu doğru cevap vermişse sorunun sayısal değeri 1'e yaklaşır, bu değer o sorunun kolay bir soru olduğunu düşündürür. Bir soru maddesi

az kişi tarafından doğru cevaplandığında, o soru maddesinin sayısal değeri 0'a doğru yaklaşır ve bu sorunun zor bir soru olduğu söylenebilir.²³

Başarı testinde kullanılan 49 soru maddesinin her biri için bulunan madde güçlük indeksi değerleri Tablo 2'de gösterildi.

Nihai teste alınacak test maddelerin madde güçlük indekslerinin hangi düzeyde olması gerektiği kararı testin amacına göre değişir.²⁴ Tablo 2 incelendiğinde soruların madde güçlük dereceleri 0,10-0,94 arasında değiştiği görülmektedir.

Başarı testlerinde testin ortalama güçlüğü 0,50 civarında bir değer olması istenir.^{22,25} Ancak iyi bir başarı testinde

güçlük derecesinin yanı sıra doğru cevabı bilen ve bilmeyen öğrenciyi ayırt edebilmesi, ayrıca başarı testinin intramüsküler enjeksiyon ile ilgili beklenen hedef ve davranışlara da ulaşması istendiğinden, 'p' değeri 0,5'ten uzak olan bazı soru maddelerinin de nihai başarı testine alınmasına karar verildi. Bir başarı testi oluşturulurken madde güçlük indeksi (p) değerlerinin hesaplanması yeterli değildir bunun yanı sıra madde ayırt edicilik indeksi (r_{jx}) değerlerinin de hesaplanması gerekmektedir. Madde ayırt edicilik indeksi maddenin teste alınıp alınmaması konusunda karar verilmesinde önemli bir madde istatistiğidir.²⁴

Madde Ayırt Edicilik İndeksi

Madde ayırt edicilik indeksi (r_{jx}), doğru cevabı bilen ve bilmeyen kişiyi ayırt etme yüzdesidir. Alabileceği değerler -1,00 ile 1,00 arasındadır. Öğrencilerden elde edilen veriler doğrultusunda alt ve üst olmak üzere iki grup oluşturuldu. Bu kategorileri oluşturmak için veriler Microsoft Excel programına aktarıldı. Her öğrencinin aldığı toplam puan hesaplandıktan sonra test puanlarına göre en yüksek puandan en düşüğüne doğru sıralandı. Öğrencilerin puanlamaları yapıldıktan sonra, %27'lik (n=16) alt-üst gruplar oluşturuldu.²³ Aşağıdaki formüle göre intramüsküler enjeksiyon başarı testindeki soru maddelerinin ayırt edicilik indeksi hesaplandı.

$$r_{jx}=(Dü-Da)/N$$

r_{jx} : Madde ayırt edicilik indeksi

Dü: Bir soru maddesine üst grupta doğru cevap veren birey sayısı

Da: Bir soru maddesine alt grupta doğru cevap veren birey sayısı

N: Üst veya alt gruptaki birey sayısı

Başarı testinde kullanılan 49 soru maddesinin her biri için bulunan madde ayırt edicilik indeksi (r_{jx}) değerleri Tablo 2'de verildi.

Tablo 2. İntramüsküler Enjeksiyon Başarı Testinde Yer Alan Soru Maddelerinin Madde Güçlük İndeksi (p), Madde Ayırt Edicilik İndeksi (r_{jx})

Soru Madde No	Madde Güçlük İndeksi (p)	Madde Ayırt Edicilik İndeksi (r_{jx})
1	0,91	0,25
2*	0,56	0,68
3	0,94	0,00
4	0,89	0,18
5*	0,70	0,43
6	0,94	0,00
7*	0,36	0,37
8*	0,59	0,50
9	0,47	0,18
10*	0,70	0,25
11*	0,49	0,25
12*	0,82	0,50
13	0,71	-0,12
14	0,33	0,12
15*	0,38	0,31
16	0,59	0,12
17	0,17	0,12
18	0,54	0,12
19*	0,61	0,31
20	0,21	0,06
21*	0,73	0,43
22*	0,59	0,43
23*	0,52	0,25
24*	0,73	0,50
25*	0,64	0,25
26*	0,82	0,43
27*	0,68	0,37
28	0,56	0,00
29	0,84	0,18
30	0,10	0,12
31	0,89	0,31
32	0,85	0,25
33	0,87	0,18
34	0,54	0,00
35	0,82	0,12
36	0,85	0,25
37	0,91	0,06
38	0,84	0,18
39*	0,31	0,31
40*	0,47	0,37
41	0,36	0,00
42	0,49	0,18
43*	0,75	0,50
44	0,36	0,12
45*	0,42	0,31
46*	0,50	0,37
47	0,49	0,18
48	0,87	0,12
49	0,15	0,00

*Nihai Teste Alınan Soru Maddeleri

Madde ayırt edicilik indeksinden negatif değer alması, o soru maddesinin testten düşük puan alan öğrenciler tarafından doğru cevapladığını gösterir. Soru maddesinin sıfıra yakın bir değer alması; puanı yüksek ve düşük olan eşit sayıda öğrencinin o soruya doğru cevap verdiğini, pozitif bir değer alması ise o soruya yüksek puan alan öğrenciler tarafından doğru cevap verildiği gösterir. Bundan dolayı ayırt edicilik indeksinde negatif ve sıfır civarında değer alan soru maddelerinin testte kullanılmaması gerektiği belirtilmiştir.²² Literatürde soru maddelerinin $r_{jx} \geq 0,25$ olduğu durumlarda; bilen ve bilmeyen öğrenciyi ayırt etmede başarılı olduğu belirtilmektedir.²⁶

Çalışmamızda; madde ayırt edicilik indeks değeri negatif ve 0,15 arasında yer alan 17, 0,16-0,19 arasındaki 7 soru maddesi testten çıkarıldı. Başarı testinde madde ayırt edicilik indeksleri 0,20-0,30 arasında yer alan 7 madde, 0,31-0,40 arasında yer alan 9 madde, 0,41 ve üstünde değer alan 9 soru maddesi; bir değişiklik yapılmaksızın başarı testine alındı (Tablo 3).

Tablo 3. İntramüsküler Enjeksiyon Başarı Testinde Bulunan Soru Maddelerinin Madde Ayırt Edicilik İndeks Aralığına Göre Yorumları ve Madde Sayısı

Madde Ayırt Edicilik İndeks Aralığı	Yorum	Madde Sayısı
Negatif ve 0,15	Çıkarılmalıdır	17
0,16-0,19	Düzeltilbilir	7
0,20-0,30	Kullanılabilir	7
0,31-0,40	İyi	9
0,41 ve üstü	Çok iyi	9

Kalan 25 soru maddesinin güçlük indeksi 0,84'ün üstünde olan 4 soru maddesi başarı testinden çıkarıldı (Tablo 2).

Nihai Teste Alınan Sorular ve Test İstatistikleri

Madde ayırt edicilik indeksi (r_{jx}) ve Madde güçlük indeksi (p) değerleri incelendiğinde 2, 5, 7, 8, 10, 11, 12, 15, 19, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 39, 40, 43, 45 ve 46 numaralı soru maddelerinin intramüsküler enjeksiyon konusuna ilişkin hedef ve davranışları karşılaması ve ' r_{jx} ' değerleri 0,25'ten büyük olduğu için doğrudan nihai başarı testine alındı (Tablo 2).

Nihai Testin Ortalama Güçlüğü

Testin ortalama güçlüğü madde güçlük indeksi toplamının soru sayısına bölümü ile bulunur. Çalışmamızda 21 soru maddesinden oluşan nihai testin ortalama madde güçlüğü $\bar{p}=12,37/21=0,59$ olarak hesaplandı (Tablo 4).

Bir testteki her soru maddesinin güçlük değeri farklı olsa da bunların ortalaması alınarak testin ortalama güçlülüğü bulunabilir. Testin ortalama güçlülüğünün 0,50 civarında bir değerde olması istenir.²⁶ Bu durumda nihai testin, başarı testleri için istenilen ortalama güçlük düzeyinde olduğunu göstermektedir.

Test Puanlarının Standart Sapma ve Varyansı

Test puanlarının standart sapmasını hesaplamak için madde güvenilirlik katsayıları toplanır.

$$S_x=3,77 \text{ (Tablo 4)}$$

Test puanlarının varyansı, test puanlarının standart sapmasının karesine eşittir.

$$S_x^2=3,77=14,21$$

Tablo 4. Nihai Teste Seçilen Soru Maddelerin İstatistikleri

Deneme Testi	Nihai Test	Madde Güçlük İndeksi (p)	Madde Varyansı (s _j ²)	Madde Standart Sapması (s _j)	Madde Ayırt Edicilik İndeksi (r _{jx})	Madde Güvenirlik Katsayısı (r _j)	
Madde no	Madde no	p	s _j ² = p · q	s _j = √p · q	r _{jx}	r _j = r _{jx} · s _j	
	2	1	0,56	0,24	0,49	0,68	0,33
	5	2	0,70	0,21	0,45	0,43	0,19
	7	3	0,36	0,23	0,48	0,37	0,18
	8	4	0,59	0,24	0,49	0,50	0,25
	10	5	0,70	0,21	0,45	0,25	0,11
	11	6	0,49	0,24	0,49	0,25	0,12
	12	7	0,82	0,15	0,38	0,50	0,19
	15	8	0,38	0,24	0,49	0,31	0,15
	19	9	0,61	0,24	0,49	0,31	0,15
	21	10	0,73	0,19	0,43	0,43	0,18
	22	11	0,59	0,24	0,49	0,43	0,21
	23	12	0,52	0,25	0,50	0,25	0,13
	24	13	0,73	0,19	0,43	0,50	0,22
	25	14	0,64	0,23	0,48	0,25	0,12
	26	15	0,82	0,15	0,38	0,43	0,16
	27	16	0,68	0,22	0,46	0,37	0,17
	39	17	0,31	0,21	0,45	0,31	0,17
	40	18	0,47	0,25	0,50	0,37	0,19
	43	19	0,75	0,18	0,42	0,50	0,21
	45	20	0,42	0,24	0,49	0,31	0,15
	46	21	0,50	0,25	0,50	0,37	0,19
TOPLAM			12,37	4,60	9,74	8,12	3,77

Kuder Richardson-20 (KR-20) Güvenirlik Katsayısı

İki seçenekli kodlanan testlerde (yanlış cevaplar için '0', doğru cevaplar için '1' değeri kodlanır) Cronbach alfa ve KR-20 katsayılarının birbirine eşit olduğu belirtilmektedir.²⁷⁻²⁸ Bu çalışmamızda KR-20 katsayısı hesaplandı. İntramüsküler enjeksiyon başarı testinin iç tutarlılığını hesaplamak için aşağıdaki formül kullanılarak KR-20 değeri aşağıdaki formül ile hesaplandı.

$$KR-20 = K / (K-1) \cdot [1 - (\sum p \cdot q) / S_x^2]$$

K = Testteki soru maddesi sayısı

p = Madde güçlüğü

q = 1-p

S_x² = Test varyansı

Bu formüle göre;

$$KR-20 = 21 / (21-1) \cdot [1 - 4,6 / 14,21] = 0,71$$

Araştırmalarda kullanılacak ölçme araçlarının güvenirlilik düzeyinin alt sınırı 0,70'dir. Çalışmamızda elde edilen 0,71 değeri intramüsküler enjeksiyon başarı testinin; geçerli ve güvenilir olduğunu göstermektedir.^{23,29}

Geliştirilen İntramüsküler Enjeksiyon Uygulaması Başarı Testinden Örnek Sorular

1. Aşağıda intramüsküler (IM) enjeksiyon ile ilgili verilen bilgilerden **yanlış olanı işaretleyiniz.**

a) İntramüsküler enjeksiyonlar yenidoğanlarda vastus lateralis kasına uygulanmalıdır.

b) Ventrogluteal bölge yetişkinlerde en güvenli IM ilaç uygulama yeridir.

c) İntramüsküler enjeksiyonlarda iğnenin dokuya giriş açısı bütün bölgelerde 90°'dir.

d) Rektus femoris kasına uygulanan enjeksiyonlarda siyatik sinir zedelenme riski vardır.

e)Deltoid kası altı yaşından küçüklerde kullanılmamalıdır.

2.Aşağıdaki kas/bölgelerden hangisi intramüsküler enjeksiyon uygulaması için önerilmemektedir?

- Dorsogluteal bölge
- Ventrogluteal bölge
- Deltoid kası
- Vastus lateralis kası
- Rectus femoris kası

3.Aşağıdakilerden hangisi intramüsküler yoldan ilaç uygulama ile ilişkili gelişebilecek komplikasyonlardan biri değildir?

- Sinir yaralanması
- Kemik yaralanması
- Tromboflebit
- Kas veya kemik enfeksiyonu
- Steril apse

4. İnamüsküler enjeksiyonlarla ilgili olarak aşağıda verilen ifadelerden hangisi doğrudur?

a)Ventrogluteal bölge zorunlu olmadıkça kullanılmamalıdır.

b)Gluteus maximus kası bebekler 7 aylık oluncaya kadar kullanılmamalıdır.

c)Dorsogluteal bölgenin kullanılması siyatik sinir zedelenme riskini azaltmaktadır.

d) İğnenin dokuya giriş açısı her zaman 90° dir.

e)Yetişkinlerde deltoid bölgeye verilebilecek maksimum ilaç miktarı 2,5 ml" dir

5. Hemşire intramüsküler enjeksiyon yaparken enjektöre kan gelirse ne yapmalıdır?

a)Enjektörü çıkarmalı ve yeni bir iğne takmalı

b) Enjektör atılmalı ve yeni bir enjeksiyon hazırlanmalı

c)İşlem durdurulmalı ve doktora bildirilmeli

d)Enjektör hafifçe geri çekilmeli ve çözelti enjektörde edilmeli

e) Enjeksiyona devam edilmeli

SONUÇ VE ÖNERİLER

İnamüsküler enjeksiyon konusunda geliştirilen bu başarı testi, hemşirelik öğrencilerine uygulanabilir, geçerli bir ölçektir. Testin hazırlanması aşamasında bazı ön çalışmaların yapılması eksikliklerin ortaya çıkmasını ve öğrencilerin testi cevaplaması için gerekli sürenin tespit edilmesini sağlamıştır. Öğrencilerin IM enjeksiyona ilişkin sahip oldukları bilgi ve bu konudaki eksikleri belirlenmesini sağlayarak eğitmen ve öğrencilere gelecek eğitim planlamaları açısından fırsat tanımaktadır. İnamüsküler enjeksiyon başarı testi 21 soru maddesinden oluşmuştur. Testin ortalama güçlüğü 0,59, KR-20 güvenilirlik katsayısı ise 0,71 olarak

hesaplanmıştır. Elde edilen veriler doğrultusunda hazırladığımız başarı testi geçerli ve güvenilir bir testtir.

Geliştirilmiş olan bu başarı testi ile ilgili geçerlik ve güvenilirlik çalışmalarından elde edilen bulguların çerçevesinde eğitimde daha etkin kullanılabilmesi için bazı önerilerde bulunulabilir. Yapılacak çalışmalarda örneklem sayısını fazla tutmak ve öğrencileri farklı eğitim-öğretim kurumlarından seçmek çalışmayı daha da kuvvetlendirecektir. Ayrıca geliştirilen bu başarı testinin kullanılacağı araştırmaların yapılması ölçme gücüne önemli katkılar sağlayacaktır.

KAYNAKLAR

- Ferguson, A, Delaney, B, Hardy, G. (2014). "Teaching Medication Administration Through Inovative Simulation." Teaching and Learning in Nursing, 9, 64-68.
- Meechan, R, Jones, H, Valler-Jones, T. (2011). "Do Medicines OSCEs Iprove Drug Administration Ability?" British Journal of Nursing, 20 (13), 817-822.
- Çırpı, F, Merih, Y.D, Kocabey, MY. (2009). "Hasta Güvenliğine Yönelik Hemşirelik Uygulamalarının ve Hemşirelerin Bu Konudaki Görüşlerinin Belirlenmesi." Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi, 2, 26-34.
- Hemşirelik Yönetmeliği. (2010). Resmi Gazete, 27515 8.3.2010.

5. Malkin, B. (2008). "Are Techniques Used for Intramuscular Injection Based on Research Evidence?" *Nursing Times*, 104, 48-51.
6. Kara, D, Uzelli, D, Karaman, D. (2015). "Using Ventrogluteal Site in Intramuscular Injections is a Priority or an Alternative?" *International Journal Of Caring Sciences*, 8 (2), 507.
7. Nicoll, L.H, Hesby, A. (2002). "Intramuscular Injection: an Integrative Research Review and Guideline for Evidence-Based Practice." *Applied Nursing Research*, 16 (2),149-162.
8. Greenway, K. (2004). "Using The Ventrogluteal Site for Intramuscular Injection." *Nursing Standard*, 18 (25), 39-42.
9. Perry, A.G, Potter, P.A, Ostendorf, W.R. (2014). *Clinical Nursing Skills and Techniques* (8. Edition). St. Louis: Mosby.
10. Floyd, S, Meyer, A. (2007). "Intramuscular Injections—What's Best Practice?" *Nursing New Zealand*, 13 (6), 20-22.
11. Cocoman, A, Murray, J. (2010). "Recognizing the Evidence and Changing Practice on Ijection Site." *British Journal of Nursing*, 19 (18), 1170-1174.
12. Gülnar, E, Çalışkan, N. (2014). "Hemşirelerin Ventrogluteal Bölgeye İntramüsküler Enjeksiyon Uygulamasına Yönelik Bilgi Düzeylerinin Belirlenmesi." *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*, 7 (2), 70-77.
13. Tuğrul, E, Denat, Y. (2014). "Hemşirelerin Ventrogluteal Alana Enjeksiyon Uygulamaya İlişkin Bilgi, Görüş ve Uygulamaları." *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*, 7 (4), 275-284.
14. Gülnar, E, Özveren, H. (2016). "An Evaluation of The Effectiveness of a Planned Training Program for Nurses on Administering Intramuscular Injections into The Ventrogluteal Site." *Nurse Education Today*, 36, 360-363.
15. Demir, N, Kızılay, E, Bektaş, O. (2016). "7. Sınıf Çözümler Konusunda Başarı Testi Geliştirme: Geçerlilik ve Güvenirlik Çalışması." *Necatibey Eğitim Fakültesi Elektronik Fen ve Matematik Eğitimi Dergisi*, 10 (1), 209-237.
16. Can Şen, H, Eryılmaz, A. (2011). "Bir Başarı Testi Geliştirme Çalışması: Basit Elektrik Devreleri Başarı Testi Geçerlilik ve Güvenirlik Araştırması." *Yüzüncü Yıl Eğitim Fakültesi Dergisi*, 8 (1), 1-39.
17. Gönen, S, Kocakaya, S, Kocakaya, F. (2011). "Dinamik Konusunda Geçerliliği ve Güvenirliği Sağlanmış Bir Başarı Testi Geliştirme Çalışması." *Yüzüncü Yıl Eğitim Fakültesi Dergisi*, 8 (1), 40-57.
18. Akbulut, H. İ, Çepni, S. (2013). "Bir Üniteye Yönelik Başarı Testi Nasıl Geliştirilir?: İlköğretim 7. Sınıf Kuvvet ve Hareket Ünitesi." *Amasya Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 2 (1), 18-44.
19. Çalık, M, Ayas, A. (2003). "Çözümlerde Kavram Başarı Testi Hazırlama ve Uygulama." *Pamukkale Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 2 (14), 1-17.
20. Atabek Aştı, T, Karadağ, A. (2011) *Klinik Uygulama Becerileri ve Yöntemleri*. Adana: Nobel Kitabevi.
21. Lynn, P. (2011) *Taylor's Clinical Nursing Skills*, Lippincott Williams and Wilkins, 3.Edition.
22. Turgut, M. F, Baykul, Y. (2010). *Eğitimde Ölçme ve Değerlendirme*. Ankara: PegemA Yayıncılık.
23. Özçelik, D. A. (2010). *Test Hazırlama Kılavuzu*. Ankara: PegemA Yayıncılık.
24. Atılğan, H, Doğan, N, Kan, A. (2006). *Eğitimde Ölçme ve Değerlendirme* (Ed.Hakan Atılğan). Ankara: Anı Yayıncılık.
25. Yılmaz, H. (2012). *Eğitimde Ölçme ve Değerlendirme*. Ankara: Çizgi Kitabevi.
26. Çepni, S, Bayrakçeken, S, Yılmaz, A, Yücel, C, Semerci, Ç, Köse, E, Sezgin, F, Demircioğlu, G ve Gündoğdu, K. (2008). *Ölçme ve Değerlendirme*. Ankara: Pegem Akademi.
27. Bademci, V. (2006). "Tartışmayı Sonlandırmak: Cronbach'ın Alfa Katsayısı, İki Değerli (0, 1) Ölçümlenmiş Maddeler ile Kullanılabilir." *Kazım Karabekir Eğitim Fakültesi Dergisi*, 13, 438-446.
28. Çakır, M, Aldemir, B. (2011). "İki Aşamalı Genetik Kavramlar Tanı Testi Geliştirme ve Geçerlilik Çalışması." *Mustafa Kemal Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 8 (16), 335-353.
29. Pilten, P. (2008). "Matematiksel Muhakemeyi Değerlendirme Ölçeği: Ölçek Geliştirme, Güvenirlik ve Geçerlilik Çalışması." *Selçuk Üniversitesi Ahmet Keleşoğlu Eğitim Fakültesi Dergisi*, 25, 297-316.

Ergenlerde Çevresel Risk Algısının Belirlenmesi

Determining the Environmental Risk Perception of Adolescents

Adile TÜMER¹, Adem SÜMEN²

ÖZ

Araştırma ergenlerin çevresel risk algısını ve bazı değişkenlerle ilişkisini incelenmek amacıyla yapılmıştır.

Tanımlayıcı ve kesitsel tipte tasarlanan bu araştırma 2015 yılında Muğla'da iki farklı lisede yapılmıştır (N=525). Örneklemeye gidilmemiş, çalışmaya katılmayı kabul eden ve yazılı izin alınan 473 öğrenciden veri toplanmıştır. Veri toplama aracı olarak, "Tanımlayıcı özellikler soru formu" ve "Çevresel Risk Algısı Ölçeği" kullanılmıştır. Verilerin değerlendirilmesi SPSS 20,0 paket programında, tanımlayıcı istatistikler, bağımsız guruplarda t testi ve tek yönlü varyans analizi ile yapılmıştır. Araştırma için ölçek kullanım izni, etik kurul izni, araştırmanın yapıldığı kurumdan ve öğrencilerden yazılı izin alınmıştır.

Araştırma kapsamına alınan öğrencilerin yaş ortalaması 16,22±1,07 ve %70,2'si kız öğrencidir. Öğrencilerin %74,8'inin ailesinde çevre konusunun konuşulduğu, %72,7'sinin konuyu ilgi çekici bulduğu ve %50,3'ünün derslerde çevre konusunun işlendiğini ifade ettiği belirlenmiştir. Araştırmada öğrencilerin Çevresel Risk Algısı Ölçeği puan ortalamasının 5,75±1,23 olduğu saptanmıştır. Sınıf düzeyi, gelir durumu, çevre konusunun ilgisini çekmesi, ailede çevre konusunun konuşulması ve lisedeki derslerde işleniyor olması gibi bağımsız değişkenlere göre çevresel risk algısı puan ortalamasında anlamlı fark belirlenmiştir (p<0,05).

Öğrencilerin çevresel risk algısının iyi düzeyde olduğu; ailede ve okulda çevre konusunun ele alınıyor olmasının bu algıyı daha da güçlendirdiği söylenebilir. Tüm okul müfredatlarında çevre sağlığı derslerinin olması ve yaygınlaştırılmasının, konuyla ilgili farkındalığı artıracak, dolayısıyla toplum sağlığına katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Çevre, Çevre sağlığı, Ergen.

ABSTRACT

This study aimed to examine the environmental risk perception of adolescents and its relationship with some variables.

This descriptive and cross-sectional study was conducted in two different high schools in Muğla in 2015. Samples were not selected; instead, data were obtained from 473 students who agreed to participate. The data were collected using a "Descriptive Characteristics Questionnaire" and the "Environmental Risk Perception Scale." The data were analyzed using descriptive statistics, independent group t-tests, and one-way analysis of variance. Permission to implement the scale, ethical committee approval, institutional permissions, and written permission from students were obtained.

The mean age of students was 16.22 ± 1.07 years, and 70.2% of them were female. Of the students, 74.8% said that the subject of the environment was discussed in their family, and 72.7% said that they were interested in this subject. The mean score of students on the Environmental Risk Perception Scale was 5.75 ± 1.23. The three highest risks perceived by the students were canalization, radiation, and hazardous waste. The three lowest risks perceived by the students were overgrazing, commercial fishery, and sportive hunting. Class level, income level, being interested in the environment, discussing the environment in family settings, and learning about these subjects in classes in high school affected the mean scores of environmental risk perception (p<0.05).

Students had good levels of environmental risk perception. This might have been strengthened by the fact that this subject is taught in school and discussed in the students' families. All school syllabi should include the subject of environmental health and generalize the information to increase student awareness of this subject. This may contribute to community health.

Keywords: Environment, Environmental health, Adolescent.

Ulusal Halk Sağlığı Hemşireliği Kongresi'nde poster bildiri olarak sunulmuştur. 17-20 Haziran 2015, İzmir, Türkiye.

Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Bilimsel Araştırmalar ve Yayın Etiği Kurulu'ndan etik kurul izni (Tarih: 07.01.2015, Karar no: 1) alınmıştır.

¹Dr. Öğr. Üyesi Adile TÜMER Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, tadile@mu.edu.tr, ORCID: 0000-0002-3078-6468

²Öğr. Gör. Dr. Adem SÜMEN, Akdeniz Üniversitesi, Kumluca Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, ademsumen@akdeniz.edu.tr, ORCID: 0000-0002-8876-400X

İletişim / Corresponding Author: Adile TÜMER
e-posta/e-mail: tadile@mu.edu.tr

Geliş Tarihi / Received: 07.10.2019
Kabul Tarihi/Accepted: 27.04.2020

GİRİŞ

Çevre, yaşamsal faaliyetlerin sürdüğü ve canlıların karşılıklı etkileşim içerisinde buldukları yaşam ortamı olarak tanımlanmaktadır. Sağlıklı bir çevrede yaşamak herkesin sahip olması gereken bir haktır fakat çağımızın en önemli konularından biri de çevre sorunlarıdır.^{1,2} Günümüzde herkes ekolojik dengedeki bozulmadan, hızlı nüfus artışından, endüstrileşme ve kaynakların sınırsız bir şekilde kullanılmasından, nükleer santrallerden kaynaklanan radyoaktif kirlenmelerden, hormonlu besinlerden, suyun kirlenmesinden, doğal kaynakların tükenmesinden, bitki ve hayvan türlerinin yok olmasından yakınmaktadır.³

Çevresel problemlerin ortaya çıkardığı sorunlar çevre sağlığını, dolayısıyla toplum sağlığını olumsuz etkilemektedir.⁴ Halk sağlığı hemşireleri, sağlık ihtiyaçlarının sürekli değişmesi karşısında eğitim, danışmanlık, araştırma, liderlik fonksiyonlarını daha geniş kapsamlı ve etkili olarak yerine getirmelidir. Çevre sorunlarının doğru ve zamanında çözümlenmesi insanların daha sağlıklı, güvenli bir çevrede yaşamalarını sağlayacaktır.^{5,6} Toplumdaki bütün bireyler çevresel risklerin farkında olup, çevreyi koruma duyarlılığına sahip olması ve çaba göstermesi toplumsal bir görevdir.⁷

Çevre kaynaklı sorunlarla mücadelede çevreye karşı sorumlu bireyler yetiştirmek en etkili ve kalıcı çözümdür.^{8,9} Tüm bireylerin hedef kitleyi oluşturduğu çevre eğitimde amaç, çevre koruma davranışının geliştirilmesi olmalıdır. Bunun yanında çevre risk algısı yüksek olan, bunu tutum ve davranışa dönüştürebilecek bireylerin yetiştirilmesi hedeflenmelidir. Duyarlı ve bilinçli bir toplumun oluşması için çevre eğitimi küçük yaşlardan itibaren verilmelidir.¹⁰

Okul öncesi eğitimden başlayarak müfredat programlarında çevre ve doğayla ilgili ayrı bir ders bulunmamakta olup eğitim kademelerinin düzeyine paralel yoğunluğu giderek artan konular bulunmaktadır. Hayat Bilgisi, Sosyal Bilgiler, Coğrafya, Fen Bilimleri, Fen ve Teknoloji, Biyoloji, Sağlık Bilgisi ve Kimya derslerinin ünitelerinde çevre ve doğa konusunda ilişkilendirmeler yapılmakta, doğrudan veya dolaylı birtakım kazanımlara yer verilmektedir.⁹⁻¹¹ Bu çalışmada, kişilik yapısı oluşmaya, sosyal/toplumsal bir birey olarak varlığını göstermeye başlayan ergenlerde çevresel risk algısının ve bazı değişkenler ile ilişkisinin incelenmesi amaçlanmıştır.

MATERYAL VE METOT

Araştırmanın Tipi

Bu araştırma, tanımlayıcı ve kesitsel tipte bir çalışmadır.

Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, Muğla ili Menteşe - Şifa Hatun Muğla Mesleki ve Teknik Anadolu Lisesi ve Yatağan - Yatağan Mesleki ve Teknik Anadolu Lisesi'nde öğrenim gören öğrenciler oluşturmuştur (N=525). Araştırmada örnekleme yöntemine gidilmemiş öğrencilerin tamamı alınmıştır. Ulaşılabilen, araştırma konusunda bilgilendirilen ve araştırmaya gönüllü katılan 473 öğrenciden veriler toplanmıştır. Araştırmaya katılım oranı %91'dir.

Verilerin Toplanması

Veriler Ocak-Mart 2015 tarihleri arasında tarihleri arasında araştırmacılar tarafından, sınıf ortamında, anket yöntemi ile toplanmıştır. Veriler öz bildirime dayalıdır. Veri toplama formu olarak; "Tanımlayıcı Özellikler Soru Formu" ve "Çevresel Risk Algısı Ölçeği (ÇRAÖ)" kullanılmıştır.

Tanımlayıcı Özellikler Soru Formu: Araştırmacı tarafından, literatür doğrultusunda geliştirilen formda; yaş, cinsiyet, sınıf, aile tipi, kardeş sayısı, anne-babanın eğitim durumu, en uzun süre yaşanan yer, gelir durumunu sorgulayan 10 soru ve çevre ile ilgili ailede konuşulması, ilgini çekme, eğitim alma, bilimsel etkinliğe

katılma, kuruluşa üye olma durumunu sorgulayan beş soru olmak üzere toplam 15 soru yer almıştır. Çevresel Risk Algısı Ölçeği: Türkçeye Altınoğlu ve Atav (2009) tarafından uyarlanan ÇRAÖ, 24 maddeden oluşan, yedili likert tipi bir ölçektir. Ölçekten alınabilecek en yüksek madde toplam puan ortalaması yedi, en düşük birdir. Ölçekten alınan puan ortalamasının artması çevresel risk algısının yüksek olduğunu, azalması ise düşük olduğunu göstermektedir. Ölçeğin cronbach alpha katsayısı 0,89'dur. Ölçeğin "ekolojik riskler", "kimyasal atık riski", "küresel çevre riskleri" ve "kaynakların tükenmesi riski" olmak üzere dört alt boyutu bulunmaktadır.¹² Bu çalışmada ölçek Cronbach alpha katsayısı 0,97 olarak belirlenmiştir.

Verilerin Analizi

Verilerin değerlendirmesi SPSS 20,0 paket programında gerçekleştirilmiştir. Verilerin

analizinde, tanımlayıcı istatistikler (sayı, yüzde, ortalama, standart sapma), bağımsız gruplarda t testi ve tek yönlü varyans analizi; gruplar arasındaki farklılıkları saptamak için Tukey ve Hochberg testi kullanılmıştır. Sonuçlar %95 güven aralığında ve $p < 0,05$ anlamlılık düzeyinde değerlendirilmiştir.

Araştırmanın Etik Yönü

Araştırma için ölçek sahiplerinden kullanım izni, Muğla İl Milli Eğitim Müdürlüğü'nden kurum izni (Tarih: 19/022015, Sayı: 70004082/20/1894731), Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Bilimsel Araştırmalar ve Yayın Etiği Kurulu'ndan etik kurul izni (Tarih: 07.01.2015, Karar no: 1) ve katılımcıların aydınlatılmış onamları alınmıştır.

BULGULAR VE TARTIŞMA

Araştırma kapsamına alınan öğrencilerin yaş ortalamasının $16,22 \pm 1,07$, %70,2'sinin kadın ve %29,4'ünün birinci, %27,7'sinin ikinci, %24,9'unun üçüncü, %18,0'inin dördüncü sınıf olduğu saptanmıştır. Annelerin %73,4'ü, babaların %63,6'sının ilköğretim mezunu oldukları ve %67,2'sinin gelir-gider durumunun eşit olduğu belirlenmiştir. Öğrencilerin %45,9'unun en uzun süre köy/kasabada yaşadığı, %86,5'inin çekirdek aileye ve %85,6'sının 2-3 kardeşe sahip olduğu saptanmıştır (Tablo 1).

Tablo 1. Öğrencilerin Sosyo-Demografik Özelliklerinin Dağılımı

Değişkenler	Sayı	%
Yaş	$16,22 \pm 1,07$	
Cinsiyet		
Kız	332	70,2
Erkek	141	29,8
Sınıf		
1, sınıf	139	29,4
2, sınıf	131	27,7
3, sınıf	118	24,9
4, sınıf	85	18,0
Aile Tipi		
Çekirdek aile	409	86,5
Geniş aile	44	9,3
Parçalanmış aile	20	4,2

Tablo 1 (Devamı), Öğrencilerin Sosyo-Demografik Özelliklerinin Dağılımı

Değişkenler	Sayı	%
Kardeş Sayısı		
Tek çocuk	33	7,0
2-3 kardeş	405	85,6
4 Kardeş ve üzeri	35	7,4
Annenin Eğitim Durumu		
İlköğretim	347	73,4
Lise	112	23,7
Üniversite	14	2,9
Babanın Eğitim Durumu		
İlköğretim	301	63,7
Lise	117	24,7
Üniversite	55	11,6
Yerleşim Birimi		
İl merkezi	131	27,7
İlçe merkezi	125	26,4
Köy/kasaba	217	45,9
Gelir Durumu		
Gelir giderden az	99	20,9
Gelir gidere denk	318	67,2
Gelir giderden fazla	56	11,8
Toplam	473	100

Çevre konusunun öğrencilerin %74,8'i ailesinde konuşulduğunu, %72,7'si ilgisini çektiğini, %50,3'ü derslerde işlendiğini,

%33,8'i bilimsel etkinliğe katıldığını, %8,0'i bir çevre kuruluşuna üye olduğunu belirtmiştir (Tablo 2).

Tablo 2. Öğrencilerin Çevre Konularına Yönelik Görüşlerinin Dağılımı

Değişkenler	Evet		Hayır	
	n	%	n	%
Ailede konuşulması	354	74,8	119	25,2
Konunun ilgisini çekmesi	344	72,7	129	27,3
Derslerde eğitim alma	238	50,3	235	49,7
Bilimsel etkinliğe katılma	160	33,8	313	66,2
Bir kuruluşa üye olma	38	8,0	435	92,0

Öğrencilerin ÇRAÖ puan ortalamasının $5,75 \pm 1,23$ olduğu, ölçek alt boyutlarından $5,88 \pm 1,21$ puan ortalaması ile en yüksek algının kimyasal atık riskinde olduğu ve bunu sırasıyla küresel çevre riskleri ($5,81 \pm 1,32$), ekolojik riskler ($5,78 \pm 1,28$) kaynakların tükenme riski ($5,48 \pm 1,60$) puan ortalamalarının takip ettiği belirlenmiştir (Tablo 3).

Tablo 3. Öğrencilerin Çevresel Risk Algısı Toplam Puan Ortalamaları

Ölçekler	X ± SS
Çevresel Risk Algısı Ölçeği	$5,75 \pm 1,23$
Alt Boyutlar	Küresel Çevre Riskleri $5,81 \pm 1,32$
	Kimyasal Atık Riski $5,88 \pm 1,21$
	Ekolojik Riskler $5,78 \pm 1,28$
	Kaynakların Tükenme Riski $5,48 \pm 1,60$

Bu araştırmada öğrencilerin ÇRAÖ toplam puan ortalamasının orta düzeyin üzerinde olduğu belirlenmiş olup, ölçek madde puan ortalamalarına göre ergenler tarafından çevresel risklerin önemli olarak algılandığı söylenebilir. Benzer şekilde ÇRAÖ toplam puan ortalamasını Sam ve arkadaşları (2010) üniversite öğrencilerinde $4,23$,¹⁴ Kaya ve arkadaşları (2012) öğretmen adaylarında $4,32 \pm 0,61$,¹⁵ Sayan ve Kaya (2016) hemşirelik öğrencilerinde $6,04 \pm 0,81$,¹⁶ Selçuk ve arkadaşları (2016) hemşirelik öğrencilerinde $4,9 \pm 0,9$ ¹⁷ tespit ederek ortalamasının üzerinde bulmuştur.

Öğrencilerin ÇRAÖ'ye ait 23 maddenin puan ortalamalarından en yüksek ilk üç riskin

kimyasal atık riski alt boyutuna ait ve bunların sırasıyla kanalizasyon ($6,02 \pm 1,38$), radyasyon ($5,99 \pm 1,35$) ve tehlikeli atıklar ($5,94 \pm 1,35$) riski olduğu belirlenmiştir. En düşük ilk üç riskin ise kaynakların tükenmesi riskine ait ve bunların sırasıyla aşırı otlatma ($5,33 \pm 1,81$), ticari balıkçılık ($5,37 \pm 1,83$) ve sportif avlanma ($5,58 \pm 1,73$) riski olduğu saptanmıştır (Tablo 4). Ölçek alt boyutlarından Kimyasal Atık Riskinin en yüksek puan ortalamasına sahip olduğu belirlenmiş ve burada algılarda sırasıyla kanalizasyon, radyasyon, tehlikeli atıklar, kalıcı zehirli organik bileşikler, ağır metaller, ötrofikasyon ve pestisitlerin izlediği görülmüştür. Muğla ili 2017 yılı çevre durum raporu sonuçlarında çalışma sonuçlarımıza benzer olarak kanalizasyon sisteminin ve merkezi atık su arıtma tesislerinin yetersiz olması birinci öncelikli çevre sorunu olarak belirtilmiştir. Katı atık depolama tesislerinin yetersizliği ikinci, termik santrallerinin çıkardığı baca gazları ve ısınmadan kaynaklanan hava kirliliği üçüncü öncelikli sorun olarak değerlendirilmiştir.¹⁸ Maddelerden alınan puanların yüksekliği ve rapor sonuçları Muğla ilinin mevcut çevre sorunlarına yönelik ergenlerin farkındalıklarının olduğunu göstermektedir. Yine raporda orman, mera, sulak alan, kıyı, biyolojik çeşitlilik ve habitat kaybı gibi nedenlerle doğal çevrenin tahribatı en son öncelikli sorun olarak yer alırken¹⁸ bu çalışmada da aşırı otlatma, ticari balıkçılık, sportif avlanma maddelerinin yer aldığı kaynakların tükenme riski puan ortalamasının en düşük olduğu belirlenmiştir.

Araştırma sonuçlarıyla uyumlu olarak çeşitli çalışmalarda da en önemli görülen çevre riskinin kimyasal atıklardan kaynaklanan riskler olduğu tespit edilmiş; ilk üçü sırayla Slimak ve Dietz (2006) tehlikeli atık alanları, kalıcı zehirli organik bileşikler, kanalizasyon;¹⁹ Sam ve arkadaşları (2010) radyasyon, tehlikeli atık alanları ve kanalizasyon;¹⁴ Sayan ve Kaya (2016) radyasyon, tehlikeli atıklar, genetiği değiştirilmiş tarım ürünleri¹⁶ olarak belirlemiştir. Çevre sağlığına yönelik bilgi kaynaklarının ergenlerin risk algısı sıralamasının oluşumunda etkili olduğunu düşündürmektedir. Özellikle görsel medyada

çevresel risk konularının ilk sıralarda yer aldığı ve böylece ilgili riskler hakkında duyarlılığın daha çok olduğu tahmin edilmektedir. Konuyla ilgili yapılan çalışmalarda, araştırmaya katılanların

algılarının zamana göre değiştiği, yaşadıkları bölgeye ait çevresel riskleri daha çok ön plana çıkardıkları ve bunlarla ilgili daha duyarlı oldukları belirtilmektedir.^{12,14-17,20}

Tablo 4. Öğrencilerin Çevresel Risk Algısı Ölçeği'ne Ait Puan Ortalamaları

Soru No	Risk Maddeleri	Alt boyutlar	Ortalama	Standart Sapma	Sıralama
1	Asit yağmurları	KÇR	5,85	1,51	5
2	Sera etkisi	KÇR	5,90	1,38	4
3	Ozon tabakasının incilmesi	KÇR	5,78	1,48	12
4	Petrol çıkarma	KÇR	5,70	1,45	16
5	Tehlikeli atıklar	KAR	5,94	1,35	3
6	Radyasyon	KAR	5,99	1,35	2
7	Kalıcı zehirli organik bileşikler	KAR	5,84	1,48	7
8	Ağır metaller	KAR	5,83	1,38	8
9	Pestisitler	KAR	5,64	1,54	18
10	Ötrofikasyon	KAR	5,74	1,50	15
11	Kanalizasyon	KAR	6,02	1,38	1
12	Genetiği değiştirilmiş tarım ürünleri	ER	5,80	1,48	10
13	İstilacı türler	ER	5,75	1,50	14
14	Ormanlarda kesim	ER	5,80	1,45	11
15	Habitatların bozulması	ER	5,82	1,49	9
16	Baraj yapımı	ER	5,69	1,57	17
17	Sulak alanların kaybı	ER	5,78	1,53	13
18	İç suların kimyasal kirliliği	ER	5,85	1,44	6
19	Açık madencilik	KTR	5,64	1,62	19
20	Aşırı otlatma	KTR	5,33	1,81	23
21	Sportif avlanma	KTR	5,58	1,73	21
22	Ticari balıkçılık	KTR	5,37	1,83	22
23	Nüfus artışı	KTR	5,62	1,70	20

KÇR: Küresel Çevre Riski, KAR: Kimyasal Atık Riski, ER: Ekolojik Riskler, KTR: Kaynakların Tükenmesi Riski

Öğrencilerin bazı değişkenler ile ÇRAÖ madde puan ortalamaları incelenmiştir (Tablo 5). Literatürde çevresel risk algıları üzerinde sosyodemografik özelliklerden yaşın, cinsiyetin, sınıfın, aile tipinin, kardeş sayısının, anne-baba eğitim durumunun, yaşanılan bölgenin, gelir durumunun, çevre konularına ilgi durumunun, çevre eğitimi almanın, çevre kuruluşlarına üye olmanın etkili olabileceği vurgulanmaktadır.^{12,14,20-25} Ergenlerin cinsiyeti ile çevresel risk algısı puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık görülmemiştir ($p>0,05$). Bu bulguyu destekleyen çalışma sonuçları olmakla birlikte,¹⁵⁻²⁵⁻²⁷ bu konuda yapılan birçok çalışmada cinsiyetin, çevre risk algısı

üzerinde etkili olduğu ve kadınlarda daha yüksek olduğu bulunmuştur.^{14,16,17,20,28} Dördüncü sınıf öğrencilerinin diğer sınıflara göre daha yüksek risk algısı puan ortalamalarına sahip oldukları görülmüştür ($p<0,001$). Bu sonuç yaşla birlikte sınıf düzeyi de arttıkça bilgi birikiminin yükselmesine bağlı olarak ergenlerde çevresel riskler konusundaki farkındalığın ve çevreye karşı duyarlılığın daha da arttığını düşündürmektedir. Yılmaz ve arkadaşları (2002) ortaöğretim ve üniversite öğrencileri ile yaptıkları çalışmada; öğrencilerin çevreyi korumanın anayasal bir zorunluluk olduğunu bilincinde olduğunu ve bu bilincin üst sınıflarda öğrenim gören öğrencilerle doğru

orantılı olarak arttığını belirtmiştir.²⁹ Aile ortamı, sosyalleşme sürecinin başladığı en önemli ortamlardan biri olup çevre sorunlarına karşı gerekli hassasiyetin ve sorumluluk bilincinin kazanılabileceği önemli bir ortamdır. Bu çalışmada aile tipinin ve kardeş sayısının ergenlerin çevre ile ilgili risk algılarını etkilemediği görülmüştür ($p>0,05$). Bazı çalışmalarda geniş aile tipinin ve kardeş sayısının artması kişilerin çevresel risk algılarını arttırdığı belirtilmiştir. Çalışmanın önemli sonuçlarından bir tanesi de gelir düzeyi düşük öğrencilerin ÇRAÖ toplam ve ekolojik riskler alt boyutu puan ortalamalarının gelir düzeyi yüksek olan öğrencilere göre daha fazla olmasıdır ($p<0,05$). Yapılan bazı çalışmalarda öğrencilerin gelir düzeyi ile çevreye yönelik risk algıları arasında anlamlı fark görülmemiştir.^{3,20,25} Ailede ekonomik seviye arttıkça paralel olarak çocuklara sağlanan eğitim imkanları da artmakta olup, ergenlerin çevreye yönelik risk algılarının olumlu yönde etkilenmesi gerektiği düşünülmektedir. Fakat bu durumun tam tersi sonuç çıkması çocukların çevreden koparılarak kapalı ortamlarda teknolojinin daha fazla olduğu imkanların sunulmasından kaynaklandığını düşündürmektedir. Öğrencilerin ebeveynlerinin eğitim düzeyi ile çevresel risk algıları arasında literatüre benzer şekilde fark olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$).^{3,25,30} Ailelerin çocuklarına çevre konusunda doğru rol modeli olabilmeleri için ebeveyn eğitimlerinin yapılması gerektiği düşünülmektedir.

Tablo 5’te öğrencilerin bazı değişkenler ile ÇRAÖ alt boyutlarından aldıkları madde puan ortalamaları incelenmiştir. Dördüncü sınıf öğrencilerin diğer sınıflara göre ($p<0,001$), ailede çevre konusunda konuşanların

($p<0,01$), çevre konusu ilgisini çekenlerin ($p<0,001$) ve derslerde eğitim alanların ($p<0,05$) “küresel çevre riski” ve “kimyasal atık riski” alt boyutlarından aldıkları madde puan ortalamasının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Dördüncü sınıf öğrencilerin diğer sınıflara göre ($p<0,001$), gelir durumu az olanların gelir giderden fazla olanlara göre ($p<0,05$), ailede çevre konusunda konuşanların ($p<0,01$), çevre konusu ilgisini çekenlerin ($p<0,001$) ve derslerde eğitim alanların ($p<0,05$) “ekolojik riskler” alt boyutundan aldıkları madde puan ortalamasının daha yüksek olduğu görülmüştür. Çevre konularını ailesinde konuşan, çevre konuları ilgisini çeken ve derslerde çevre ile ilgili eğitim alan ergenlerin çevresel risk algısı ve alt boyutları puanları daha yüksek çıkmıştır. Öğrencilerin çevre konularına yönelik ilgisinin olması, çevre sorunlarının aile ortamında konuşulması ve çevresel risk algılarını etkilemesi beklendik bir durumdur. Yetişen bireylerin çevre konularına olan farkındalığının artırılması ve çevre sorunlarına stratejik çözümler geliştirebilmesi için ilkokuldan başlayarak tüm eğitim basamaklarında çevre ile ilgili etkin derslerin olmasının gerektiği düşünülmektedir. Ergenlerde herhangi bir çevre kuruluşuna üye olma durumu ve çevre konusunda bir bilimsel etkinliğe katılma durumu ile çevresel risk algısı ve alt boyut puan ortalamaları arasında literatüre benzer şekilde bir fark görülmemiştir.^{25,31} Bu yüzden ergenlere çevreyle ilgili kuruluşların tanıtılması, ulaşılabilirliğinin sağlanması, seminer, panel, konferans gibi bilimsel çalışmalar düzenlenmesi konusunda desteklenmelidir.

Tablo 5. Öğrencilerin Bireysel Özellikleri ile Çevresel Risk Algısı Ölçeği Toplam ve Alt Boyutlarına Ait Madde Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Değişkenler	Özellikler	ÇRAÖ	Test/p	KÇR	Test/p	KAR	Test/p	ER	Test/p	KTR	Test/p
Cinsiyet	Kız	5,82±1,15	1,686 ¹	5,88±1,25	1,767 ¹	5,92±1,16	1,067 ¹	5,86±1,17	1,966 ¹	5,55±1,52	1,432 ¹
	Erkek	5,59±1,39	0,093	5,63±1,48	0,079	5,78±1,33	0,286	5,58±1,50	0,051	5,30±1,78	0,154
Sınıf	1. sınıf ^a	5,48±1,43		5,51±1,52		5,62±1,46		5,56±1,50		5,10±1,77	
	2. sınıf ^b	5,78±1,22	16,943 ² 0,000***	5,90±1,28	11,108 ² 0,000***	5,89±1,16	11,893 ² 0,000***	5,79±1,25	10,553 ² 0,000***	5,54±1,61	8,131 ² 0,000***
	3. sınıf ^c	5,56±1,07	d>a,b,c	5,58±1,23	d>a,b,c	5,70±1,04	d>a,b,c	5,56±1,13	d>a,b,c	5,37±1,46	d>a,b,c
	4. sınıf ^d	6,41±0,80		6,46±0,87		6,15±1,25		6,44±0,88		6,15±1,25	
Aile Tipi	Çekirdek aile	5,77±1,21		5,84±1,27		5,90±1,19		5,80±1,26		5,50±1,59	
	Geniş aile	5,55±1,31	0,624 ² 0,536	5,44±1,62	1,812 ² 0,164	5,67±1,25	0,753 ² 0,472	5,59±1,42	0,585 ² 0,558	5,40±1,52	0,288 ² 0,750
	Parçalanmış aile	5,75±1,23		5,85±1,63		5,84±1,62		5,88±1,53		5,25±2,03	
Kardeş Sayısı	Tek çocuk	5,92±1,42		5,96±1,48		5,97±1,44		5,96±1,45		5,73±1,57	
	2-3 kardeş	5,72±1,19	0,621 ² 0,538	5,78±1,29	0,393 ² 0,675	5,86±1,17	0,169 ² 0,845	5,75±1,24	0,610 ² 0,544	5,43±1,59	0,969 ² 0,380
	4 Kardeş ve üzeri	5,89±1,52		5,91±1,51		5,93±1,51		5,92±1,59		5,72±1,77	
Annenin Eğitim Durumu	İlköğretim	5,77±1,23		5,84±1,29		5,89±1,24		5,80±1,27		5,45±1,67	
	Lise	5,72±1,23	0,105 ² 0,901	5,69±1,43	0,577 ² 0,562	5,83±1,15	0,113 ² 0,893	5,71±1,33	0,221 ² 0,802	5,59±1,35	0,437 ² 0,646
	Üniversite	5,66±1,30		5,80±1,22		5,82±1,19		5,71±1,29		5,26±1,67	
Babanın Eğitim Durumu	İlköğretim	5,75±1,24		5,83±1,30		5,85±1,25		5,78±1,30		5,48±1,63	
	Lise	5,72±1,31	0,144 ² 0,866	5,71±1,46	0,396 ² 0,674	5,88±1,24	0,414 ² 0,661	5,74±1,37	0,236 ² 0,790	5,47±1,63	0,008 ² 0,992
	Üniversite	5,83±0,98		5,86±1,14		6,01±0,92		5,88±1,02		5,50±1,39	
Yerleşim Birimi	İl merkezi	5,87±1,04		5,90±1,18		6,01±0,97		5,87±1,14		5,66±1,38	
	İlçe merkezi	5,64±1,24	1,116 ² 0,328	5,69±1,32	0,818 ² 0,442	5,75±1,21	1,520 ² 0,220	5,67±1,30	0,788 ² 0,456	5,39±1,52	1,192 ² 0,305
	Köy/kasaba	5,74±1,33		5,82±1,40		5,87±1,34		5,78±1,35		5,42±1,76	
Gelir Durumu	Gelir giderden az ^a	5,95±1,01		6,05±1,16		6,01±1,16		6,02±1,11		5,64±1,53	
	Gelir gidere denk ^b	5,75±1,26	3,224 ² 0,041*	5,81±1,32	5,068 ² 1,735	5,89±1,22	2,367 ² 0,095	5,89±1,22	3,513 ² 0,031*	5,46±1,65	1,035 ² 0,356
	Gelir giderden fazla ^c	5,42±1,25	a>c	5,35±1,51		5,57±1,21		5,57±1,21		5,26±1,42	
Ailede konuşulması	Evet	5,86±1,16	3,044 ¹	5,92±1,27	2,986 ¹	5,98±1,15	3,119 ¹	5,89±1,21	0,108 ¹	5,57±1,56	2,190 ¹
	Hayır	5,43±1,38	0,003**	5,48±1,43	0,003**	5,55±1,35	0,002**	5,44±1,44	0,002**	5,19±1,68	0,030*
Konunun ilgisini çekmesi	Evet	5,92±1,07	4,406 ¹	5,99±1,16	4,416 ¹	6,06±1,04	4,591 ¹	5,96±1,12	4,543 ¹	5,61±1,51	2,921 ¹
	Hayır	5,29±1,50	0,000***	5,31±1,59	0,000***	5,40±1,49	0,000***	5,29±1,55	0,000***	5,13±1,77	0,004**
Bilimsel etkinliğe katılma	Evet	5,86±1,11	1,505 ¹	5,91±1,19	1,185 ¹	5,96±1,13	1,078 ¹	5,88±1,16	1,214 ¹	5,68±1,42	2,053 ¹
	Hayır	5,69±1,29	0,133	5,75±1,39	0,237	5,83±1,25	0,282	5,73±1,34	0,225	5,37±1,68	0,041*
Derslerde eğitim alma	Evet	5,89±1,10	2,428 ¹	5,95±1,20	2,374 ¹	6,01±1,11	2,486 ¹	5,93±1,14	2,547 ¹	5,59±1,54	1,623 ¹
	Hayır	5,61±1,34	0,016*	5,66±1,43	0,018*	5,74±1,30	0,013*	5,63±1,40	0,011*	5,36±1,65	0,105
Bir kuruluşa üye olma	Evet	5,96±1,14	1,093 ¹	5,95±1,20	0,690 ¹	5,98±1,16	0,594 ¹	5,98±1,13	0,993 ¹	5,89±1,38	1,660 ¹
	Hayır	5,73±1,24	0,275	5,79±1,33	0,491	5,87±1,22	0,594	5,76±1,30	0,321	5,44±1,61	0,098

ÇRAÖ: Çevresel Risk Algısı Ölçeği, KÇR: Küresel Çevre Riski, KAR: Kimyasal Atık Riski, ER: Ekolojik Riskler, KTR: Kaynakların Tükенmesi Riski.¹Bağımsız değişkenlerde t testi ² Tek yönlü Varyans Analizi *p<0,05 **p<0,01 ***p<0,001

SONUÇ VE ÖNERİLER

Sonuç olarak araştırmaya katılan öğrencilerin çevresel risk algısının iyi düzeyde olduğu; algı madde puan ortalamasının kanalizasyon, radyasyon ve tehlikeli atıklarda en yüksek; aşırı otlatma, ticari balıkçılık ve sportif avlanmada en düşük olduğu görülmüştür. Sınıf düzeyinin, gelir durumunun, çevre konusunun ilgisini çekmenin, ailede konuşulmasının, lisedeki derslerde işleniyor olmasının ergenlerin

algısını etkilemektedir. Tüm okul müfredatlarında çevre sağlığı derslerinin olması ve yaygınlaştırılmasının, çevre ile ilgili özel günlerde çevre sorunları ve çözüm önerilerine yönelik seminer, panel, konferans gibi etkinlik programlarının oluşturulması ve bu programlara öğrencilerin katılımının sağlanmasının konuyla ilgili farkındalığı artıracığı, dolayısıyla toplum sağlığına katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

KAYNAKLAR

1. Çelik S, Başaran T, Gökcalp MR, Yeşildal M, Han O. (2016). Hemşirelik ve Tıp Öğrencilerinin Çevre Sorunlarına Yönelik Tutumları. Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi, 3 (2), 91-98.
2. Doğan Y. (2017). Ortaokul öğrencilerinin Çevre Kavramına İlişkin Sezgisel Algıları: Bir Metafor Analizi. Kırşehir Eğitim Fakültesi Dergisi, 18 (1), 721-740.
3. Aydın AH, Çamur Ö. (2017). Avrupa Birliği Çevre Politikaları ve Çevre Eylem Programları Üzerine Bir İnceleme. Bingöl Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 7 (13), 21-44.
4. Çavuşoğlu F, Altay B, Nuriyeva G, Öngör B. (2017). İlköğretim Öğrencilerinin Çevre Bilgi ve Tutumlarının Değerlendirilmesi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 20 (4), 254-259.
5. Bahar Z, Aydoğdu NG. (2015). Çevre, Sağlık, Araştırma ve Hemşirelik. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi, 8 (2), 119-122.
6. Özsoy SA, Şimşek H. (2018). Hemşirelik Uygulamalarına Yön Veren Uluslararası Hemşirelik Kuruluşlarının Çevre Sağlığı Yaklaşımları. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 21 (1), 51-59.
7. Bodur G, Taşocak G. (2013). Nursing Students' Views About Environmental Sensitivity in Turkey. Journal of Human Sciences, 10 (1), 820-831.
8. Gök E, Afyon A. (2015). İlköğretim Öğrencilerinin Çevre Bilgisi ve çevresel Tutumları Üzerine Alan Araştırması. Journal of Turkish Science Education, 12 (4), 77-93.
9. İncekara S, Tuna F. (2010). Ortaöğretim Öğrencilerinin Çevresel Konularla İlgili Bilgi Düzeylerinin Ölçülmesi: Çankırı İli Örneği. Marmara Coğrafya Dergisi, 22, 168-182.
10. Demir E, Yalçın H. (2014). Türkiye'de Çevre Eğitimi. Türk Bilimsel Derlemeler Dergisi, 7 (2), 07-18.
11. Vural H, Yılmaz S. (2016). Ortaokul Öğrencilerinin Çevre ve Doğa ile İlgili Konularda Bilgi ve Davranış Düzeylerinin Belirlenmesi: Erzurum İli Örneği. İğdır Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü Dergisi, 6 (1), 107-115.
12. Altunoğlu BD, Atav E. (2009). Ortaöğretim Öğrencilerinin Çevre Risk Algısı. Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi, 36, 01-11.
13. Kahyaoglu M. (2016). Türkiye'de Çevre Eğitimi Üzerine Yapılan Araştırmalar: Bir İçerik Analizi Çalışması. Marmara Coğrafya Dergisi., (34), 50-60.
14. Sam N, Gürsakal S, Sam R. (2010). Üniversite Öğrencilerinin Çevresel Risk Algısı ve Çevresel Tutumlarının Belirlenmesi. Akademik Bakış Dergisi, 20, 1-16.
15. Kaya MF, Kahyaoglu M, Birel GF. (2012). An Evaluation of Elementary Teacher Candidates' Environmental Approaches, Environmental Risk Perceptions and Environmental Behaviours. Procedia - Social and Behavioral Sciences, 55, 655-660.
16. Sayan B, Kaya H. (2016). Assessment of the Environmental Risk Perceptions and Environmental Attitudes of Nursing Students. Contemp Nurse, 52 (6), 771-781.
17. Selçuk KT, Mercan Y, Çevik C. (2016). Hemşirelik Bölümü Öğrencilerinde Çevresel Risk Algısı ve İlişkili Etmenler. Uluslararası Hakemli Hemşirelik Araştırmaları Dergisi, 7, 116-135.
18. Muğla Valiliği Çevre ve Şehircilik İl Müdürlüğü. Muğla İli 2017 Yılı Çevre Durum Raporu. (Erişim tarihi: 25 Temmuz 2019, Erişim adresi: <https://webdosya.csb.gov.tr/db/ced/icerikler/son-2017-mugla-il-cevre-durum-raporu-20181103082044.pdf>).
19. Slimak MW, Dietz T. (2006). Personal Values, Beliefs, and Ecological Risk Perception. Risk Analysis, 26 (6), 1689-1705.
20. Şenyurt A, Temel AB, Özkahraman Ş. (2011). Üniversite Öğrencilerinin Çevresel Konulara Duyarlılıklarının İncelenmesi. Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi, 2 (1), 8-15.
21. Beyhun NE, Vaizoğlu SA, Mete A, Okur S, Ongun M, Orçan S, ve ark. (2007). Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi 2005-2006 Öğretim Dönemi Son Sınıf Öğrencilerinde Çevresel Risk Algılama Düzeyi. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni, 6 (5), 345-350.
22. Ek HN, Kılıç N, Ögdüm P, Düzgün G, Şeker S. (2009). Adnan Menderes Üniversitesinin Farklı Akademik Alanlarında Öğrenim Gören İlk ve Son Sınıf Öğrencilerinin Çevre Sorunlarına Yönelik Tutumları ve Duyarlılıkları. Kastamonu Eğitim Dergisi, 17 (1), 125-136.
23. Erol GH, Gezer K. (2006). Prospective of Elementary School Teachers' Attitudes Toward Environment and Environmental Problems. International Journal of Environmental and Science Education, 1 (1), 65-77.
24. Özmen D, Çetinkaya AÇ, Nehir S. (2005). Üniversite Öğrencilerinin Çevre Sorunlarına Yönelik Tutumları. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni, 4 (6), 330-344.
25. Yurtseven E, Vehid S, Köksal S, Erdoğan MS. (2010). İstanbul Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu Öğrencilerinin Çevresel Riskler Konusundaki Duyarlılıkları. Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 24 (3), 193-199.
26. Aydın F, Kaya H. (2010). Sosyal Bilimler Lisesi Öğrencilerinin Çevre Duyarlılıklarının Değerlendirilmesi. Marmara Coğrafya Dergisi, 24, 229-257.

27. Palancı E, Sarıkaya M. (2019). Ortaokul Öğrencilerinin Çevre Risk Algı Puanları ile Fen Bilimleri Dersi Akademik Başarıları Arasındaki İlişkinin Araştırılması. *Anadolu Kültürel Araştırmalar Dergisi*, 3 (1), 15-25.
28. Kaya E, Akıllı M, Sezek F. (2009). Lise Öğrencilerinin Çevreye Karşı Tutumlarının Cinsiyet Açısından İncelenmesi. *Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 9 (18), 43-54.
29. Yılmaz A, Morgil İ, Aktuğ P, Göbekli İ. (2002). Ortaöğretim ve Üniversite Öğrencilerinin Çevre, Çevre Kavramları ve Sorunları Konusundaki Bilgileri ve Öneriler. *Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 22 (22), 156-162.
30. Çınar N, Akduran F, Dede C, Altınkaynak S. (2010). Hemşirelik Bölümü Son Sınıf Öğrencilerinin Çevre Sorunlarına Yönelik Tutumları. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, (Sempozyum Özel Sayısı), 242-252.
31. Özdemir O, Yıldız A, Ocaktan E, Sarışen Ö. (2004). Tıp Fakültesi Öğrencilerinin Çevre Sorunları Konusundaki Farkındalık ve Duyarlılıkları. *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası*, 57 (3), 117-127.

Otizm Spektrum Bozukluğu Olan Çocuklarda Beslenme Durumunun Belirlenmesi

Determination of Nutritional Status in Children with Autism Spectrum Disorder

Ayşe Nur KAYNAR¹, Hande ÖNGÜN YILMAZ²

ÖZ

Otizm Spektrum Bozukluğu (OSB), sosyal, iletişim, davranış ve bilişsel becerilerinde sorunlar ile erken çocukluk döneminde ortaya çıkan ve genelde etkilerini yaşam boyu sürdüren, nedeni ve tedavisi halen bilinmeyen nörogelişimsel bir bozukluktur. Bu çalışmada amaç otizmliler çocukların beslenme durumlarını, alışkanlıklarını ve yeme problemlerini belirlemektir. Tanımlayıcı ve kesitsel tipte yapılan bu araştırma, Bağcılar Lokman Hekim Özel Eğitim ve Uygulama Merkezi'nde eğitim gören, 7-14 yaş arası, 10 kız 48 erkek, toplam 58 çocuk ile gerçekleştirilmiştir. Araştırmada çocuk ve aileye ilişkin genel bilgiler, üç günlük besin tüketim kaydı ve besin tüketim sıklığı anketleri uygulanmıştır. Veriler değerlendirildiğinde, çocuklarda sindirim sistemi problemlerinden kabızlık ile şişkinlik ve gaz problemlerinin sık görüldüğü, yeni yiyecek denemeyi reddetmenin de yaygın olduğu görülmüştür. Ayrıca otizmi olan çocukların yiyecekleri renk, tat ve koku özelliklerine göre de tercih ettiği belirlenmiştir. BKİ (Beden Kitle İndeksi) ile yiyecekleri renk, tat, koku özelliklerine göre tercih etme ve BKİ ile yeni yiyecek denemeyi reddetme arasında anlamlı ilişki olduğu bulunmuştur ($p<0,05$). Besin tüketim sıklığı incelendiğinde süt, kefir, balık, yeşil yapraklı sebzeler, kuru meyveler ve tam tahıllı ekmeğ gibi besinlerin hiç tüketilmediği görülmüştür. Üç günlük besin tüketim kayıtlarına göre günlük protein alımının fazla olduğu, posa, vitamin B1, B6, folat, kalsiyum ve potasyum alımlarının yetersiz olduğu görülmüştür. Bu çalışmanın sonucuna göre risk altında olan otizmliler çocukların beslenme durumları ile beslenme alışkanlıkları takip edilmeli, yaygın görülen gastrointestinal sorunlar tedavi edilmeli, vitamin ve mineral yetersizlikleri önlenmeli ve takıntılı yeme davranışları için çözüm yolları üretilmelidir.

Anahtar kelimeler: Otizm, Otizm spektrum bozukluğu, Beslenme

ABSTRACT

Autism Spectrum Disorder (ASD), is a neurodevelopmental disorder of early childhood occurring with problems in social, communication, behavioral and cognitive skills and its effects are still unknown throughout the life. The aim of this study is to determine the eating habits and eatings problems of children with autism. This descriptive study was carried out with 58 children, 10 girls and 48 boys, aged 7-14 years, who were educated at Bağcılar Lokman Hekim Special Education and Application Center. In this study, general information about the child and the family, three day food consumption record and food consumption frequency surveys applied. When the data were evaluated, it was seen that constipation, swelling and gas problems were common in children and problems of trying new food were common. In addition, it is determined that these children prefer foods according to their color, taste and smell characteristics. . There was a significant relationship between BMI (Body Mass Index) and food preference according a color, taste and smell characteristics ($p<0,05$). There was a significant relationship between BMI and refusal to try new food ($p<0,05$). When the frequency of food consumption is examined, it is seen that foods such as milk, kefir, fish, green leafy vegetables, dried fruits and whole-grain bread have never been consumed. It was observed that daily intake of protein was higher compared to three-day food consumption records, and that the intake of pulp, vitamin B1, B6, folate, calcium and potassium was insufficient. According to the results of this study, nutritional status and nutritional habits of these children at risk should be monitored, gastrointestinal problems should be treated, vitamin and mineral deficiencies should be prevented and solutions should be produced for obsessive eating behaviors.

Keywords: Autism, Autism spectrum disorder, Nutrition

*Bu araştırma İstanbul Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü tarafından Dr Öğretim Üyesi Hande Öngün Yılmaz'ın danışmanlığında yüksek lisans tezi olarak kabul edilmiştir. Okan Üniversitesi 19.02.2018 tarihli Etik Kurul Kararı ve 12.03.2018 tarihli 59090411-20-E-5275745 sayılı İstanbul Valilik Onayı alındıktan sonra başlanmıştır.

¹ Uzman Diyetisyen, ORCID: 0000-0001-5592-3935

² Dr. Öğr.Üyesi, Okan Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Sağlık Bilimleri Fakültesi, Beslenme ve Diyetetik Bölümü, ORCID:0000-0002-3497-567X

İletişim / Corresponding Author: Ayşe Nur KAYNAR
e-posta/e-mail: ayseurkaynar@gmail.com

Geliş Tarihi / Received: 24.03.2019
Kabul Tarihi/Accepted: 20.04.2020

GİRİŞ

Otizm spektrum bozukluğu (OSB); belirtileri erken çocukluk döneminde görülmeye başlayan ve etkileri genellikle yaşam boyu süren, sosyal, iletişim ve davranış becerilerinde sorunlara yol açan nörogelişimsel bir bozukluktur.¹

Bugünkü anlamı ile otizm ilk kez 1943 yılında Leo Kanner tarafından; “duygusal bağın otistik bozukluğu” olarak tanımlanmıştır.² 1944 yılında ise Hans Asperger otizmin sosyal etkileşim ve ilgi alanları sınırlı olan, yüksek zekaya sahip erkek çocuklarda görülen bir bozukluk olduğunu ileri sürmüştür.³ 1980’de Amerikan Psikiyatri Birliği (APA) tarafından yayınlanan Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı-III’de (DSM) otizm ilk defa ayrı bir kategoride tanımlanmıştır. 1994 yılında DSM-IV’de otizm daha kapsamlı bir şekilde tanımlanmış ve bu durum vakalarda artışa sebep olmuştur.⁴

Amerikan Hastalıkları Kontrol ve Önleme Merkezi (CDC) verilerine göre, OSB görülme sıklığı 2000 yılında 1/150 iken, 2014 yılında 1/59 olduğu tahmin edilmektedir.⁵

Otizm etiyojisi henüz bilinmemekle birlikte genetik, beyin işlevleri, nörokimyasal ve immünolojik etkenler araştırılmaktadır.⁶

OSB’li çocukların üçte birinde gastroözofageal reflü (GÖR), abdominal ağrı, diyare ve kabızlık gibi gastrointestinal sorunlar bildirilmiştir.⁷ Ayrıca otizmlilerde çocuklarda olağandışı bir ağız kokusu ve tat hassasiyeti de bildirilmiştir.⁸

Otizmlilerde çocuklardaki gastrointestinal sorunlar, vitamin ve mineral dengesini olumsuz yönde etkilemektedir. Rafine gıdaların aşırı tüketilmesi de vitamin ve mineral eksikliklerine sebep olmaktadır.⁹

OSB’li çocuklarda kan, saç ve diğer dokularda magnezyum, çinko, selenyum, A vitamini, B kompleks vitaminleri, D vitamini, E vitamini ve karnitin daha düşük düzeylerde bulunmuştur.¹⁰

Bazı vitaminlerin kan seviyeleri normal olsa bile o vitamini takviye etmenin otizmlilerde

çocuklara fayda sağlayabileceği düşünülmektedir.⁹

Bu yapılan çalışmalar OSB’yi tedavide besinleri ve besin takviyelerinin etkinliğini belirlemek için müdahale çalışmalarına yol göstermiştir.¹⁰

Otizmin tedavisinde vitamin ve mineral takviyeleri dışında diyet tedavisi de yaygın olarak kullanılmaktadır. Otizmde glutensiz ve kazeinsiz diyetin (GFCF) kullanılması ilk olarak Reichelt ve arkadaşları tarafından gluten ve kazein peptidlerinin otizm bozukluğunun patogeneğinde etiyolojik bir role sahip olduğu görüşüyle ortaya çıkmıştır.¹¹ Bu ortaya çıkan teori “Opioid Excess Theory” olarak adlandırılır ve gluten ve kazein gibi proteinlerin yeterince parçalanamaması sonucu oluşan bazı peptidlerin sistemik dolaşıma geçmesiyle opioid gibi davrandığı görüşüne dayanmaktadır.^{12,13} Opioid peptidlerin OSB’li çocuklarda görülen bağırsak geçirgenliği sebebiyle kan dolaşımına girmesi ve kan-beyin bariyerini aşması sonucu merkezi sinir sistemini etkilediği düşünülmektedir. Ancak bu konuda yapılan çalışmaların sınırlılığı sebebiyle kesin bir sonuca varmak mümkün değildir.^{14,15}

Yaygın uygulanan bir diyet türü ketojenik diyettir (KD). KD’nin OSB üzerindeki etki mekanizmasının glukozun azaltılması yoluyla ağrı duyarlılığının azalabileceği ve antiinflatuar özelliklere sahip olabileceği yönündedir.¹⁶

OSB’li çocukların beslenme durumlarını etkileyen birçok faktör bulunmaktadır. Tıbbi/nütrisyonel faktörler; gastrointestinal problemler, besin alerjileri, metabolik anomaliler ve daha önceden mevcut olan besin eksiklikleri, davranışsal/bağlamsal faktörler ise sorunlu yeme davranışı, duyuşal işleme güçlükleri ve aile faktörleridir.¹⁷

Otizmlilerde çocukların yaklaşık %80’i besin seçici olarak tanımlanmaktadır.¹³ Bu durum OSB’nin özelliği olan rutin ve ritüellere bağlı olma, aşırı hassasiyet ve duyuşal uyum problemlerine bağlı olabilmektedir.¹⁸

Otizimli çocukların beslenme durumları ile beslenme alışkanlıklarının belirlenmesi ve sık görülen kabızlık, gastrointestinal semptomlar, vitamin ve mineral yetersizliklerini önlemek OSB'nin karmaşıklığını yönetmek için önem

arz etmektedir. Bu araştırmanın amacı otizimli çocukların beslenme durumlarını, alışkanlıklarını ve yeme problemlerini belirlemektir.

MATERYAL VE METOT

Araştırmanın Tipi, Evren ve Örneklemi

Tanımlayıcı- Kesitsel tipte planlanmış olan bu araştırma Mart-Nisan 2018 tarihlerinde, İstanbul'da yalnızca 2 tane bulunan Otizimli Çocuklar Eğitim Merkezi'nden (OÇEM) biri olan Bağcılar Lokman Hekim Özel Eğitim ve Uygulama Merkezi'nde eğitim gören otizimli çocukların aileleri ile yapılmıştır. Bu araştırmanın örneklemini, bu okulda eğitim gören öğrencilerin, araştırmaya katılmayı kabul eden ebeveynleri oluşturmaktadır. Toplamda 58 öğrencinin anne-babaları araştırmaya katılmayı kabul etmişlerdir. Türkiye 'de otizmin görülme sıklığı ile ilgili bir çalışma bulunmamasıyla birlikte her 68 doğumda bir çocuğu etkilediği tahmin edilmektedir. Otizmin görülme sıklığı ve örneklem hesabı göz önünde bulundurulduğunda örneklem sayısı yeterli bulunmuştur.

Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmaya Okan Üniversitesi 19.02.2018 tarihli Etik Kurul Kararı ve 12.03.2018 tarihli 59090411-20-E-5275745 sayılı İstanbul Valilik Onayı alındıktan sonra başlamıştır. Araştırma gönüllülük esasına bağlı olup katılımcılara “Veli İzin Formu” dağıtılmıştır.

Veri Toplama Aracı

Araştırmada veri toplama aracı olarak araştırmacı tarafından ilgili literatür doğrultusunda hazırlanmış olan “Anket Formu” kullanılmış olup anket formu araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme tekniği ile uygulanmıştır. Uygulanan anket formu “Çocuğa İlişkin Bilgiler”, “Aileye İlişkin Bilgiler”, “Besin Tüketim Sıklığı” ile “3 Günlük Besin Tüketim Kaydı”

bölmelerinden oluşmaktadır. “Çocuğa İlişkin Bilgiler” bölümünde çocuğun yaşı, ağırlığı, boyu, tanı aldığı yaş, uyguladığı diyetler, tanı konulmuş hastalıkları ve yemek yeme ile ilgili davranışları, “Aileye İlişkin Bilgiler” bölümünde anne ve babanın sosyodemografik özellikleri belirlenmiştir. Ağırlık ve boy araştırmacı tarafından ölçülmüş olup, BKİ (Beden Kitle İndeksi) ve BKİ Z skoru ve BKİ persentil hesaplanmıştır. Ağırlık ölçümü için standart 100 g'a kadar hassas kapasiteye sahip tartı kullanılmıştır. Çocuğun beslenme durumunun belirlenmesi için besin tüketim sıklığı ve 2 gün hafta içi 1 gün hafta sonu olmak üzere 3 günlük besin tüketim kayıtları alınmıştır. Enerji ve besin öğelerinin hesaplanmasında BeBİS (Beslenme Bilgi Sistemi) kullanılmıştır.

Verilerin Analizi

İstatistiksel analiz için SPSS 21.0 (Statistical Package for the Social Sciences) paket programı kullanılmıştır. Değişkenleri tanımlamada ortalama (x), standart sapma (sd), minimum-maksimum (min.-max.), sayı (n) ve yüzde (%) kullanılmıştır. Normalliğin belirlenmesinde Kolmogorov Smirnov testi kullanılmıştır. Normal dağılan verilerin analizinde Independent Samples T Test, normal dağılmayan verilerin analizinde Mann Whitney U testi kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık düzeyi olarak $p < 0,05$ kabul edilmiştir.

Araştırmanın Kısıtlılıkları

Örneklem sayısının düşük olması, tek bir özel eğitim merkezinde yapılmış olması ve ailelerden sözlü iletişim yoluyla bilgi alınmış olmasıdır.

BULGULAR VE TARTIŞMA

Bu araştırma İstanbul Bağcılar Lokman Hekim Özel Eğitim ve Uygulama Merkezi'nde eğitim gören 7 ila 14 yaş arası 58 çocuğun ebeveynleri ile yapılmıştır. Çocukların cinsiyet dağılımı incelendiğinde 10 kız 48 erkek olduğu görülmüştür. OSB'nin, erkek çocuklarda kız çocuklardan 4 kat daha fazla görüldüğü bilinmektedir.^{19,20} Bu araştırmada da benzer durum görülmüştür.

Katılımcıların %17,2'si kız iken %82,8'i erkektir. Çocukların yaş ortalaması 10,76±2,33 yıldır. Çocuklarda en yaygın görülen hastalığın %12,1 ile epilepsi olduğu belirlenmiştir. Ebeveynlerin %22,4'ü özel diyet uyguladıklarını belirtmiştir. GF (Glütensiz) diyet uygulayanlar %8,6, GFCF diyeti uygulayanlar %10,4, GAPS (Bağırsak ve Psikoloji Sendromu) diyeti uygulayanlar %1,7, KD uygulayanlar %1,7 olarak bulunmuştur.

Tablo 1. Çocuklara İlişkin Genel Bilgiler

	n	%
Cinsiyet		
Kız	10	17,2
Erkek	48	82,8
Tanı konulmuş hastalık		
Epilepsi	7	12,1
Mental retardasyon	2	3,4
Hipotroid	2	3,4
Özel diyet uygulama		
Evet	13	22,4
Hayır	45	77,6
Uygulanan diyet		
Glutensiz diyet	5	8,6
Glutensiz ve kazeinsiz diyet	6	10,4
GAPS diyeti	1	1,7
Ketojenik diyet	1	1,7
Sindirim sistemi problemleri		
Konstipasyon	21	38,0
Diyare	2	3,6
Şişkinlik ve gaz	17	30,7
Yeme problemleri		
Çiğneme güçlüğü	4	6,6
Besinleri ağızda tutma	5	8,2
Yeni yiyecek denemeyi red	28	46,4
Verilen besini geri çıkarma	5	8,2
Yiyecekleri özelliklerine göre tercih etme durumu		
Renk	17	22,3
Tat	11	14,6
Koku	31	40,8
Kendi başına yemek yiyebilme		
Evet	43	74,1
Hayır	15	25,9

Çocuklarda görülen en yaygın sindirim problemleri sırasıyla %38,0 kabızlık, %30,7 şişkinlik ve gaz, %3,6 ishaldir. Ebeveynlerin %55,2'si çocuklarında yemek yeme problemlerinden en az birinin olduğunu bildirmişlerdir. En yaygın görülen yemek yeme problemi %46,4 oranında yeni yiyecek denemeyi reddetme olmuştur. Ebeveynlerin %75,9'u çocuklarının yiyecekleri renk, tat, koku özelliklerine göre tercih ettiklerini belirtmişlerdir. Çocukların %75,1'i kendi başına yemek yiyebiliyorken %25,9'unun kendi başına yiyemediği tespit edilmiştir. Çocukların tükettikleri günlük öğün sayısı ortalama 3,3 ±0,8 öğün iken su miktarı ortalama 1,6 ±0,8 litredir.

Çalışmaya katılan çocukların annelerinin yaş ortalaması 38,7±5,6 yıl iken babalarının yaş ortalaması 40,1±9,7 yıl olduğu belirlenmiştir. Annelerin eğitim durumları incelendiğinde, %10,3'ünün okuryazar, %58,6'sının ilkokul mezunu, %19'unun ortaokul mezunu, %12,1'inin lise mezunu olduğu bulunmuştur. Babaların eğitim durumu incelendiğinde, %6,9'unun okuryazar, %43,1'inin ilkokul mezunu, %15,5'inin ortaokul mezunu, %24,1'inin lise mezunu, %6,9'unun yüksekokul mezunu olduğu görülmüştür. Annelerin %89,7'si ev hanımı iken, %6,9'u işçi, %1,7'si emekli ve %1,7'sinin ise çalışmıyor olduğu belirlenmiştir. Babaların %48,3'ü işçi, %34,5'i serbest meslek, %5,2'si emekli iken %8,6'sının çalışmıyor olduğu görülmüştür.

Çocukların antropometrik ölçümleri tablo 2 de verilmiştir. Ağırlık ortalaması 47,0 kg, boy ortalaması 140,8 cm, BKİ ortalaması 23,6 kg/m², BKİ Z skor ortalaması 1,4 ve BKİ percentil ortalaması 86,7 bulunmuştur.

Tablo 2: Çocukların Antropometrik Ölçümleri

	x	SD	Min	Max
Ağırlık (kg)	47,0	15,1	22,0	90,0
Boy (cm)	140,8	19,8	102,0	176,0
BKİ (kg/m²)	23,6	5,2	15,2	38,9
BKİ(Z skor)	1,4	1,2	-2	3
BKİ(percentil)	86,7	22,8	15,0	99,0

Çocukların BKİ persentil değerleri incelendiğinde %5,2 zayıf, %12,1 normal, %25,9 hafif şişman, %56,9 şişman olduğu belirlenmiştir.

Tablo 3 incelendiğinde BKİ ile konstipasyon problemi ve BKİ ile kendi başına yemek yiyebilme arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$). BKİ ile şişkinlik ve gaz problemi karşılaştırıldığında, şişkinlik ve gaz problemi yaşayan çocukların BKİ'lerinin istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek olduğu

bulunmuştur ($p=0,046$). BKİ ile yeni yiyecek denemeyi reddetme durumu karşılaştırıldığında, yeni yiyecek denemeyi reddeden çocukların BKİ'leri istatistiksel olarak anlamlı derecede daha düşük olduğu görülmüştür ($p=0,013$). BKİ ile yiyecekleri renk, tat ve koku özelliklerine göre tercih etme durumu karşılaştırıldığında, yiyecekleri renk, tat ve koku özelliklerine göre tercih eden çocukların BKİ'leri istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşük olduğu belirlenmiştir ($p=0,019$).

Tablo 3: BKİ (kg/m²) ile Beslenmeye İlişkin Aşışkanlıklarının Karşılaştırılması

		BKİ			
		n	X	SD	P
Kabızlık	Evet	21	23,3	4,0	0,903*
	Hayır	37	23,8	5,8	
Şişkinlik ve Gaz	Evet	17	25,1	4,6	0,046*
	Hayır	41	23,0	5,3	
Kendi Başına Yemek Yiyebilme	Evet	43	23,8	5,8	0,852*
	Hayır	15	23,1	2,6	
Yeni Yiyecek Denemeyi Reddetme	Evet	32	23,3	3,9	0,013**
	Hayır	26	24,1	6,5	
Yiyecekleri Renk Tat Koku Özelliklerine Göre Tercih	Evet	44	23,1	4,4	0,019**
	Hayır	14	25,2	7,1	

*Independent T Test **Mann Whitney U

Recommended Daily Allowance (RDA) protein alımını 7-8 yaş için 19 g/gün, 9-13 yaş için 34 g/gün ve 14 yaş için erkek çocukları 52 g/gün iken kız çocukları için 46 g/gün olarak önermiştir. Tablo 4 incelendiğinde protein alımları önerilen miktarlardan daha fazla olduğu görülmüştür. RDA'ya göre önerilen posa alımı 7-8 yaş için 25 g/gün, 9-13 yaş için erkek çocukları 31 g/gün, kız çocukları 26 gr/gün, 14 yaş için erkek çocukları 38 g/gün kız çocukları 26 g/gün olarak belirlenmiştir. Çocukların günlük aldığı posa miktarı incelendiğinde önerilen miktarları karşılamadığı görülmüştür. Tablo 5'de vitamin alımlarına bakıldığında yetersiz alınan vitaminlerin folat, vitamin B6 ve vitamin B1 olduğu görülmüştür. RDA'ya göre yeterli alım miktarları incelendiğinde en yetersiz alım miktarının 14 yaş grubunda olduğu belirlenmiştir. Çocukların mineral alımları incelendiğinde ise kalsiyum

alımlarının tüm yaş gruplarında RDA'nın önerdiği miktarlardan çok daha düşük alındığı belirlenmiştir. Magnezyum, fosfor, demir, çinko ve potasyum alımlarında da yetersizlik görülmüştür. Tablo 6 incelendiğinde süt tüketenlerin %29,3'ü her gün, %8,6'sı haftada 5-6 kez, %8,6'sı haftada 3-4 kez, %12,1'i haftada 1-2 kez, %6,9'u 15 günde 1 kez, %5,2'si ayda 1 kez ve %29,3'ü hiç tüketmemektedir. Kırmızı et tüketenlerin %5,2'si her gün, %17,2'si haftada 3-4 kez, %43,1'i haftada 1-2 kez, %8,6'sı 15 günde 1 kez, %6,9'u ayda 1 kez ve %19'u hiç tüketmemektedir. Balık tüketenlerin %10,3'ü haftada 1-2 kez, %22,4'ü 15 günde 1 kez, %37,9'u ayda 1 kez ve %29,3'ü hiç tüketmemektedir. Yumurta tüketenlerin %43,1'i her gün, %12,1'i haftada 5-6 kez, %10,3'ü haftada 3-4 kez, %17,2'si haftada 1-2 kez, %3,4'ü 15 günde 1 kez, %1,7'si ayda 1 kez, %12,1'i hiç tüketmemektedir.

Tablo 4: Yaş Grupları ve Cinsiyete Göre Makro Besin Öğeleri ve Posa Alım Miktarları

	Yaş	n	Cinsiyet	X*	SD	Min	Max	
Enerji (kcal)	7-8 yaş	3	Kız	1261	234,6	992,0	1424,0	
		9	Erkek	1151	134,1	926,0	1303,0	
	9-13 yaş	4	Kız	1289	99,4	1186,0	1424,0	
		31	Erkek	1377	255,4	922,0	1892,0	
	14 yaş	3	Kız	1336	445,3	958,0	1827,0	
		8	Erkek	1566	307,5	1222,0	2016,0	
	Protein (g)	7-8 Yaş	3	Kız	52,3	14,2	35,9	62,0
			9	Erkek	43,8	9,0	28,4	58,4
9-13 yaş		4	Kız	54,2	26,4	35,0	93,3	
		31	Erkek	53,2	12,8	24,0	79,6	
14 yaş		3	Kız	50,9	12,2	41,6	64,8	
		8	Erkek	62,9	17,2	48,8	94,6	
Protein %		7-8 yaş	3	Kız	17,0	1,7	15,0	18,0
			9	Erkek	15,5	1,8	13,0	18,0
	9-13 yaş	4	Kız	17,0	6,7	12,0	27,0	
		31	Erkek	15,6	2,5	9,0	20,0	
	14 yaş	3	Kız	16,0	1,7	15,0	18,0	
		8	Erkek	16,5	2,5	12,0	20,0	
	Yağ (g)	7-8 yaş	3	Kız	53,3	8,8	43,4	60,6
			9	Erkek	50,0	7,1	41,6	60,1
9-13 yaş		4	Kız	67,6	5,3	62,0	74,8	
		31	Erkek	63,5	14,6	41,0	102,0	
14 yaş		3	Kız	65,2	28,7	42,3	97,5	
		8	Erkek	73,1	18,8	55,2	102,2	
Yağ %		7-8 yaş	3	Kız	37,0	1,0	36,0	38,0
			9	Erkek	38,8	5,7	32,0	39,0
	9-13 yaş	4	Kız	46,7	6,6	42,0	56,0	
		31	Erkek	41,0	5,0	30,0	54,0	
	14 yaş	3	Kız	42,0	4,3	39,0	47,0	
		8	Erkek	41,0	3,9	36,0	48,0	
	Karbonhidrat (g)	7-8 yaş	3	Kız	141,2	24,1	113,3	156,0
			9	Erkek	124,2	34,8	45,5	160,3
9-13 yaş		4	Kız	114,4	18,8	138,0	45,0	
		31	Erkek	146,0	31,9	61,3	213,4	
14 yaş		3	Kız	134,9	34,7	101,6	170,8	
		8	Erkek	160,9	31,4	115,3	201,0	
Karbonhidrat %		7-8 yaş	3	Kız	46,0	1,0	45,0	47,0
			9	Erkek	45,5	5,4	35,0	51,0
	9-13 yaş	4	Kız	36,2	6,0	31,0	44,0	
		31	Erkek	43,3	6,2	27,0	54,0	
	14 yaş	3	Kız	42,0	3,6	38,0	45,0	
		8	Erkek	42,3	5,4	32,0	48,0	
	Posa (g)	7-8 yaş	3	Kız	12,1	5,5	6,9	18,0
			9	Erkek	13,0	5,0	8,0	21,9
9-13 yaş		4	Kız	13,5	3,8	7,7	16,3	
		31	Erkek	14,1	3,1	8,1	19,9	
14 yaş		3	Kız	14,5	5,7	8,5	20,0	
		8	Erkek	15,0	2,8	8,8	17,5	

Yemek yeme problemleri ile makro ve mikro besin öğelerinin alımı karşılaştırılmış ve istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür ($p>0,05$). Yiyecekleri renk, tat ve koku özelliklerine göre tercih etme durumu ile makro ve mikro besin öğelerinin alımı karşılaştırılmış ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$).

MacDonald ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada otizmliler çocukların yaşa bağlı olarak fiziksel aktivite düzeylerinde düşüşler gözlenmiştir. Çocuğun yaşı ilerledikçe fiziksel aktivite düzeyi düşmektedir.²¹ Curtin ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada otizmliler çocuklarda fazla kilolu çocukların oranı %19 ve fazla kilolu olmanın en yaygın olduğu yaş grubu 12,0-17,9 olarak belirlenmiştir.²² Criado ve arkadaşlarının otizmliler çocuklar üzerinde yaptığı çalışmada, kilolu çocukların oranı %42,4 ve obez çocukların oranı %21,4 bulunmuştur.²³ Bu çalışmada ortalama BKİ $23,6\pm 5,2$ kg/m² olduğu görülmüştür. Tablo 3 incelendiğinde BKİ ile yeni yiyecek denemeyi reddetme arasında anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$).

Otizmin merkezi sinir sistemi disfonksiyonu ile ilişkili olduğu ve epilepsinin otizm ile ilişkili olduğu düşünülmektedir. Otizmliler çocukların üçte birinde epilepsi görüldüğü bildirilmiştir.²⁴ Canitona ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada 46 otizmliler çocuk incelenmiş ve çocukların %13'ünde epilepsi olduğu gösterilmiştir.²⁵ Bu çalışmada çocukların %12,1'inin epilepsi tanısı aldığı aileler tarafından bildirilmiştir.

GFCF diyeti, gluten ve kazein proteinlerinin yeterince parçalanamaması sonucu sistemik dolaşıma geçerek opioid etki gösterdiği gerekçesiyle otizmin tedavisinde kullanılmaktadır. Gluten ve kazeinin diyetten çıkarılması ile bu etkinin azalacağı düşünülmektedir.^{12,13} KD'nin ise otizm üzerindeki etki mekanizmasının glukozun azaltılması yoluyla ağrı duyarlılığının azalabileceği yönündedir.¹⁶

Graf-Myles ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada otizmliler 69 çocuktan 23 (%33)'ünün diyet uyguladığı görülmüştür. Bunlardan 3'ü GF 5'i CF, 10'u GFCF ve 5'i GFCF+Soya

diyetlerini uyguladığı gösterilmiştir. İyi bir A vitamini, D vitamini, riboflavin, kalsiyum, fosfor kaynağı olan inek sütünün ve demir, tiamin, riboflavin, niasin ve folik asit ile zenginleştirilmiş tahıl ürünlerinin diyetten çıkarılması ile bu vitamin ve minerallerin yetersizliğinin görülmesi muhtemeldir.²⁶ Bu çalışmada ise 13 (%22,3) çocuğun özel bir diyet uyguladığı bildirilmiştir. Bu çocuklardan 5'inin GF, 6'sının GFCF, 1'inin KD ve 1'inin GAPS diyetini uyguladığı belirlenmiştir. Bu diyetlerin uygulanmasının yeme problemlerinin yaygın görüldüğü ve tat, koku gibi özelliklere karşı hassas olan otizmliler çocuklarda besin seçiciliğinin ve besin reddinin artmasına da sebep olabileceği düşünülmektedir.¹²

OSB'li çocukların 1/3'ünde GÖR, abdominal ağrı, diyare ve kabızlık gibi gastrointestinal problemler bildirilmiştir.⁷ Liu ve arkadaşlarının Çin'de yaptıkları bir çalışmada otizmliler çocukların %22,1'inde kabızlık problemi ve %2,6'sında ishal problemi olduğu görülmüştür.²⁷ Çin'de yapılmış bir başka çalışmada Sun ve arkadaşları çocukların %39,6'sında kabızlık problemi ve %26,4'ünde ishal problemi olduğunu saptamıştır.²⁸

Ferguson ve arkadaşlarının toplam 120 otizmliler çocuk ile yaptığı çalışmada fonksiyonel kabızlık oranının %42,5 olduğu belirlenmiştir. Yine bu çalışmada kabızlık ve kabızlığa bağlı karın ağrısının, çocuklarda uyku problemleri ve anksiyete ile ilişkili olduğu saptanmıştır.²⁹ Tablo 1'e göre bu çalışmada çocukların %38,0'inde kabızlık, %3,6'sında ishal ve %30,7'sinde şişkinlik ve gaz problemi olduğu belirlenmiştir.

OSB'li çocuklarda yeme problemlerinin yaygın olduğu görülmektedir. Bunların başında verilen besini ağızda tutma veya verilen besini geri çıkarma, verilen besini yemeyi reddetme gelmektedir.³⁰

Yapılan bir çalışmada otizmliler çocuklarda hafif yeme problemleri yaşayanların oranı %37,7 iken şiddetli yeme problemleri yaşayan çocukların oranı %32,5 bulunmuştur.²⁷

Tablo 5. Yaş Grupları ve Cinsiyete Göre Vitamin ve Mineral Alım Miktarları

	Yaş	n	Cinsiyet	X*	SD	RDA	RDA%**
Vitamin A (µg)	7-8 yaş	3	Kız	543,9	307,1	400	135
		9	Erkek	740,7	502,5	400	185
	9-13 yaş	4	Kız	770,0	256,7	600	128
		31	Erkek	728,3	528,6	600	121
Vitamin C (mg)	14 yaş	3	Kız	752,2	238,6	700	107
		8	Erkek	790,8	310,7	900	87
	7-8 Yaş	3	Kız	34,2	16,5	25	136
		9	Erkek	54,4	32,6	25	216
Vitamin E (mg)	9-13 yaş	4	Kız	71,0	49,6	45	157
		31	Erkek	46,9	31,7	45	102
	14 yaş	3	Kız	63,3	49,7	65	96
		8	Erkek	64,2	57,8	75	85
Vitamin B1 (mg)	7-8 yaş	3	Kız	11,1	0,9	7	157
		9	Erkek	10,9	3,3	7	142
	9-13 yaş	4	Kız	18,0	6,5	11	163
		31	Erkek	18,1	17,3	11	163
Vitamin B2 (mg)	14 yaş	3	Kız	13,3	3,7	15	86
		8	Erkek	14,5	2,9	15	93
	7-8 yaş	3	Kız	0,5	0,0	0,6	85
		9	Erkek	0,4	0,1	0,6	80
Vitamin B6 (mg)	9-13 yaş	4	Kız	0,5	0,6	0,9	63
		31	Erkek	0,5	0,1	0,9	62
	14 yaş	3	Kız	0,5	0,2	1,0	56
		8	Erkek	0,6	0,1	1,2	57
Folat (µg)	7-8 yaş	3	Kız	0,9	0,2	0,6	156
		9	Erkek	0,8	0,2	0,6	141
	9-13 yaş	4	Kız	1,0	0,2	0,9	112
		31	Erkek	0,9	0,3	0,9	110
Kalsiyum (mg)	14 yaş	3	Kız	0,8	0,3	1,0	89
		8	Erkek	1,4	0,6	1,3	111
	7-8 yaş	3	Kız	0,7	0,0	0,6	130
		9	Erkek	0,8	0,1	0,6	140
Folat (µg)	9-13 yaş	4	Kız	0,8	0,2	1,0	87
		31	Erkek	0,9	0,3	1,0	90
	14 yaş	3	Kız	1,0	0,3	1,2	84
		8	Erkek	1,0	0,2	1,3	79
Kalsiyum (mg)	7-8 yaş	3	Kız	162,4	14,5	200	81
		9	Erkek	159,3	39,6	200	79
	9-13 yaş	4	Kız	176,7	40,1	300	88
		31	Erkek	182,3	50,6	300	60
Kalsiyum (mg)	14 yaş	3	Kız	189,3	54,3	400	47
		8	Erkek	224,9	51,2	400	56
	7-8 yaş	3	Kız	439,3	152,2	1000	44
		9	Erkek	463,7	192,0	1000	46
Kalsiyum (mg)	9-13 yaş	4	Kız	586,4	134,8	1300	45
		31	Erkek	533,4	240,0	1300	41
	14 yaş	3	Kız	533,7	211,9	1300	41
		8	Erkek	723,2	129,1	1300	55

Tablo 5. (Devamı) Yaş Grupları ve Cinsiyete Göre Vitamin ve Mineral Alım Miktarları

	Yaş	Kişi	Kız	Erkek	Ortalama	Yüzdesi	
Magnezyum (mg)	7-8 yaş	3	Kız	175,9	24,8	130	134
		9	Erkek	167,1	47,5	130	128
	9-13 yaş	4	Kız	200,4	39,8	240	83
		31	Erkek	190,6	52,9	240	79
	14 yaş	3	Kız	213,6	69,9	360	59
		8	Erkek	220,7	36,2	410	54
Fosfor (mg)	7-8 yaş	3	Kız	780,2	169,2	500	156
		9	Erkek	747,0	194,6	500	149
	9-13 yaş	4	Kız	868,9	288,1	1250	69
		31	Erkek	855,0	222,1	1250	68
	14 yaş	3	Kız	866,1	238,1	1250	69
		8	Erkek	1056,0	109,0	1250	84
Demir (mg)	7-8 yaş	3	Kız	8,2	1,9	10	82
		9	Erkek	6,9	2,6	10	70
	9-13 yaş	4	Kız	8,1	1,8	8	102
		31	Erkek	9,6	10,1	8	120
	14 yaş	3	Kız	8,1	2,9	15	55
		8	Erkek	9,4	2,5	11	85
Çinko (mg)	7-8 yaş	3	Kız	7,3	1,9	5	147
		9	Erkek	5,9	1,4	5	118
	9-13 yaş	4	Kız	7,2	2,7	8	91
		31	Erkek	7,3	1,9	8	91
	14 yaş	3	Kız	7,0	2,0	9	78
		8	Erkek	8,7	2,2	11	79
Sodyum (mg)	7-8 yaş	3	Kız	1786	771,9	1900	94
		9	Erkek	2102	530,8	1900	110
	9-13 yaş	4	Kız	1950	423,5	2300	85
		31	Erkek	2657	642,9	2300	115
	14 yaş	3	Kız	2487	782,5	2300	109
		8	Erkek	2650	611,9	2300	115
Potasyum (mg)	7-8 yaş	3	Kız	1421	168,4	3800	37
		9	Erkek	1518	372,2	3800	40
	9-13 yaş	4	Kız	1654	445,8	4500	37
		31	Erkek	1615	689,0	4500	36
	14 yaş	3	Kız	1624	585,0	4700	35
		8	Erkek	2046	464,3	4700	44

*Cinsiyete Göre Ortalama

**Karşılama Yüzdesi

Bir başka çalışmada ise yeni yiyecek denemeyi reddedenlerin oranı %63,3 olarak belirlenmiştir.²⁸ Bu çalışmada ise yeni yiyecek denemeyi reddedenlerin oranı %46,4 besinleri ağızda tutma %8,2 verilen besini geri çıkarma %8,2 ve çiğneme gücü %6,6 olarak bulunmuştur. Otizmliler çocukların yiyecekleri renk, tat, koku, ısı ve doku özelliklerine göre seçici davrandığı ve yiyeceği reddettiği görülmektedir. Bu davranışların otizmliler çocuklarda bulunan takıntılı, sınırlı ve tekrarlayıcı davranışlar ile

ilişkili olabileceği öne sürülmektedir.³⁰ Hubbard ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada otizmliler çocukların sağlıklı kontrollere kıyasla daha fazla yiyecek reddettiği görülmüştür. Özellikle yiyeceği rengine göre reddetme %15,1 iken yiyeceği tat ve koku özelliklerine göre reddetme %49,1 olarak belirlenmiştir.³¹

Nadon ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada otizmliler çocukların yiyeceklerin dokusuna, sıcaklığına, tat ve kokusuna önemli ölçüde hassasiyet gösterdikleri saptanmıştır. Toplam tükettiği yiyecek sayısı 20'nin altında olan

çocuklarda yemek yeme problemlerinin daha yaygın olduğu görülmüştür. Bununla birlikte çocuğun görsel ve işitsel duyarlılığının, yemek yeme problemleriyle ilişkili olduğu belirlenmiştir.³² Bu araştırmanın sonucuna göre çocukların %22,3'ünün yiyecekleri rengine göre reddettiği, %14,6'sının tat özelliklerine göre reddettiği ve %40,8'inin koku özelliklerine göre yiyeceği reddettiği tespit edilmiştir. Meguid ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada otizmlili çocukların 3 günlük besin tüketim kayıtları alınarak günlük besin alımları hesaplanmıştır. Buna göre; protein ve yağ alımlarının yüksek iken posa alımlarının yeterli olduğu görülmüştür. C vitamini ve kalsiyum alımları düşük bulunmuştur. Özellikle 6-9 yaş arası çocuklarda folat ve çinko düzeylerinin çok düşük olduğu görülmüştür.³³

Hyman ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada 3 günlük besin tüketim kayıtları alınan çocuklarda lif alımlarının çok düşük olduğu,

potasyum alımlarının yetersiz olduğu ve sodyum alımlarının önerilen miktarlardan yüksek olduğu belirlenmiştir. 4-8 yaş arası çocuklarda A vitamini, C vitamini ve çinko alımlarının yetersiz olduğu, 9-11 yaş grubunda ise fosfor alımının yetersiz olduğu gözlenmiştir.³⁴ Tablo 4'e göre bu çalışmada, yaş grupları ve cinsiyete göre RDA'nın önerdiği miktarlar göz önüne alındığında protein alımının yüksek, posa alımının çok düşük olduğu görülmüştür. Tablo 5 incelendiğinde ise vitamin B1, B6, folat, kalsiyum ve potasyum alımlarının önerilen miktarlardan çok düşük olduğu belirlenmiştir. 9-14 yaş gruplarında magnezyum, fosfor ve çinko, 14 yaş grubunda vitamin C ile vitamin E alımının yetersiz olduğu görülmüştür. Demir alımının ise 7-8 yaş grubu ile 14 yaş grubunda yetersiz olduğu saptanmıştır. Tablo 6 incelendiğinde çocukların, süt, yoğurt, kırmızı et, balık, yeşil yapraklı sebzeler gibi temel besinleri hiç tüketmediği görülmüştür.

Tablo 6. Besinlerin Tüketim Sıklığının Belirlenmesi

Besin ve besin grupları	Her gün		Haftada 5-6		Haftada 3-4		Haftada 1-2		15 günde 1		Ayda 1		Hiç		Toplam	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Süt	17	29,3	5	8,6	5	8,6	7	12,1	4	6,9	3	5,2	17	29,3	58	100,0
Yoğurt	17	29,3	7	12,1	9	15,5	4	6,9	5	8,6	4	6,9	12	20,7	58	100,0
Peynir	17	32,8	6	10,3	7	12,1	9	15,5	2	3,4	2	3,4	13	22,4	58	100,0
Ayran	12	20,7	8	13,8	8	13,8	10	17,2	5	8,6	1	1,7	14	24,1	58	100,0
Kefir	2	3,4	1	1,7	3	5,2	0	0	0	0	0	0	52	89,7	58	100,0
Kırmızı Et	3	5,2	0	0	10	17,2	25	43,1	5	8,6	4	6,9	11	19,0	58	100,0
Tavuk	6	10,3	3	5,2	13	22,4	23	39,7	7	12,1	4	6,9	2	3,4	58	100,0
Balık	0	0	0	0	0	0	6	10,3	13	22,4	17	37,9	22	29,3	58	100,0
Yumurta	25	43,1	7	12,1	6	10,3	10	17,2	2	3,4	1	1,7	7	12,1	58	100,0
Kurubaklagil	4	6,9	5	8,6	12	20,7	31	53,4	5	8,6	0	0	1	1,7	58	100,0
Fındık,Fıstık,Ceviz, Badem Gibi Çerez	15	25,9	8	13,8	9	15,5	14	24,1	5	8,6	1	1,7	6	10,3	58	100,0
Yeşil Yapraklı Sebzeler	9	15,5	1	1,7	16	27,6	11	19,0	2	3,4	2	3,4	17	29,3	58	100,0
Diğer Sebzeler	3	5,2	2	3,4	8	13,8	15	25,9	8	13,8	3	5,2	19	32,8	58	100,0
Patates	8	13,8	6	10,3	20	34,5	20	34,5	1	1,7	2	3,4	1	1,7	58	100,0
Turunçgiller	5	8,6	4	6,9	16	27,6	15	25,9	3	5,2	1	1,7	14	24,1	58	100,0
Kuru Meyveler	4	6,9	5	8,6	4	6,9	10	17,2	10	17,2	2	3,4	23	39,7	58	100,0
Beyaz Ekmek	41	70,7	3	5,2	3	5,2	3	5,2	0	0	0	0	8	13,8	58	100,0
Tam Tahıllı Ekmek	10	17,2	1	1,7	4	6,9	4	6,9	2	3,4	0	0	37	63,8	58	100,0
Pirinç Pilavı	3	5,2	7	12,1	12	20,7	15	25,9	6	10,3	4	6,9	11	19,0	58	100,0
Bulgur Pilavı	2	3,4	3	5,2	10	17,2	16	27,6	6	10,3	4	6,9	17	29,3	58	100,0
Makarna	4	6,9	7	12,1	13	22,4	20	34,5	10	17,2	0	0	4	6,9	58	100,0
Bisküvi,Kraker	14	24,1	13	22,4	11	19,0	15	25,9	3	5,2	1	1,7	1	1,7	58	100,0
Kahvaltılık Tahıllar	7	12,1	1	1,7	2	3,4	4	6,9	1	1,7	1	1,7	42	72,4	58	100,0
Hazır Meyve Suları	8	13,8	2	3,4	8	13,8	16	27,6	10	17,2	3	5,2	11	19,0	58	100,0
Gazlı İçecekler	2	3,4	2	3,4	2	3,4	4	6,9	4	6,9	11	19,0	33	56,9	58	100,0
Çay	20	34,5	5	8,6	4	6,9	5	8,6	3	5,2	3	5,2	18	31,0	58	100,0
Kahve	2	3,4	0	0	1	1,7	2	3,4	3	5,2	2	3,4	48	82,8	58	100,0
Bal,Reçel,Pekmez, Marmelat	9	15,5	7	12,1	8	13,8	7	12,1	1	1,7	4	6,9	22	37,9	58	100,0
Şekerleme,Çikolata	9	15,5	11	19,0	11	19,0	16	27,6	5	8,6	4	6,9	2	3,4	58	100,0
Cips	4	6,9	2	3,4	7	12,1	19	32,8	11	19,0	2	3,4	13	22,4	58	100,0
Sütlü Tatlılar	1	1,7	0	0	0	0	24	41,4	14	24,1	6	10,3	13	22,4	58	100,0
Şerbetli Tatlılar	0	0	0	0	1	1,7	3	5,2	22	37,9	12	20,7	20	34,5	58	100,0
Zeytinyağı	9	15,5	3	5,2	5	8,6	5	8,6	5	8,6	1	1,7	30	51,7	58	100,0
Diğer Sıvıyağlar	25	43,1	11	19,0	6	10,3	8	13,8	2	3,4	0	0	6	10,3	58	100,0
Tereyağı	12	20,7	6	10,3	9	15,5	12	20,7	3	5,2	1	1,7	15	25,9	58	100,0

SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu araştırma Bağcılar Lokman Hekim Özel Eğitim ve Uygulama Merkezi'nde öğrenim gören 7-14 yaş arası OSB'li çocukların beslenme durumlarının belirlenmesi amacıyla yapılmıştır. Araştırmaya 10 kız 48 erkek olmak üzere toplam 58 otizimli çocuk katılmıştır.

Çocuklarda kabızlık ile şişkinlik ve gaz problemleri en sık görülen gastrointestinal sorunlardır. Araştırmaya katılan çocuklarda yemek yeme ile ilgili problemler görülmüştür. Özellikle yeni yiyecek denemeye karşı direnç oldukça yaygındır. Çocukların yiyecekleri renk, tat, koku özelliklerine göre tercih ettiği de belirlenmiştir. BKİ ile yeni yiyecek denemeyi reddetme ve BKİ ile yiyecekleri renk, tat, koku özelliklerine göre tercih etme durumu arasında anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür. Konstipasyon ile yeni yiyecek denemeyi reddetme arasında da anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Sebze ve meyve tüketiminin sınırlı olması dolayısıyla posa alımının da yetersiz olması bu çocuklarda konstipasyon sorunlarının artmasına sebebiyet verebilir.

Besin tüketim kayıtları incelendiğinde protein alımlarının yüksek, posa alımlarının ise düşük olduğu belirlenmiştir. Vitamin B1, B6, folat, kalsiyum ve potasyum alımlarının yetersiz olduğu belirlenmiştir. 9-14 yaş gruplarında magnezyum, fosfor ve çinko, 14 yaş grubunda vitamin C ile vitamin E alımının yetersiz olduğu görülmüştür. Çocuklarda

görülen yetersiz vitamin ve mineral alımı büyüme ve gelişmeyi olumsuz etkileyen faktörlerdendir. Özellikle düşük kalsiyum ve fosfor kemik gelişimini olumsuz etkileyebilir. Antioksidan vitaminlerden C ve E vitaminin yetersiz alımı bağışıklık sistemi için risk oluşturabilir.

Nörogelişimsel bir bozukluk olan, yaygınlığı giderek artan ve yaşam boyu etkilerini gösteren OSB'nin tedavi sürecinde beslenme durumu önemli yer tutmaktadır. Özellikle otizm ile birlikte ortaya çıkan gastrointestinal sorunlar, yiyecek seçiciliği, takıntılı yeme davranışları ve uygulanan özel diyetler çocukların beslenme düzenini etkilemekte ve besin ögesi yetersizliklerine sebep olabilmektedir. Bu problemlerin hem çocuğun hem de ailenin yaşam kalitesini olumsuz etkileyeceği unutulmamalıdır.

Tanı alan çocukların diyetisyene yönlendirilmesi, bu sorunların çözülmesi ve tedavi süreci için önem arz etmektedir. Erken çocukluk döneminde yapılan doğru müdahaleler, çocuğun sindirim sistemi problemlerinin ve takıntılı yeme davranışlarının çözülmesinde anahtar rol oynayabilmektedir. Takıntılı yeme davranışlarının çözümü ileride oluşabilecek vitamin ve mineral yetersizliklerinin de önüne geçilmesine olanak sağlar. Bu sebeple otizm ve beslenme ilişkisi daha ayrıntılı incelenerek, daha çok araştırma yapılmalı ve çözüm önerileri geliştirilmelidir.

KAYNAKLAR

1. Rakap S, Birkan B, Kalkan S. (2017). "Türkiye'de Otizm Spektrum Bozukluğu ve Otizm". Rakap S. (Ed.). İstanbul.
2. Wolff S. (2004). "The History of Autism" Eur Child Adolesc Psychiatry, 13, 201-208.
3. Cook KA, Willmerdinger AN. (2015). "The History of Autism".
4. Baker JP. (2013). "Autism at 70-Redrawing the Boundaries" N Engl J Med, 369 (12), 1089-1091.
5. CDC. (2018). "Autism Spectrum Disorder" <https://www.cdc.gov/ncbddd/autism/data.html>
6. Şener EF, Özkul Y. (2013). "Otizmin Genetik Temelleri" Sağlık Bilimleri Dergisi, 22 (1), 86-92.
7. Navarro F, Liu Y, Rhoads JM. (2016). "Can Probiotics Benefit Children with Autism Spectrum Disorders?" World J Gastroenterol, 22 (46), 10093-10102.
8. Furuta GT, Williams K, Kooros K, Kaul A, Panzer R, Coury DL, Fuchs G. (2012). "Management of Constipation Children and Adolescent with Autism Spectrum Disorders" Pediatrics, 130, 98-105.
9. Aydın A, Kınacı C. (2016). "Otizme Çözüm Var!". İstanbul: Hayygrup Yayınevi.
10. Fujiwara T, Morisaki N, Honda Y, Sampei M, Tani Y. (2016). "Chemicals Nutrition and Autism Spectrum Disorder: A Mini Review" Neurosci, 10 (174).
11. Millward C, Ferriter M, Calve SJ, Connel-Jones GG. (2008). "Gluten and Casein Free Diets for Autistic Spectrum Disorder" Cochrane Database Syst Rev, 16 (2).
12. Bilgiç A, Cöngöloğlu A. (2009). "Otizm Spektrum Bozukluklarında Biyolojik Temelli Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Uygulamaları" Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi, 16 (3).

13. Uçar K, Samur G. (2017). "Otizmin Tedavisinde Güncel Beslenme Tedavisi Yaklaşımları" *Bes Diy Derg*, 45 (1), 53-60.
14. Ly V, Bottelier M, Hoekstra PJ, Vasquez AA, Buitelaar JK, Rommelse NN. (2017). "Elimination Diets' Efficacy and Mechanisms in Attention Deficit Hyperactivity Disorder and Autism Spectrum Disorder" *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 26, 1067-1079.
15. Elder JH, Kreider CM, Schaefer NM, Laosa MB. (2015). "A Review of Gluten and Casein Free Diets for Treatment of Autism: 2005-2015" *Nutr Diet Suppl*, 7, 87-101.
16. Bostock E, Kirkby KC, Taylor B. (2017). "The Current Status of the Ketogenic Diet in Psychiatry" *Front Psychiatry*, 8, 43.
17. Ünal G, Özenoğlu A. (2016). "Nörogelişimsel Bozukluklarda Beslenme" *Clin Exp Health Sci*, 6 (2), 80-85.
18. Kurt E, Örün E. "Yeme Bozukluğu Olan Çocuğa Yaklaşım" (2016). *J Curr Pediatr*, 14, 129-35.
19. Bilgiç A. (2012) "Otizm Spektrum Bozuklukları" Karabekiroğlu K. (Ed.). *Bebek ve Ruh Sağlığı Temel Kitabı*. (459-480). Türkiye Çocuk ve Genç Psikiyatri Derneği Yayınları.
20. Görmez A, Kırpınar İ. "Otizm Spektrum Bozuklukları: Erişkinlikte Değişim ve Psikiyatrik Eşanılar", *Yeni Symposium*, 2015, 53 (4); 27-32.
21. MacDonald M, Esposito P, Ulrich D. (2011). "The Physical Activity Patterns of Children with Autism" *Research Notes*, 4, 422.
22. Curtin C, Bandini LG, Perrin EC, Taybor TJ, Must A. (2005). "Prevalence of Overweight in Children and Adolescents with Attention Deficit Hyperactivity Disorder and Autism Spectrum Disorders: A Chart Review" *Pediatrics*, 5(48), 1471-2431.
23. Criado KK, Sharp WG, McCracken CE ve ark. (2018). "Overweight and Obese Status in Children with Autism Spectrum Disorder and Disruptive Behavior" *Autism*, 22 (4), 450-459.
24. Lee H, Kang HC, Kim SW, Kim YK, Chung HJ. (2011). "Characteristics of Late-onset Epilepsy and EEG Findings in Children with Autism Spectrum Disorders" *Korean J Pediatr*, 54 (1), 22-28.
25. Canitano R, Luchetti A, Zappella M. (2005). "Epilepsy, Electroencephalographic Abnormalities and Regression in Children with Autism" *J Child Neurol*, 20 (1), 27-31.
26. Graf-Myles J, Farmer C, Thurm A, Royster C, Kahn P, Soskey L, Rohtschild L, Swedo S. (2013). "Dietary Adequacy of Children with Autism Compared to Controls and the Impact to Restrictive Diet" *J Dev Behav Pediatr*, 34 (7).
27. Liu X, Liu J, Xiong X, Yang T, Hou N, Liang X, Chen J, Li T. (2016). "Correlation Between Nutrition and Symptoms: Nutritional Survey of Children with Autism Spectrum Disorder in Chongqing, China" *Nutrients*, 8, 294.
28. Sun C, Xia W, Zhao Y, Li N, Zhao D, Wu L. (2013). "Nutritional Status Survey of Children Autism and Typically Developing Children Aged 4-6 years in Heilongjiang Province, China" *Journal of Nutritional Science*, 2 (16), 1-8.
29. Ferguson BJ, Marler S, Altstein LL ve ark. (2017). "Psychophysiological Associations with Gastrointestinal Symptomatology in Autism Spectrum Disorder" *Autism Res*, 10 (2), 276-288.
30. Meral BF. (2017). "Otizm spektrum bozukluğu olan çocuklarda beslenme problemleri ve bilimsel dayanaklı davranışsal müdahaleler" *Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Özel Eğitim Dergisi*, 18, 1-16.
31. Hubbard KL, Anderson SE, Curtin C, Must A, Bandini LG. (2014). "A Comparison of Food Refusal Related to Characteristics of Food in Children with Autism Spectrum Disorder and Typically Developing Children" *J Acad Nutr Diet*, 14 (12), 1981-87.
32. Nadon G, Feldman DE, Dunn W, Gisel E. (2011). "Association of Sensory Processing and Eating Problems in Children with Autism Spectrum Disorder", *Autism Research and Treatment*.
33. Meguid N, Anwar N, Zaki S, Kandeel W, Ahmed N, Tewfik I. (2015). "Dietary Patterns of Children with Autism Spectrum Disorder: A Study Based in Egypt" *Maced J Med Sci*, 3 (2), 262-267.
34. Hyman SL, Stewart PA, Schmidt B ve ark. (2012). "Nutrient Intake From Food in Children with Autism" *Pediatrics*, 130 (2), 145-153.

The Challenges of Child and Adolescent Psychiatrists in the Process of the Disability Report Evaluation

Heyet Raporu Değerlendirme Sürecinde Çocuk ve Ergen Psikiyatristlerin Yaşadıkları Zorluklar

İbrahim Selcuk ESİN¹, Hakan ÖĞÜTLÜ², Ayşe BÜYÜKDENİZ³, Zehra BABADAĞI⁴, Onur Burak DURSUN⁵, Şaziye Senem BAŞGÜL⁶

ABSTRACT

This study aimed to identify the challenges faced by child and adolescent psychiatrists on reporting Intellectual & Developmental Disability during the disability evaluation process in Turkey. One hundred five child and adolescent psychiatrists agreed to participate in the study. We asked them to complete an online questionnaire that was prepared for this study. The major challenge of the process was determining whether the disability is severe or not. On the other hand, the age range that the participants had the most difficulty in the process was preschool. As a result, child and adolescent psychiatrist had essential difficulties while evaluating children with Intellectual & Developmental Disabilities. As a solution, medical diagnosis and functionality should be evaluated together in order to determine the disability level and whether disability is severe or not.

Keywords: Benefits, Child and Adolescent Psychiatrist, Developmental Disability, Intellectual Disability, Reporting.

ÖZ

Bu çalışma, çocuk ve ergen psikiyatristlerinin Türkiye'de özel gereksinimi değerlendirme sürecinde Entellektüel Yeti Yitimi ve Bilişsel Gelişim Geriliği'ni raporlamada karşılaştıkları zorlukları tespit etmeyi amaçlamıştır. Yüz beş çocuk ve ergen psikiyatrist çalışmaya katılmayı kabul etti. Katılımcılardan, bu çalışma için hazırlanan çevrimiçi bir anketi doldurmaları istendi. Katılımcılar, sürecin kendileri için en büyük zorluğunun gereksinimin ciddi olup olmadığını belirlenmesi olduğunu belirttiler. Öte yandan, katılımcıların bu süreçte en fazla zorluk yaşadığı yaş aralığı okulöncesi idi. Sonuç olarak, çocuk ve ergen psikiyatristleri Entellektüel Yeti Yitimi ve Bilişsel Gelişim Geriliği tanılı çocukları değerlendirirken önemli zorluklarla karşılaşmıştır. Çözüm olarak, gereksinim düzeyini ve gereksinimin şiddetli olup olmadığını belirlemek için tıbbi tanı ve işlevsellik birlikte değerlendirilmesi gereklidir.

Anahtar Kelimeler: Bilişsel Gelişim Geriliği Çocuk ve Ergen Psikiyatristi, Entellektüel Yeti Yitimi, İmkanlar, Raporlama.

Bu çalışma 02-05/05/2019 tarihinde İstanbul/Türkiye'de düzenlenen 29. Ulusal Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kongresinde sözel bildiri olarak sunulmuştur. Araştırma için Atatürk Üniversitesi Etik Kurulun'undan izin alınmıştır (29.03. 2018, 118).

¹Dr. Öğr. Üyesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları, Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi, esinibrahimselcuk@gmail.com, ORCID: 0000-0002-3322-1905

²Uz. Doktor, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları, Ankara Şehir Hastanesi, hogutlu@gmail.com, ORCID: 0000-0002-1325-446X

³Uz. Doktor, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları, Sancaktepe Şehit Prof. Dr. İlhan Varank Eğitim ve Araştırma Hastanesi, aysebuyukdeniz@yahoo.com, ORCID: 0000-0003-3762-3271

⁴Uz. Doktor, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları, Kayseri Şehir Hastanesi, zehracam@gmail.com, ORCID: 0000-0002-3625-9888

⁵Doç. Dr., Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları, Sağlık Bilimleri Üniversitesi, onurburak007@yahoo.com, ORCID: 0000-0003-2990-9851

⁶Doç. Dr., Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları, Hasan Kalyoncu Üniversitesi, senembasgul@gmail.com, ORCID: 0000-0002-5205-0275

İletişim / Corresponding Author: İbrahim Selçuk ESİN
e-posta/e-mail: esinibrahimselcuk@gmail.com

Geliş Tarihi / Received: 28.04.2020

Kabul Tarihi/Accepted: 05.06.2020

INTRODUCTION

The World Health Organisation (WHO) defines disability as an umbrella term, which covers impairments, activity limitations, and participation restrictions due to health conditions.¹ Nevertheless, in Turkey, as in many countries, the definition and evaluation of disability vary according to the intended use, such as use for legal issues or benefit from social rights. For instance, the United States Social Security Administration widely defines childhood disability as a medically identifiable physical or mental problem that throws out at least 12 months and causes severe and significant functional limitations and is expected to result in death.^{2,3} Accordingly, it is critical to acknowledge that there is no globally accepted description of childhood disability.³⁻⁶

Children with special health care needs (CSHCN) are described as children with disability, who face challenges owing to chronic physical, developmental, behavioural, or emotional conditions, in terms of their individual traits and educational competencies. CSHCN require health, special education and related services of a type or amount beyond that required by children generally.^{3,7-9} The requirements of CSHCN vary from the severity and level of the disability; and also the presence of additional disabilities are among the critical determinant.^{10,11}

Within the scope of the disability evaluation process in Turkey, the level of the CSHCNs' disability, and whether the CSHCNs' disability severe or not are determined, and this process is finalized in a decision report, which is called a disability report. The disability report prepared by the health board is required for CSHN and their parents to apply for Social Security Disability Benefits. Benefits provided vary from country to country; special education and financial contribution are among the most common opportunities provided by many countries.^{3-5,12,13} The level of disability is determined according to legislation, based on the medical diagnosis based on international disease classification (ICD-10).

For instance, according to legislations, the level of disability determined for the diagnosis of mild intellectual disability is 50% for moderate intellectual disability 70% and 90% for profound intellectual disability. According to the legislation, severe disability defines those whose disability level is evaluated as 50% or more and cannot meet individual daily requirements without any help. Accordingly, there are two boxes to put a checkmark on the disability report, whether the current disability is severe; yes, and no.^{5,14}

In United States, special education and related services are presented by The Individuals with Disabilities Education Act. In Turkey, the name of the institution that provides special education is General Directorate of Special Education and Guidance Services. In Turkey, like many other countries, after taking a disability report, General Directorate of Special Education and Guidance Services perform assessments to identify the additional educational needs of the CSHCN.^{12,15} In United States, almost six million CSHCN receive special education services related to their disability.¹⁶ Furthermore, another essential benefit provided by the government is financial support to parents of CSHCN. The amount of financial benefits varied according to both level of disability and whether the disability is severe or not.¹⁷

The exact number of CSHCN is challenging to mention because of the inconsistent descriptions of what constitutes a disability used by various nationwide data collection sources. In a sample study published by the State Institute of Statistics of Turkey in 2004, the percentage of CSHCN in children and adolescent age groups was 8.78%.¹⁸ The WHO reported that as much as 20% of children and adolescents have a disabling mental disorder worldwide and Intellectual disability is the most common mental disorder evaluated within the scope of disability.^{3,19-21}

Intellectual Disability begins in childhood and is characterized by impairments in both intelligence and adaptive functioning, with varying severity. Developmental disability is used to describe intellectual and adaptive impairment in infants and preschool children.^{22,23} In Turkey, Child and adolescent psychiatry is the medical branch that is legally responsible for evaluating Intellectual & Developmental Disabilities in the disability evaluation process and psychologists and child development experts take part in assessments by performing developmental screening tests or psychometric measurements.

In Turkey, Child and adolescent psychiatry was instituted as a separate specialty since 1989.²⁴ Turkey is one of the most youthful nations of Europe. A third of the population being under the age of 18. World Health Organization's (WHO) state that the neuropsychiatric conditions in children and adolescents will cause a disproportionately large burden of disease.

However, in Turkey, like other countries, the number of child and adolescent psychiatrists is quite insufficient. The ratio of child and adolescent psychiatrists remains at around 1 per 44,715 children and adolescents. Thirty-two percent of the total number of Child and adolescent psychiatrists work in university settings as academics. Fifty-eight per cent of them work in state hospitals as specialists/specialist clinicians.²⁵⁻²⁶

Until now, many studies have been conducted on the prevalence and sociodemographic characteristics of CSHCN.^{27,28} However, as far as we know, there is no research on challenges faced by child and adolescent psychiatrists in the disability evaluation process. This study aimed to identify;

- The challenges faced by child and adolescent psychiatrists in the disability evaluation process for children with intellectual and developmental disability in Turkey.

MATERIALS AND METHODS

We sent an email to members of The National Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health Association of Turkey and gave detailed information about the scope of the study. One hundred five child and adolescent psychiatrists agreed to participate in the study. We asked them to complete an online questionnaire that was prepared for this study. This research was carried out between 2018-2019. The questionnaire was prepared after a thorough review of the literature on the disability evaluation process toward CSHCN by authors of current research. The questionnaire includes; sociodemographic characteristics of the participants, years of occupational experience, occupational position (academician or specialist), work intensity (taking into account the number of examined patients per week), quantity and quality of assistant personnel (i.e. psychologists, child development specialists), in which age group did they have more

difficulties in the evaluation process?, name of diagnostic tools and intelligence/development tests, which tests they used during the evaluation process and challenges during the evaluation process etc. This questionnaire was first piloted by twenty children and adolescent psychiatrists in order to check the clarity of the questions and choices. The questionnaire was also designed to include both closed and open-ended questions. The open-ended questions provided the opportunity for individuals to explain and elaborate on their views. We classified similar answers to the same group.

Ethical Aspect of Research

We received the necessary permission from the Ethical Committee of the Ataturk University Medical Faculty (29 March 2018, 118).

Data Analysis

Statistical analyses were performed using the Statistical Package for Social Sciences Statistics (SPSS) 20.0 program. Numerical variables were presented as mean and standard deviation (S.D.). Categorical data are given as numbers and percentages. Mann-Whitney U test or Student t-test was used among the groups depending on whether the variables show normal distribution or not. Pearson's chi-square and Fisher's exact tests were used to assessing the distribution of categorical variables. The statistical significance level was accepted as $p < 0.05$.

Limitation of Research

This study used a questionnaire-based survey methodology, so this study is

expected to have the limitations expected from all survey-based studies. Furthermore, since this study did not include all the child and adolescent psychiatrists, who were working in Turkey, the results of the study cannot be generalized to the whole country. Moreover, since only a few studies were done on this subject, it was not possible to discuss the results of our study globally.

Acknowledgments

All authors would like to thank to Prof. Angela Hassiotis for helping us finalise the article. We have received support from Scribendi, English language editor, in improving the manuscript.

RESULTS AND DISCUSSION

The data on the amount of occupational experience and work intensity of all participants are presented in Table 1.

Table 1. The Data Collected From The Child And Adolescent Psychiatrists

	<i>Child and Adolescent Psychiatrists (n=105)</i>	
Experience in Years	Mean ± SD	3.7±3.8
Number of Outpatient Patients	Mean ± SD (per week)	116.3±62.7
Number of CSHCN Applications	Mean ± SD (per week)	34.8±35.3
How many minutes does the evaluation process take?	Mean ± SD	14.9±9.3

SD: Standard Deviation

In preschool children in the disability evaluation process, 53.3% (n=56) of participants used the Denver II Developmental Screening Test, 39% (n=41) of participants used the Ankara Developmental Screening Inventory and 7.7% (n=9) of participants used other development tests. There was no significant difference between the specialists and academicians on the developmental tests used in the evaluation process ($p > 0.05$). Eighty (76.2%) participants indicated that developmental tests did not provide an adequate contribution to the final decision on the disability evaluation process, and due to this reason, they should be updated. Seventy-three (69.5%) participants stated that the number of assistant personnel was not sufficient in their clinic. Eighty-one (77.1%)

participants reported that Intelligence Quotient (I.Q.)/developmental tests, which were performed by the assistant personnel, did not contribute to the final decision on disability evaluation process at the desired level for various reasons, such as inadequate experience on carrying out I.Q./developmental tests. There were no significant differences among the specialists and academicians on whether having a sufficient number of assistant personnel and also having assistant personnel with adequate experience ($p > 0.05$).

In the disability evaluation process, eighty (76.9%) participants used their clinical experience, while twenty-four (23.1%) participants used the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5) criteria and I.Q./ Developmental

test scores. There was no significant difference between the specialists and academicians in terms of the diagnostic tools used in the evaluation process ($p>0.05$). Participants, who use clinical experience, made more disability evaluation per week ($p = 0.014$, $z = -2.450$). Furthermore, even not statistically significant, they also had both an insufficient number of assistant personnel and more assistant personnel with inadequate experience, and they also further stated that development tests should be updated.

The challenging issues, which faced by participants in the disability evaluation process, were the determination of the severity of the disability 57.8% ($n=59$) and the level of the disability 42.2% ($n=43$). During the disability evaluation process, while seventy-three (70.2%) participants stated that they had the most difficulties in preschool children, thirty-one (29.8%) participants had the most difficulties in school-age children and adolescents. There were no significant differences between the specialists and academicians on challenging issues and age range with difficulty during the disability evaluation process ($p>0.05$). Even not statistically significant, participants, who use clinical experience, stated that they had less difficulty in determination of the whether disability severe or not. Moreover, even not statistically significant, participants,

who stated that they had difficulty whether the disability is severe or not, allocated a shorter time to the disability assessment process. Similarly, even not statistically significant, participants, who stated that they had difficulty whether the disability is severe or not, had not got a sufficient number of assistant personnel and their assistant personnel had also inadequate experience.

Eighty-three (79%) participants stated that genetic diagnosis and forty-seven (44.8%) participants stated that chronic physical diseases (deafness, blind etc.) were not a component of the disability evaluation process on intellectual and developmental disabilities. Moreover, Thirty-two (30.5%) of participants claimed that the final decision of the disability evaluation process showed inconsistency among the child and adolescent psychiatrists. Participants re-evaluated an average of two CSHCN per week who objected to the disability report, and the most common reasons for objections to disability reports were the severity of the disability 69.7% ($n=69$) and the level of the disability 30.3% ($n=30$). Participants, who had not got a sufficient number of assistant personnel, were less likely to direct to specific education for children diagnosed with the stimulus-poor environment ($p=0.013$). The significant differences between specialists and academics are shown in Tables 2.

Table 2. Comparison of Specialists and Academics

	<i>Specialists</i> (<i>n=73</i>)	<i>Academics</i> (<i>n=32</i>)	<i>p value</i>
Experience in Years	3.1±3.6	5.5±3.8	<0.001* ($z=-3,868$)
Number of Outpatient Patients (per week)	129.5±49.2	86.3±79.1	<0.001* ($z=-4,440$)
Number of Disability Report Applications (per week)	37.8±34.9	27.9±35.8	0.021* ($z=-2,305$)
How many minutes does the evaluation process take?	12.4±7.1	20.6±11.3	<0.001** ($t=-3,818$)
The Tendency to Refer a CSHCN for Special Education n (%)			
Child with Borderline Mental Capacity	7 (9.7%)	14 (43.8%)	<0.001*** ($X^2=15.91$)
Child with Partial Developmental Delay	3 (4.2%)	6 (18.8%)	0.023*** ($X^2=5.96$)
Child with Developmental Disability (under the age of one)	15 (20.8%)	20 (62.5%)	<0.001*** ($X^2=17.22$)
Follow the CSHCN Regularly (Yes) n (%)	50 (68.5%)	28 (87.5%)	0.040*** ($X^2=4.2$)

*Mann-Whitney U test, **Student t test, ***Chi-squared test, SD: Standart Deviation

Intellectual & Developmental Disabilities are an essential public health problem due to its prevalence and the requirement for relevant services, such as educational, financial. Therefore, it is necessary to

provide easy access to health services and appropriate supports within the scope of Intellectual Disability management. The quality of life for CSHCN and the quality of the service provided to them are considered

one of the most important indicators of the level of development of a society in terms of health, education, and the economy.^{13,23,29} In this context, this study set out to identify the challenges faced by the child and adolescent psychiatrists in the disability report evaluation process on children with Intellectual & Developmental Disabilities.

Intellectual & Developmental Disabilities diagnosis, which have two critical conditions, such as I.Q., Developmental screening tests, and difficulties in adaptive functioning, are highly heterogeneous and comprise a diverse spectrum of functioning and impairments and needs.^{23,29} Because of highly heterogeneous, the evaluation process is complicated and quite tricky consisting of many steps. Nevertheless, it may be affected by many parameters, such as the experience of the psychiatrist and also assistant personnel, the time duration of the evaluation process, and diagnostic instruments used.

In the current study, participants stated that they had some difficulties while evaluating children with Intellectual & Developmental Disabilities. The main challenges in the disability evaluation process can be divided into two areas. The most difficult one among them was determining whether the disability is severe or not. Another one was the determination of the level of the disability. Similarly, reasons for the objection to disability report were the severity of the disability and the level of the disability, respectively. It was quite noteworthy that there were similarities between the reasons for objection by parents and the main challenges faced by the child and adolescent psychiatrists. In a study by Keten et al. (2012), the reasons for objections to disability reports in adults were examined, and reasons were the level of the disability, the severity of the disability, and both the level and the severity of the disability, respectively.³⁰ Although the results of this study were similar to the current study results, it was thought that the difference might be due to the age range of the participants in the studies.

Nevertheless, the I.Q. score is no longer the main feature used to classify the Intellectual Disability severity, even though the International Classification of Diseases, the 10th revision (ICD-10) codes continue to use the I.Q. scores. In Turkey, the disability report legislation is prepared with ICD-10 guiding. In this case, I.Q. scores, in the evaluation process, might have caused too much consideration by participants.⁵ I.Q. score only facilitates the classification of Intellectual Disability. However, if the assessment of adaptive skills is not complete, the medical diagnosis may be incorrect, and at the same time, severe disability assessment cannot be performed. Because the absence of significant adaptive impairment (even though the I.Q. score is <70) restrains a diagnosis of Intellectual Disability and also the severity of the disability is determined by taking into account the degree of impairment in adaptive function and the level of support required.^{23,29,31} Participants, who stated that they had difficulty whether the disability is severe or not, allocated a shorter time to the disability assessment process; due to this reason, another possible cause for this challenge may be that the duration of the disability evaluation process is quite short. Adaptive functions may not have been adequately evaluated due to limited evaluation time.

In the disability evaluation process, while 76.9% of the child and adolescent psychiatrists used their clinical experience, 23.1% of the child and adolescent psychiatrists used DSM-5 and/or intelligence/development test scores. Furthermore, the child and adolescent psychiatrists, who preferred using clinical experience, evaluated a significantly higher number of CSHCN and re-evaluated more reports due to objection, per week. And also, they had more qualitative and quantitative deficiencies of assistant personnel. The qualitative and quantitative deficiencies of psychologists and time constraints due to intensive numbers of CSHCN evaluations per week were considered to be the reasons for preferring evaluations based on clinical experience. The clinical experience-based

assessments is a DSM-based evaluation type, although, it is completed in a much shorter time than DSM-5-based evaluations because it is completely unstructured.³² Evaluations based on clinical experience allow the child and adolescent psychiatrists to get decisions in a short time without any help from the psychologists in the disability evaluation process. Moreover, clinical experience usually tends to over ascertain compared to strict criteria, as DSM-5. This situation may have been the other reason for the reliance on clinical experience. Nevertheless, clinical factors inform instrument selection, administration, and interpretation; due to this reason, clinical assessment is an important complement to standardized testing. Correspondingly, participants, who used their clinical experience instead of the I.Q. score, stated that they had less difficulty in assessing severe disability. Clinical evaluation plays an essential role in determining the strengths, needs and limitations of CSHCN, because it is expected that clinical assessment provides more opportunity to evaluate adaptive functions of CSHCN than DSM-5 and I.Q..³³

Within the scope of current study, the age range, which was found the most difficult in the evaluation process by participants, was investigated. Participants had more difficulty with preschool-age children. The I.Q. test provides an appropriate classification since the disability reports format is prepared under the guidance of ICD 10.³⁴ Nevertheless, unlike I.Q. tests, developmental screening tests address four domains of child development: personal-social skills, fine motor and adaptive skills, gross motor skills and language skills, and so, developmental screening tests do not show concordance with the disability reports format³⁵. As a consequence, in the evaluation process of preschool children, due to using developmental screening tests, is relatively more difficult than evaluation of school-age children. In addition to this, "Severely Disabled" defines an individual who cannot fulfill their daily activities without the help of others.⁵ Even preschool children with typical development are dependent on their parents,

so it is quite challenging to assess whether they are severely disabled. As a result, considering all these situations, it is easy to understand why children and adolescent psychiatrists experience more difficulties in the evaluation process for preschool-age children.

An important reason for objections to reports is contradictions between evaluators.³² Similar to in the literature, an important percentage of the child and adolescent psychiatrists stated that the reporting of disability evaluation process did not show consistency between evaluators. It was determined that most of the child and adolescent psychiatrists, who claimed a discrepancy, preferred using their clinical experience in the process. A problem frequently encountered in studies in which unstructured clinical interviews are preferred is the contradictions among the evaluators.³⁴ As a consequence, evaluations based on clinical experience may have contributed to discrepancies in the final decision of disability report. In addition to this, developmental screening tests are used in preschool age, and they do not show concordance with the disability report format, leaving the interpretation of the data obtained entirely to the children and adolescent psychiatrists. After all, it is sure to see discrepancies between the evaluators, since a standard assessment cannot be made. In the reporting of disability evaluating process, more than half of the child and adolescent psychiatrists did not accept that the genetic diagnosis was a component of the evaluation process and approximately half of the child and adolescent psychiatrists did not also accept that physical problem (deafness, blind etc.) was a component of the evaluation process. These different approaches may also additional contributions to the contradictions between the evaluators. As a natural consequence of these issues, it may lead to an increased objection to disability reports.

Children diagnosed with borderline intellectual functioning and children with partial developmental delays, who did not fulfill any diagnostic criteria, as well as

children diagnosed with global developmental delay before the age of one were referred to special education by academics more than specialists. It may be related to the higher tendency of

academicians to direct children to special education, to have more experience and to allocate more to the disability report evaluation process in parallel with low working intensity.

CONCLUSION AND RECOMMENDATIONS

This study is the first study on the challenges faced by the child and adolescent psychiatrists who play a primary role in the disability evaluation process for CSHCN. Thus, data obtained from our research are expected to form the basis for future studies on reporting the disability evaluation process. The results show that the main challenge faced by child and adolescent psychiatrists in the process of disability report evaluation is related to the method used in the evaluation process of the disabled child. The level of disability, in Turkey, is determined by considering only the medical diagnosis in mental disorder practice. This may lead to loss of financial benefits for an individual with greater loss of functionality among individuals with the same medical diagnosis. "Severely Disabled" is mostly defined for adult age group. According to this definition, it is not clear which CSHCN, particularly before the age of six, will be admitted with "Severely Disabled". Moreover, the absence of a globally accepted definition of childhood

disability makes it even more difficult to draw borders in the concept of "Severely Disabled". In order to solve this problem, a new definition for "Severely Disabled" is required for the childhood age group.

In conclusion, the approach in which functionality and medical diagnosis are evaluated together may solve many problems by facilitating the reporting process and reducing objections. Thus, internal consistency between doctors can be achieved, objections also can be reduced, CSHCN' supporting by social benefits immediately (especially special education) and benefits can be distributed fairly. Furthermore, increasing the number and experience of assistant personnel and the most important one increasing the number of child and adolescent psychiatrists. By this means, it will have expected that it may provide sufficient time for the evaluation process, contribute to their regular monitoring of CSHCN in the outpatient clinic and reduce the workload of doctors.

REFERENCES

1. Bornman, J. (2004). "The World Health Organisation's terminology and classification: application to severe disability". *Disability rehabilitation*, 26 (3), 182-8. <https://doi.org/10.1080/09638280410001665218>.
2. Disability Determination Services (DDS) Responsibilities For Development Of Work Activity. [Accessed 2020 March 17] Available from: <https://securissagov/apps10/pomsnsf/lnx/0424001005>.
3. National Academies of Sciences E, Medicine (2018). *Opportunities for improving programs and services for children with disabilities*: National Academies Press.
4. Disability. Child Disability Report. [Accessed 2020 March 17] Available from: <https://securissagov/apps6z/i3820/mainhtml>.
5. Disability Measurement, Disability Classification and Regulation On Health Board Reports (2013). *Gazette Legal*. [Accessed 2020 Febr 17] Available from: <https://www.resmigazetegovtr/eskiler/2013/03/20130330-4htm>.
6. Hilal, A. (2016). "Maluliyet Hesaplamalarında Karşılaşılan Sorunlar". *The Bulletin of Legal Medicine*, 21 (2). <https://doi.org/10.17986/blm.2016220387>.
7. McPherson, M, Arango, P, Fox, H, Lauver, C, McManus, M, Newacheck, PW, et al. (1998). "A new definition of children with special health care needs". *Pediatrics*, 102 (1), 137-9. <https://doi.org/10.1542/peds.102.1.137>.
8. Committee on Psychological Testing IV. (2015). *Psychological Testing in the Service of Disability Determination*.
9. National Survey of Children with Special Health Care Needs 2009–2010. [Accessed 2020 March 17] Available from: <https://mchbhrsagov/cshcn0910/indexhtml>.
10. Greenspan SI, Wieder S, Simons R. (1998). *The child with special needs: Encouraging intellectual and emotional growth*: Addison-Wesley/Addison Wesley Longman.
11. Karadag, G. (2009). "Hardships undergone by mothers with handicapped children, hopelessness and social support from family". *Medicine, Military Turkey Preventive medicine bulletin*, 8 (4), 315-22.
12. Special Education Services Regulation (2018). *Gazette Legal* [Accessed 2020 March 17] Available from: http://orgmmebgovtr/meb_iys_dosyalar/2018_07/09101900_oz_el_egitim_hizmetleri_yonetmeligi_07072018pdf.

13. Under the UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities. [Accessed 2020 March 17] https://ailevecalismagovtr/media/12393/national_indicators_disabilities_rights.pdf.
14. Tak, A. (2018). "Assessment of Neurological Diagnoses in Patients Applying to the Health Board". *Journal of Clinical Experimental Investigations*, 9 (3), 126-30. <https://doi.org/10.5799/jcei.458760>.
15. Education (2013). Part B of the Individuals with Disabilities Education Act notice of proposed rulemaking: Final regulations. [Accessed 2020 March 17] Available from: <https://www.gpo.gov/fdsys/pkg/FR-2013-02-14/pdf/2013-03443.pdf>.
16. U.S. Department of Education. (2018). [Accessed 2020 March 17] Available from: <https://www2.ed.gov/programs/osepidea/618-data/static-tables/index.html>.
17. Regulation on Financial Benefits Provided to Disabled Turkish Citizens. [Accessed 2020 March 17] Available from: <https://www.mevzuat.gov.tr/Metin.aspx?MevzuatKod=7517049&MevzuatIliski=0&sourceXmlSearch>.
18. Institute TS. (2004). Turkey Disability Survey. Turkish Statistical Institute Publications Ankara.
19. Organization WHO. (2000). The world health report 2000: health systems: improving performance: World Health Organization.
20. Sahin, N, Altun, H, Bilge, K. (2014). "Assessment of Disabled Child Health Council Reports". *Kocatepe Medical Journal*, 15 (1), 48-53.
21. Akar, T, Demirel, B. (2008). "The Analysis of Disableds Applied to University Hospital". *Türkiye Klinikleri Journal of Forensic Medicine and Forensic Sciences*, 5 (3), 101-8.
22. Kishore, MT, Udipi, GA, Seshadri, SP. (2019). "Clinical practice guidelines for assessment and management of intellectual disability". *Indian journal of psychiatry*, 61 (Suppl 2), 194.
23. Association AP. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®): American Psychiatric Pub.
24. Organization WH, Health WHODoM, Abuse S, Association WP, Child IAf, Psychiatry A, et al. (2005). Atlas: child and adolescent mental health resources: global concerns, implications for the future: World Health Organization.
25. Turkish Statistical Institute. [Accessed 2020 March 17] Available from: <http://www.turkstat.gov.tr/Start.do;jsessionid=KCxPpk9dTmRBFf6nVQKjSf2vNTLdq0BTL7tWyMpcwwdv6LvNhPxG!1602647328>.
26. Organization WH. (2003). Caring for children and adolescents with mental disorders: Setting WHO directions.
27. Benli, AR, Cortuk, M, Inci, H, Benli, NC. (2016). "Evaluation of Causes Application on Medical Board". *Konuralp Medical Journal*, 8(3), 167-72. <https://doi.org/10.18521/ktd.280035>.
28. Alwhaibi, RM, Zaidi, U, Alzeiby, I, Alhusaini, A. (2020). "Quality of Life and Socioeconomic Status: A Comparative Study among Mothers of Children with and without Disabilities in Saudi Arabia". *Child Care in Practice*, 26(1), 62-80. <https://doi.org/10.1080/13575279.2018.1512951>.
29. AAIDD. Definition of Intellectual Disability. [Accessed 2020 Febr 17] <http://aaid.org/intellectual-disability/definition>.
30. Ketten, A, Akcan, R, Karapirli, M, Durgut, P, Kılınç, I, Karacaoglu, E, et al. (2012). "Evaluation of Cases Referred to Medical Board Due to Appeal". *Forensic Medicine*, 20-6. <https://doi.org/10.5505/adlitip.2012.46036>.
31. ICD (10). (2012). International classification of diseases, 10th revision. Available from: [Accessed 2020 Febr 17] https://www.who.int/classifications/icd/ICD10Volume2_en_2010.pdf.
32. Mueller, AE, Segal, DL. (2014). "Structured versus semistructured versus unstructured interviews". *The Encyclopedia of Clinical Psychology*, 1-7. <https://doi.org/10.1002/9781118625392.wbecp069>.
33. Evans, DW, Uljarević, M. (2018). "Parental education accounts for variability in the IQs of probands with Down syndrome: A longitudinal study". *American Journal of Medical Genetics Part A*, 176 (1), 29-33. <https://doi.org/10.1002/ajmg.a.38519>.
34. Girimaji, SC, Pradeep, AJV. (2018). "Intellectual disability in international classification of Diseases-11: A developmental perspective". *Indian Journal of Social Psychiatry*, 34 (5), 68. https://doi.org/10.4103/ijsp.ijsp_35_18.
35. Contributors. W. (2019). Denver Developmental Screening Tests. Wikipedia, The Free Encyclopedia.

Hemşirelik Son Sınıf Öğrencilerinin Mezuniyet Sonrası Psikiyatri Kliniğinde Çalışmaya İlişkin Görüşleri: Nitel Bir Çalışma

Views Of The Senior Nursing Students About Working At A Psychiatry Clinic After Graduation: A Qualitative Study

Sevda UZUN¹, Satı DEMİR²

ÖZ

Bu araştırmanın amacı hemşirelik son sınıf öğrencilerinin mezuniyetten sonra psikiyatri kliniğinde çalışmaya yönelik görüşlerinin belirlenmesidir.

Çalışmada nitel araştırma modeli kapsamında fenomenoloji deseni kullanılmıştır. Çalışmaya 23 hemşirelik son sınıf öğrencisi katılmıştır. Araştırma kapsamında veri toplamak için araştırmacılar tarafından geliştirilen öğrencilerin demografik özelliklerini içeren soru formu ve yarı yapılandırılmış görüşme formu kullanılmıştır.

Öğrencilerin yaş ortalaması 21,5±0,51 olup %71,7'sinin hemşirelik mesleğini isteyerek seçtiği, %95,7'sinin hemşirelik mesleğini seçmiş olmaktan memnun olduğu belirlenmiştir. Yapılan analizler sonucunda elde edilen kategoriler; ruhsal hastalık algısı, ruhsal hastalığı olan bireye ilişkin görüşler, branş olarak psikiyatri hemşireliği ile ilgili görüşler ve psikiyatri kliniğinde çalışma ile ilgili görüşlerdir. Çalışmaya katılan öğrencilerin yarıdan fazlası psikiyatri hemşireliğini özel, doyum veren bir alan olarak gördükleri ve ruhsal hastalığa sahip bireylere yardım etmek istedikleri için psikiyatride çalışabileceklerini öğrencilerin bir kısmının ise bu bireylere ilişkin korku/anksiyete hissettikleri, etkilenebileceklerini ve iletişim kuramayacaklarını düşündükleri için mezuniyet sonrası psikiyatri kliniğinde çalışamayacaklarını ifade etmişlerdir.

Araştırma psikiyatri kliniğinde çalışmayı isteyen öğrencilerin çoğunlukta olduğunu, öğrencilerin bir kısmının ise anksiyete/korku yaşadığını; hemşirelik lisans programındaki ruh sağlığı ve hastalıkları hemşireliği dersinin öğrencilerin ruhsal hastalığa sahip bireylere ilişkin hissedilen korku/anksiyete ile baş etmeyi destekleme ve stigmatın kırılması yönünde planlanması gerektiğini göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: Hemşirelik, Psikiyatri Kliniği, Öğrenci

ABSTRACT

The research was carried out to determine the views of senior nursing students about working at a psychiatric clinic after graduation.

The research has a phenomenological design, one of the qualitative research models. 23 nursing senior students were involved in the study. A questionnaire including the demographic characteristics of the students and a semi-structured interview form were developed by the researchers to collect the data.

The results demonstrated that the mean age of the students was 21.5±0.51, 71.7% chose the nursing profession voluntarily, and 95.7% were pleased to choose the nursing profession. The categories that emerged as a result of the analysis were the perception of mental diseases, views about an individual with a mental illness, views about psychiatry nursing as a profession, and views about working at a psychiatry clinic.

More than half of the students expressed that they could work at a psychiatry clinic after graduation because they considered psychiatry nursing as a special and satisfying field and wanted to help individuals with mental illnesses. However, some of them stated that they could not work at a psychiatry clinic as they felt fear/anxiety about these individuals, might be affected by this situation, and could not communicate with them.

The majority of the students wanted to work at a psychiatry clinic, but some of them experienced anxiety/fear. Therefore, the study demonstrated that mental health and disease nursing course in nursing undergraduate program should be planned to support students to cope with their fear/anxiety towards the individuals with mental illness and to break the stigma.

Keywords: Nursing, Psychiatry Clinic, Student

¹Arş. Gör. Sevda UZUN¹, Psikiyatri Hemşireliği, Gümüşhane Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, sevdauzun50@gmail.com, ORCID: : 0000-0002-5954-717X

²Doç. Dr. Satı DEMİR², Psikiyatri Hemşireliği, Gazi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, satidemir2013@gmail.com, ORCID: :0000-0003-4232- 8891

GİRİŞ

Hemşirelik, hasta ile etkileşimler sonucunda ihtiyaçların karşılandığı ve problemlerin çözüldüğü ve değişimlerin yaşandığı dinamik bir süreci ifade etmektedir.¹Hemşirelerin rollerindeki değişimlerle birlikte eğitim ve uygulama alanında gelişmeler yaşanmış ve uzmanlık alanları ortaya çıkmıştır. Bu uzmanlık alanlarından birisi de psikiyatri hemşireliğidir.²

Ruh sağlığı ve hastalıkları hemşireliği; hemşirenin bilgisini, deneyimini, becerisini, biyolojik ve sosyal bilim verilerini, etkili kullanabilen bilim ve sanattan oluşan bir sağlık disiplini.³

Lisans eğitiminin birincil amacı her bir öğrencinin mezun olduktan sonra sağlık sektörünün farklı alanlarında profesyonel hemşire olarak çalışmaya hazır duruma gelmesidir.⁴Eğitsel hazırlığın boyutları arasında ruh sağlığı ve hastalıkları hemşireliği yer almaktadır. Sağlığın fiziksel, psikososyal ve emosyonel yönlerinin olması hemşirelik temel eğitiminde bu alanın önemini vurgulamaktadır.

Ruh sağlığı ve hastalıkları hemşireliği eğitimi; ruh sağlığı ve hastalıkları hemşireliğinin temel ilke, kavram, işlev ve sürecini inceleyerek bunları bireyin ve toplumun ruh sağlığını koruma, geliştirme ve tedavi sürecinde etkin biçimde kullanımını sağlamayı amaçlar.³ Bütün bu uygulamaların özünde hemşirelik öğrencilerinden hasta ve danışanlarını terapötik iletişim tekniklerini kullanarak bütüncül bakım felsefesi temelinde, ruh sağlığı ve hastalıkları

hemşireliğine özgü bilgiler doğrultusunda değerlendirme yapması beklenmektedir.^{3,5}

Ruh sağlığı ve hastalıkları hemşireliğinde kullanılan bilgi ve becerilerin öğrenciye kazandırılmasında eğitim sürecinin klinik aşaması oldukça önemlidir ve öğrencinin profesyonel kimlik gelişimi için kazanabilmesi için gereklidir.⁶

Ruh sağlığı ve hastalıkları hemşireliği eğitiminin klinik uygulamasında öğrencilerden kendi duygu ve düşüncelerinin farkında olarak bireyi ruhsal olarak değerlendirme ve görüşme yapabilme, bakım verebilme ve terapötik iletişim kurabilme gibi yeterlilikler beklenmektedir.³Bu süreç, oldukça önemlidir fakat öğrenciler uygulama alanlarında pek çok zorluklarla da karşı karşıya kalmaktadırlar.⁷

Literatürde ruh sağlığı ve hastalıkları hemşireliği dersinin öğrenciler üzerindeki etkilerini inceleyen çalışmalar bulunmakla birlikte öğrencilerin mezuniyet sonrası psikiyatri kliniğinde çalışmaya ilişkin görüşlerini ortaya koyan nitel bir çalışmaya ulaşılamamıştır.^{5,8,9}

Öğrencilerin psikiyatri kliniğinde çalışmaya yönelik görüşlerinin belirlenmesi, öğrencilerde mezuniyet sonrası ruhsal hastalık ve ruhsal hastalığı olan bireylere bakım vermeye yönelik olumlu algı geliştirmenin yollarına ilişkin eğitimcilere katkı sağlayabilir. Bu nedenle planlanan çalışmada ruh sağlığı ve hastalıkları hemşireliği dersini alan hemşirelik son sınıf öğrencilerinin, mezuniyetten sonra psikiyatri kliniğinde çalışmaya yönelik görüşlerinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

MATERYAL VE METOT

Araştırmanın Amacı ve Tipi:

Araştırma hemşirelik son sınıf öğrencilerinin mezuniyet sonrası psikiyatri kliniğinde çalışmaya ilişkin görüşlerini belirlemek amacıyla nitel bir çalışma olarak yapılmıştır.

Çalışma Grubu

Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik bölümünün 2019-2020 eğitim- öğretim yılı güz dönemindeki son sınıf (4. Sınıf) öğrencileri çalışmanın evrenini oluşturmaktadır. Son sınıfa devam eden toplam 96 hemşirelik öğrencisi bulunmaktadır. Öğrenciler son sınıf güz

döneminde meslek derslerinden ruh sağlığı ve hastalıkları hemşireliği dersini almaktadır. Bu ders saati bir dönemde toplam 84 saatlik teorik ve 08-16.00 saatleri arasında yürütülen sekiz günlük klinik uygulamadan oluşmaktadır. Öğrencilerin teorik dersin %70'ine ve klinik uygulamanın ise tamamına devam zorunluluğu bulunmaktadır. Dönemdeki teorik derslerin tamamlanmasının arkasından klinik uygulama başlamaktadır. Klinik uygulama, Devlet Hastanesi, Toplum Ruh Sağlığı Merkezi ve Özel Eğitim Merkezi'nde yürütülmektedir. Öğrenciler bu merkezlerde öğretim elemanı ve merkez çalışanları rehberliğinde ruhsal hastalık tanısı almış olan bireylerle çalışmayı deneyimlemektedir. Çalışmada dahil edilme kriterleri; çalışmaya katılımda gönüllü olma, psikiyatri hemşireliği dersinin teorik ve klinik uygulamasının devam zorunluluğunu sağlamış olma, dışlama kriterleri ise; dersi tekrar alıyor olma ve ruhsal hastalık tanısı varlığı şeklinde belirlenmiştir. Çalışmaya gönüllü olarak katılmayı kabul eden 23 hemşirelik son sınıf öğrencisi katılmıştır. İşleme kriterlerini karşılayan öğrencilerle görüşmelere veriler doygunluğa ulaşana kadar devam edilmiştir. Veriler tekrarlanmaya başladığında ve yeni veri elde edilemediğinde görüşmeler sonlandırılmıştır. Bu şekilde çalışma 23 katılımcı ile tamamlanmıştır.

Veri Toplama Araçları

Araştırmanın verileri "Katılımcı bilgi formu" ve "Yarı yapılandırılmış görüşme formu" ile toplanmıştır.

Katılımcı Bilgi Formu

Araştırmacılar tarafından hazırlanan bu formda yaş, cinsiyet, medeni durum, hemşirelik mesleğini tercih etme durumu, meslek tercihinden memnuniyet durumu ve ailede ruhsal hastalık durumu ile ilgili altı soru yer almaktadır.

Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu

Bu form hemşirelik son sınıf öğrencilerinin psikiyatri kliniğinde çalışmaya

ilişkin görüşlerinin belirlenmesi amacıyla araştırmacılar tarafından uzman görüşü alınarak oluşturulmuştur. Derinlemesine bireysel görüşme yapılırken bu form kullanılmıştır. Görüşme formu "giriş bölümü, araştırma-görüşme soruları ve kapanış" bölümlerinden oluşmaktadır.¹⁰ Giriş bölümü görüşmecinin kendini tanıtmayı, görüşmenin amacı ve özelliklerini açıklamasını içermektedir. Görüşme formunda yer alan sorular şunlardır;

1. "Ruhsal hastalık" kavramı sizin için ne ifade ediyor? (Katılımcı cevap verdikten sonra; "Ruhsal hastalığı, fiziksel hastalıkla karşılaştırdığınızda ne söylersiniz? Tedavi edilebilir mi? Bireyler üzerindeki etkileri nelerdir?" gibi sorular sorularak katılımcı anlatımlarını derinleştirmeye teşvik edilir.)

2. Ruhsal hastalığa sahip bireylerle ilgili düşünceleriniz nelerdir? (Katılımcı cevap verdikten sonra; "Kişilerarası ilişkileri nasıldır? Çevresindeki insanlara karşı davranışları nasıldır? Ruhsal hastalığı olan bireyle aynı ortamda bulunma ile ilgili ne düşünüyorsunuz? Ruhsal hastalığı olan bireyle zaman geçirme/arkadaşlık etme ile ilgili ne düşünüyorsunuz? Açıklar mısınız? Örnek verir misiniz?" gibi ifadelerle katılımcı anlatımlarını derinleştirmeye teşvik edilir.)

3. Meslek olarak psikiyatri hemşireliği ile ilgili ne düşünüyorsunuz? (Ruhsal Hastalığı olan bireye bakım verme ile ilgili ne düşünüyorsunuz? Sizin için olumlu/kolaylaştırıcı yanları nelerdir? Sizin için olumsuz/güçleştirici yanları nelerdir?)

4. Mezuniyetten sonra psikiyatri kliniğinde çalışma ile ilgili ne düşünüyorsunuz? (Çalışmak isterim ya da istemem şeklindeki cevaplardan sonra; "Çalışmayı isteme nedenleriniz nedir? Çalışmayı istememe nedenleriniz nedir?" soruları ile katılımcı anlatımlarını derinleştirmeye teşvik edilir.)

Hazırlanan açık uçlu sorulara, alanda uzman iki akademisyenin görüşüne sunulmuş son hali verilmiştir. Hazırlanan açık uçlu sorulara son hali verildikten sonra iki hemşirelik son sınıf öğrencisiyle pilot

görüşme yapılmıştır. Pilot uygulama sonucunda görüşme sorularının uygun olduğu sonucuna varılmıştır.

Verilerin Toplanması

Veriler, yüz yüze görüşme tekniğinin kullanıldığı yarı yapılandırılmış derinlemesine bireysel görüşme ile toplanmıştır.¹¹ Görüşmede önceden belirlenmiş sorulardan yola çıkılarak gelen yanıtlara ve görüşmenin akışına bağlı olarak alt sorular sorularak görüşmenin derinliği artırılmıştır. Derinlemesine yapılan görüşmelerde araştırmacı görüşmenin akışını belirleyebilir, alt sorularla zamandan kazanç sağlayabilir. Ayrıca alt soruların kullanılması, görüşmede esneklik ve karşılıklı etkileşim sağladığı için görüşmenin katılımcı tarafından anket uygulaması gibi algılanmasını önleyebilmektedir.¹⁰ Görüşmeler Şubat-Mart 2020 tarihleri arasında Sağlık Bilimleri Fakültesi binasında görüşmenin bölünmeyeceği sessiz bir odada birinci araştırmacı tarafından yapılmıştır. Görüşme süresi ortalama 25-30 dakika sürmüştür. Görüşme sırasında elde edilen verilerin kaydı için ses kayıt cihazı kullanılmıştır. Kapanış bölümünde ise bireye teşekkür edilerek görüşme sonlandırılmıştır.

Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın yapılabilmesi için Gümüşhane Üniversitesi Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulundan (2020/2 sayılı) ve Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekanlığı'ndan (48231940-619-E.8641) izin alınmıştır. Katılımcıların bilgilendirilmesi amacıyla araştırmacılar tarafından hazırlanan "Gönüllü Bilgilendirilmiş İzin Formu" görüşme öncesinde katılımcılar tarafından okunup imzalanmıştır. Ses kayıt cihazı kullanılacağı belirtilen metinde, kimliklerin ve ses kaydının gizliliği konusunda güvence verilmiştir. Çalışmada araştırmacılar tarafından hazırlanan sosyo-demografik özellikleri içeren anket formu ve yarı yapılandırılmış görüşme formu kullanılmıştır. Bulgularda yer alan doğrudan alıntılarda, katılımcılar numaralandırılarak Ö1, Ö2 şeklinde belirtilmiştir.

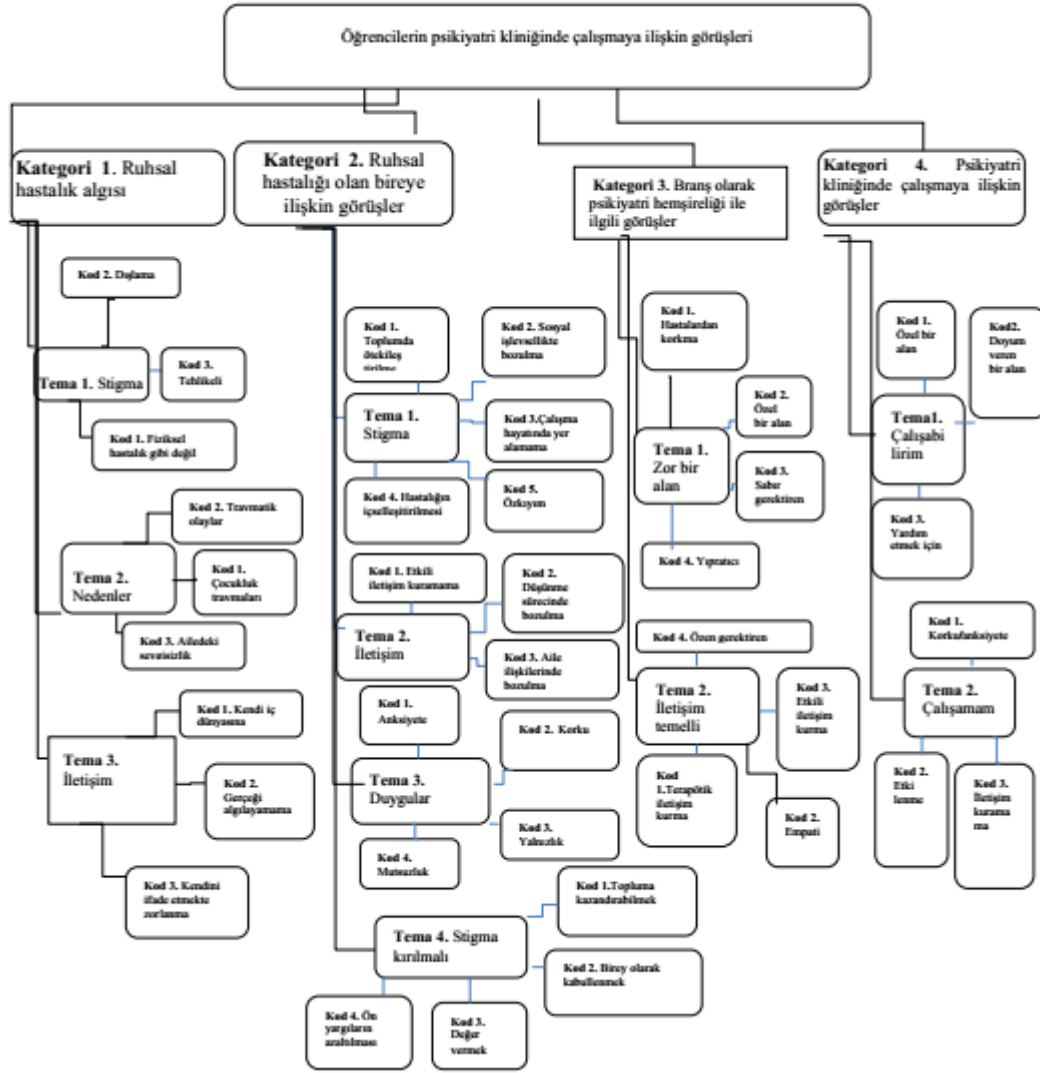
Verilerin Analizi

Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı analizler (sayı, yüzde, ortalama, standart sapma) ile içerik analiz yöntemi (yarı yapılandırılmış görüşme verileri için) kullanılmıştır. İçerik analizinde temelde yapılan işlem, birbirine benzeyen verileri belirli kodlar, kategoriler ve temalar çerçevesinde bir araya getirmek ve bunları okuyucunun anlayabileceği bir biçimde düzenleyip yorumlamaktır. Bu işlem birtakım aşamalardan oluşmaktadır. Bu çalışmada; kod, kategori ve temaların oluşturulması aşamaları izlenmiştir.¹² Veri analizinde ilk önce ses kayıt cihazına kaydedilen görüşmeler verilerin doğal haline hiç dokunulmadan bilgisayara aktararak ve metnin yanına varsa katılımcıların jestleri, ses tonu değişiklikleri gibi veriler not edilerek kaydedilmiştir.^{13,14} Veriler yazılırken bireylerin isimleri kullanılmamış olup analizde kolaylık sağlaması bakımından görüşme yapılan her birey numaralandırılarak kodlanmıştır (Örneğin Öğrenci 1 için Ö1, Öğrenci 2 için Ö2 gibi). Analize geçmeden önce veriler dikkatlice tekrar okunmuş, araştırma açısından önemli veriler kodlanmış ve uygun kodlar bir araya getirilerek kategoriler oluşturulmuştur.^{12,14,15} Uygun kategorilerin bir araya getirilmesiyle araştırmanın temaları oluşturulmuştur.^{13,15} Son olarak temalar okuyucunun anlayabileceği bir biçimde düzenlenerek yorumlanmıştır.¹⁴ Araştırmada geçerlik ve güvenilirlik için gerekli ölçütler dikkate alınmıştır. Geçerlik, iç ve dış geçerlik; güvenilirlik ise, iç ve dış güvenilirlik olmak üzere iki bölümden oluşmaktadır. İç geçerlik inandırıcılık, dış geçerlik aktarılabirlik; iç güvenilirlik tutarlılık, dış güvenilirlik teyit edebilirlik olarak ele alınmıştır.^{10,14,15} Bu araştırmanın inandırıcılığını sağlamak amacıyla bütün görüşmeler ses kayıt cihazı ile kayıt edilmiş ve beraberinde araştırmacı gözlem notu tutmuştur. Analizler konu ile ilgili eğitimi ve deneyimi olan açık uçlu soruların hazırlanmasında da görüş bildiren iki uzman tarafından değerlendirilmiştir. Bu araştırmada kullanılacak veri toplama araçları, araştırmanın ham verileri, analiz aşamasında yapılacak kodlamalar ve diğer

tüm materyaller teyit edilebilirlik açısından saklı tutulacaktır.

Öğrencilerin psikiyatri kliniğinde çalışmaya ilişkin görüşleri dört kategori altında tema ve kodlar şeklinde

belirlenmiştir. Kategori, tema ve kodlar daha anlaşılır olması açısından şematize edilmiştir (Şekil 1).



Şekil 1. Yarı Yapılandırılmış Görüşmeye Ait Kategori ve Şemalar Özeti

Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın sadece bir üniversitenin sağlık bilimleri fakültesi hemşirelik bölümü son sınıf öğrencilerinin görüşlerini içermesi, dolayısıyla toplumun diğer kesimlerinin görüşlerinin yansıtılmaması bu

araştırmadaki en önemli sınırlılık olarak değerlendirilebilir.

Teşekkür

Gönüllü katılımlarından dolayı hemşirelik son sınıf öğrencilerine teşekkürü bir borç biliriz.

BULGULAR VE TARTIŞMA

Bulgular çalışmaya katılan 23 öğrenci ile yapılan görüşmelerden elde edilmiştir. Öğrencilerin beşi erkek on sekizi kadın ve tamamı bekar. Yaş ortalaması 21,5±0,51 (min-max=21-22). Öğrencilerin %71,7'sinin hemşirelik mesleğini isteyerek seçtiği, %95,7'sinin hemşirelik mesleğini seçmiş olmaktan memnun olduğu, %21,7'sinin ailesinde ruhsal hastalık tanısı alan bir bireyin olduğu saptanmıştır. Ailedeki ruhsal hastalıklar ise depresyon (n=3), obsesif kompulsif bozukluk (n=1) ve yaygın anksiyete bozukluğu (n=1) şeklindedir (Tablo 1).

Tablo 1. Çalışma Grubunun Sosyo-demografik Özellikleri (N=23)

Değişken	n	%
Yaş		
21	11	47.8
22	12	52.2
Cinsiyet		
Kadın	18	78.3
Erkek	5	21.7
Medeni Durum		
Evli	0	0
Bekar	23	100.0
Mesleği isteyerek seçme		
Evet	18	71.7
Hayır	5	28.3
Meslekten memnun olma		
Evet	22	95.7
Hayır	1	4.3
Ailede ruhsal hastalık		
Var	5	21.7
Yok	18	78.3
Ailede görülen ruhsal hastalık tanısı		
Yaygın anksiyete bozukluğu	1	4.3
Obsesif kompulsif bozukluk	1	4.3
Depresyon	3	12.9
Hastalık yok	18	87.5
Bireyde var olan ruhsal hastalık		
Var	0	0
Yok	23	100.0
Toplam	23	100.0

Çalışma grubunun sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımı Tablo 1'de verilmiştir. Katılımcıların klinik uygulamaya çıkma gün ve saatlerine baktığımızda öğrencilerin hepsi (n=23) Konsültasyon Liyezon hemşireliği kapsamında Gümüşhane

Devlet Hastanesine klinik uygulamaya çıkmaktadır. Fakat şehir ve kurum koşulları (kurumların küçük olması, sınıf mevcudunun fazla olması) nedeniyle her öğrenci her kurumda eşit günlerde uygulama yapamamaktadır. Bu sebeplerden dolayı katılımcılardan 13'ü altı gün Gümüşhane Devlet Hastanesinde, 11'i iki gün Gümüşhane Özel Eğitim Merkezinde, 13 kişide Gümüşhane Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'nde Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği dersi kapsamında uygulama yapmaktadır (Tablo 1).

Tablo 2'de hemşirelik son sınıf öğrencilerinin ruhsal hastalığa yönelik algısını içeren kod ve temalar yer almaktadır.

Tablo 2. Hemşirelik Son Sınıf Öğrencilerinin Ruhsal Hastalığa Yönelik Algısı

Tema	Kod	Katılımcılar	f
Stigma	Fiziksel hastalık değil	Ö1, Ö2, Ö3, Ö4, Ö7, Ö10, Ö12, Ö13, Ö15, Ö16, Ö19, Ö20	12
	Dışlama	Ö13, Ö16, Ö20, Ö23	4
	Tehlikeli	Ö6, Ö14, Ö15, Ö23	4
Nedenler	Travmatik olaylar	Ö12, Ö19, Ö21, Ö22	4
	Çocukluk Travmaları	Ö6, Ö12, Ö23	3
	Ailedeki sevgisizlik	Ö11, Ö15	2
İletişim Sorunları	Kendi iç dünyasına çekilme	Ö13, Ö18, Ö20	3
	Gerçeği algılayamama	Ö1, Ö2, Ö13	3
	Kendini ifade etmede zorlanma	Ö22	1
Toplam			36

Kategori 1. Ruhsal Hastalık Algısı

Tema 1-Stigma

Üç alt temadan oluşmaktadır.

•Dışlama

Öğrenciler ruhsal hastalığa sahip bireyin toplumdan dışlandığını düşünmektedir. Bir öğrenci şu şekilde ifade etmiştir: "Ruhsal hastalık toplumdan soyutlanarak yaşamaktır"

(Ö16).Diğer bir öğrenci ruhsal hastalığa sahip bireyin yaşadığı stigmatı şu şekilde belirtmiştir.“Ruhsal hastalığa sahip bireylerin en çok etkilendiği durumun toplumun onları ötekileştirmesi olduğunu düşünüyorum” (Ö20).

•Tehlikeli

Geleceğin sağlık profesyonelleri olan hemşirelik öğrencileri ruhsal hastalığa sahip bireylerin tehlikeli olduğunu düşünmektedir. Bir öğrencinin ifadesi “Ruhsal hastalığa sahip bireyleri tehlikeli buluyorum bana saldıracaklarını düşünüyorum ve korkuyorum”dur. (Ö23).

•Fiziksel Hastalık Gibi Değil

Öğrenciler ruhsal hastalığın fiziksel hastalık gibi olmadığını ruhsal hastalığın etki boyutları, iyileşme süreçleri yönünden farklı olduğunu düşünmektedirler. Aşağıda öğrencilerin ifadelerinden örnekler verilmiştir. “Fiziksel hastalıkla ruhsal hastalığı kıyasladığımda fiziksel hastalığa nazaran ruhsal hastalığın iyileşme dönemi daha uzun süre alır” (Ö20).“Ruhsal hastalık fiziksel hastalık gibi değildir ruhsal hastalıkta fiziksel hastalığa nazaran daha az acı çekilir”(Ö16).“Ruhsal hastalık fiziksel hastalığa nazaran bireye daha çok zarar verir. Fiziksel hastalık laboratuvar bulgularıyla saptanabilir ruhsal hastalık laboratuvar bulgularıyla saptanamaz ve Ruhsal hastalıkta fiziksel hastalığa nazaran günlük yaşam daha çok etkilenir” (Ö7). “Fiziksel hastalıkta stigma ruhsal hastalığa nazaran daha azdır, Ruhsal hastalıkta birey yalnızlık yaşar ve hastalığını gizler”(Ö19).“Ruhsal hastalıkta fiziksel hastalığa nazaran daha fazla yardıma ihtiyacı olur bireyin” (Ö3)

Tema 2- Nedenler

Üç alt temadan oluşmaktadır.

•Çocukluk Travmaları

Öğrenciler çocukluk travmalarının ruhsal hastalığa neden olacağını düşünmektedir. Bir öğrenci ruhsal hastalığın çocukluk travmasından dolayı olduğunu şu şekilde belirtmiştir. “Ruhsal hastalıklar çocuklukta

yaşanan olaylar ve travmalara maruz kalma sonucunda oluşur ” (Ö6).

•Travmatik Olaylar

Öğrenciler yaşanan travmaların ruhsal hastalığa sebep olacağını düşünmektedir. Bir öğrencinin ifadesi “Ruhsal hastalık kişinin yaşadığı travmalar sonucu oluşan hastalıktır” tır. (Ö6). Başka bir öğrenci ruhsal hastalıkların travmatik olaylar sonucu oluştuğunu şöyle belirtmektedir: “Ruhsal hastalıklara sahip bireyleri gördüğümde hep bu insanlar hangi travmatik olayı yaşadı da bu hale geldi diye düşünürüm” (Ö1).“Bireyin yaşadığı bir olay sonucunda bu bir trafik kazası olur ya da yakını kaybetme olur bunun sonucunda yaşadığı ruhsal çökkünlüktür” (Ö19).

Ailedeki Sevgisizlik

Öğrenciler ruhsal hastalıkların oluşumunda ailedeki sevgisizliğin önemli rol oynadığını ifade etmiştir. Bir öğrenci ruhsal hastalığın sevgisizlikten kaynaklandığını şöyle belirtmiştir: “Ruhsal hastalıkların oluşumunda ailedeki sevgisizlik önemli rol oynar” (Ö11).

Tema 3-İletişim Sorunları

Üç alt temadan oluşmaktadır.

•Kendi İç Dünyasına Çekilme

Öğrenciler ruhsal hastalığa sahip bireylerin kendi iç dünyasına çekildiklerini belirtmiştir. Bir öğrenci ruhsal hastalığa sahip bireylerin yaşadıklarını şöyle ifade etmiştir:“Ruhsal hastalığa sahip birey kendi içi dünyasında yaşar ve başkalarıyla ilişki kurmaz” (Ö13). Diğer bir öğrenci ruhsal hastalığa sahip bireylerin kendi iç dünyalarına çekildiklerini ve bu konuda onların bu durumdan kurtulmalarına yardım edilmesi gerektiğini ifade etmiştir. “Ruhsal hastalığa sahip bireyler kendi iç dünyalarına çekilirler ve bu durumda onların yardıma ihtiyacı vardır ve yardım edilmesi gerekir”(Ö18).

•Gerçeği Algılayamama

Öğrenciler ruhsal hastalığa sahip bireylerin gerçeği algılamakta zorlandıklarını ifade etmiştir. Bir öğrencinin ifadesi “Ruhsal

hastalığa sahip birey normal insanlar gibi gerçeği algılayamaz normal duygulanım gösteremez” dir. (Ö13).

•Kendini İfade Etmede Zorlanma

Öğrenciler ruhsal hastalığa sahip bireylerin kendilerini ifade etmekte zorlandıklarını ifade etmiştir. Bir öğrenci şu şekilde belirtmiştir: “Ruhsal hastalığa sahip bireyler iletişim kurmakta zorlanırlar daha doğrusu etkili iletişim kuramazlar. Ruhsal hastalığa sahip bireyler genellikle kısıtlı iletişim kurarlar ve çevresiyle çok fazla iletişime geçmezler” (Ö22). Başka bir öğrenci ruhsal hastalığa sahip bireylerin kendini ifade etmekte zorlandığını belirtmiştir. Öğrencinin ifadesi “Ruhsal hastalığa sahip bireyler genellikle toplumdaki uzaklaşır ve kısıtlı iletişim kurarlar” dır. (Ö15). Tablo 3’de hemşirelik son sınıf öğrencilerinin ruhsal hastalığı olan bireye ilişkin görüşlerine yönelik kod ve temalar yer almaktadır.

Tablo 3. Hemşirelik Son Sınıf Öğrencilerinin Ruhsal Hastalığı Olan Bireye İlişkin Görüşleri

Tema	Kod	Katılımcı	f	
Stigma	Toplumda ötekileştirilme	Ö1, Ö3, Ö8, Ö10, Ö11, Ö12, Ö13, Ö15, Ö16, Ö17, Ö20, Ö22	12	
		Sosyal işlevsellikte bozulma	Ö5, Ö7, Ö8, Ö12	4
	Çalışma hayatında yer alamama	Ö6, Ö11, Ö15	3	
	Hastalığın içselleştirilmesi	Ö10, Ö12, Ö23	3	
	Öz kıyım (İntihar)	Ö20, Ö22, Ö23	3	
	İletişim	Etkili iletişim kuramama	Ö2, Ö9, Ö22	3
		Düşünme sürecinde bozulma	Ö5	1
Aile ilişkilerinde bozulma		Ö23	1	
Duygular	Anksiyete	Ö8, Ö9, Ö10, Ö11	4	
	Mutsuzluk	Ö11, Ö16	2	
	Yalnızlık	Ö21	1	
	Öfke	Ö20	1	
Stigma kırılmalı	Toplumda kazandırabilmek	Ö2, Ö4, Ö11, Ö16	4	
	Birey olarak kabullenmek	Ö4, Ö11, Ö16	3	
	Değer vermek	Ö11, Ö15	2	
	Ön yargıların azaltılması	Ö11, Ö22	2	
	Toplam			49

Kategori 2. “Ruhsal hastalığı olan bireye ilişkin görüşler”

Tema 1- Stigma

Beş alt temadan oluşmaktadır.

•Toplumda Ötekileştirilme

Öğrenciler ruhsal hastalığa sahip bireylerin toplumda ötekileştirildiklerini ifade etmişlerdir. Bir öğrencinin ifadesi “Ruhsal hastalığa sahip bireylerin en çok etkilendiği durumun toplumun onları ötekileştirmesi olduğunu düşünüyorum”dur. (Ö20).Başka bir öğrenci ruhsal hastalığa sahip bireylerin toplumda ötekileştirildiğini şu şekilde belirtmiştir: “Ruhsal hastalığa sahip birey kendini toplumdaki uzak tutabilir” (Ö12).

•Sosyal İşlevsellikte Bozulma

Öğrenciler ruhsal hastalığa sahip bireylerin sosyal işlevsellikte bozulma yaşadıklarını belirtmiştir. Bir öğrencinin ifadesi “Ruhsal hastalığa sahip bireylerin sosyal işlevselliği bozulur ve üzerlerinde bir baskı hissediler bu baskı çevre baskısıdır” şeklindedir (Ö7).

•Çalışma Hayatında Yer Alamama

Öğrenciler ruhsal hastalığa sahip bireylerin çalışma hayatında yer alamadığını belirtmiştir. Bir öğrencinin ruhsal hastalığa sahip bireylerin yaşadıklarını şu şekilde dile getirmiştir.

“Ruhsal hastalığa sahip bireyler hastalıklarından dolayı istedikleri işte çalışamazlar ya da hiçbir işte çalışmazlar bundan dolayı da düşünürler hep keşke çalışabilseydim diye (Ö15). Diğer bir öğrenci ruhsal hastalığa sahip bireylere iş verilmediğini “Ruhsal hastalığa sahip bireylere iş verilmemektedir. İş verenler bu kişileri istememektedir” olarak ifade etmiştir. (Ö6).

•Hastalığın İçselleştirilmesi

Öğrencilerin ruhsal hastalığa sahip bireylerin hastalığı içselleştirdiklerini ifade etmiştir. Bir öğrencinin ifadesi “Ruhsal hastalığa sahip bireyler hastalıklarını

içselleştirirler ve hayata küserler” şeklindedir. (Ö12).

•Öz kıyım (İntihar)

Öğrenciler ruhsal hastalığa sahip bireylerin öz kıyım girişimde bulduklarını belirtmiştir. Bir öğrencinin ifadesi şu şekilde olmuştur: “Ruhsal hastalığa sahip bireylere yaklaşım çok farklı olur ve çok zorlanırlar kendilerini toplumdan dışlarlar toplum da onları dışlar ve bunun sonucunda intihar olur” (Ö20).

Tema 2- İletişim

Üç alt temadan oluşmaktadır.

•Etkili İletişim Kuramama

Öğrenciler ruhsal hastalığa sahip bireylerin etkili iletişim kuramadıklarını ifade etmiştir. Bir öğrencinin ifadesi “Ruhsal hastalığa sahip bireyler iletişim kurmakta zorlanırlar daha doğrusu etkili iletişim kuramazlar” dır. Ruhsal hastalığa sahip bireyler genellikle kısıtlı iletişim kurarlar ve çevresiyle çok fazla iletişime geçmezler” (Ö22).

•Düşünme Sürecinde Bozulma

Öğrenciler ruhsal hastalığa sahip bireylerin düşünme sürecinde bozulma olduğunu belirtmiştir. Bir öğrencinin ifadesi “Ruhsal hastalığa sahip bireylerin düşünme sürecinde bozulma görülebilir” dir. (Ö6).

•Aile İlişkilerinde Bozulma

Öğrenciler ruhsal hastalığa sahip bireylerin aile ilişkilerinde bozulmalar olduğunu ifade etmiştir. Bir öğrencinin ifadesi “Ruhsal hastalık aile içi ilişkilerini etkileyebilir ve bozulmalara yol açabilir”dir şeklinde olmuştur. (Ö23).

Tema 3- Duygular

Altı alt temadan oluşmaktadır.

•Anksiyete

Öğrenciler ruhsal hastalığa sahip olmanın bireyde anksiyeteye yol açabileceğini ifade etmiştir. Bir öğrenci şu şekilde belirtmiştir: “Ruhsal hastalığa sahip bireyler diğer

insanlar gibi davranamadıklarını düşünüp eksiklik yaşayıp anksiyete yaşarlar (Ö11).

•Mutsuzluk

Öğrenciler ruhsal hastalığa sahip bireylerin mutsuzluk yaşadıklarını ifade etmiştir. Bir öğrencinin ifadesi “Ruhsal hastalığa sahip bireyler diğer insanlar gibi davranamadıklarını düşünüp eksiklik yaşayıp anksiyete yaşarlar ve mutsuz olurlar”şeklindedir. (Ö11).

•Yalnızlık

Öğrencilerden biri ruhsal hastalığa sahip bireylerin yalnızlık yaşadığını belirtmiştir. Öğrenci şu şekilde ifade etmiştir: “Ruhsal hastalığa sahip bireyler yaşadıkları damgalanmadan dolayı yalnızlığa sürüklenir” (Ö21).

•Öfke

Öğrencilerden biri ruhsal hastalığa sahip bireylerin agresif olabileceğini şiddet eğilimlerinin olabileceğini ve öfkeli olabileceklerini ifade etmiştir. Öğrencinin ifadesi “Ruhsal hastalığa sahip bireyler agresif olabiliyorlar şiddet eğiliminde olup öfkeli olabilirler” şeklinde olmuştur (Ö20)

Tema 4- Stigma Kırılmalı

Dört alt temadan oluşmaktadır.

•Topluma Kazandırabilmek

Öğrenciler ruhsal hastalığa sahip bireylerin topluma kazandırılmaları gerektiğini ifade etmiştir. Bir öğrencinin ifadesi “Ruhsal hastalığa sahip bireylerin topluma kazandırılması gereken kişiler olduğunu düşünüyorum. Kesinlikle kazandırılmaları gerekiyor” şeklinde olmuştur.(Ö11).

•Birey Olarak Kabullemek

Öğrenciler ruhsal hastalığa sahip bireylerin birey olarak kabullenilmeleri gerektiğini belirtmiştir. Bir öğrencinin ifadesi “Ruhsal hastalığa sahip bireyler birey olarak kabullenildikleri zaman sevgi gösterildikleri zaman ve değer verildikleri normal birey olabilirler” dir.(Ö11).

•Değer Vermek

Öğrenciler ruhsal hastalığa sahip bireylere değer verilmesi gerektiğini ifade etmiştir. Bir öğrenci şu şekilde belirtmiştir. “Ruhsal hastalığa sahip bireyler birey olarak kabullenildikleri zaman sevgi gösterildikleri zaman ve değer verildikleri normal birey olabilirler” (Ö11).

•Ön Yargıların Azaltılması

Öğrenciler ruhsal hastalığa sahip bireyler konusunda önyargıların azaltılması gerektiğini ifade etmiştir. Bir öğrencinin ifadesi şu şekilde olmuştur. “Ruhsal hastalığa sahip bireylere ön yargılı yaklaşmazsak ya da en azından azaltırsak onları damgalamazsak onlar da bu toplumda yaşar” (Ö11)

Tablo 4’de öğrencilerin branş olarak psikiyatri hemşireliği ile ilgili düşüncelerine yönelik kod ve temalar yer almaktadır.

Tablo 4. Hemşirelik Son Sınıf Öğrencilerinin Branş Olarak Psikiyatri Hemşireliği ile İlgili Görüşleri

Tema	Kod	Katılımcı	f
Zor bir alan	Hastalardan korkma	Ö5, Ö8, Ö15, Ö23	4
	Özel bir alan	Ö1, Ö10, Ö19	3
	Yıpratıcı	Ö12, Ö16	2
	Sabır	Ö16	1
	gerektiren		
İletişim temelli	Etkili iletişim kurma	Ö2, Ö7, Ö23	3
	Terapötik ilişki kurma	Ö2	1
	Özen gerektiren Empati	Ö16, Ö11	1
Toplam			16

Kategori 3. “Branş Olarak Psikiyatri Hemşireliği ile İlgili Görüşler”

Tema 1-Zor Bir Alan

Dört alt temadan oluşmaktadır.

•Hastalardan Korkma

Öğrencilerin bazıları ruhsal hastalığa sahip bireylerden korktuklarını ve yapamayacaklarını ifade ederken bazıları da korkmadığını psikiyatri hemşireliğini yapabileceklerini ifade etmiştir. Meslek olarak psikiyatri hemşireliğini yapamayacağını düşünen ve ruhsal hastalığa

sahip bireylerden korkan bir öğrencinin ifadesi “Ruhsal hastalığa sahip bireyleri tehlikeli buluyorum bana saldıracıklarını düşünüyorum ve korkuyorum” dur.(Ö23).

•Özel Bir Alan

Öğrenciler psikiyatri hemşireliğinin diğer alanlardan farklı bir alan olduğunu belirtmiştir. Bir öğrenci şu şekilde belirtmiştir: “Psikiyatri hemşireliği diğer alanlar gibi değil çok farklı ve özel bir alan olduğunu düşünüyorum. Bir cerrahi ya da dahiliye hemşireliği gibi değil çok daha farklı ve ilginç bir alan”(Ö1).

•Yıpratıcı

Öğrenciler meslek olarak psikiyatri hemşireliğinin yıpratıcı olduğunu ifade etmiştir. Bir öğrencinin ifadesi “Psikiyatri hemşireliğinin diğer alanlardan yıpratıcı olduğunu düşünüyorum” dur.(Ö12).

•Sabır Gerektiren

Öğrencilerden biri meslek olarak psikiyatri hemşireliğinin sabır gerektiren bir alan olduğunu belirtmiştir. Öğrencinin ifadesi “Psikiyatri hemşireliği sabır gerektiren bir alandır” şeklinde olmuştur. (Ö16).

Tema 2-İletişim Temelli

Dört alt temadan oluşmaktadır.

•Terapötik İlişki Kurma

Öğrencilerden biri psikiyatri hemşireliğinde terapötik ilişki gerektiğini ifade etmiştir. Öğrenci “Psikiyatri hemşireliği terapötik ilişki gerektirir bu olmazsa etkili bakım olmaz” şeklinde ifade etmiştir. (Ö2).

•Empati

Öğrencilerden biri psikiyatri hemşireliğinin empati gerektiren bir meslek olduğunu belirtmiştir. Öğrencinin ifadesi “Psikiyatri hemşireliği empati kurmayı gerektirir” dir. (Ö11).

•Etkili İletişim Kurma

Öğrenciler meslek olarak psikiyatri hemşireliğinde etkili iletişim kurmanın gerektiğini ifade etmiştir. Bir öğrencinin ifadesi “Psikiyatri hemşireliğinde hastalarla

etkili iletişim kurmak gerekir yoksa bu meslek zor yapılırdır” dır. (Ö2).

•Özen Gerektiren

Katılımcılardan biri meslek olarak psikiyatri hemşireliğinin özen gerektiren bir alan olduğunu ifade etmiştir. Öğrencinin ifadesi “Psikiyatri hemşireliği özen gerektiren bir alandır” şeklinde olmuştur. (Ö16).

Tablo 5’da öğrencilerin psikiyatri kliniğinde çalışmaya ilişkin görüşlerine yönelik kod ve temalar yer almaktadır.

Tablo 5. Hemşirelik Son Sınıf Öğrencilerinin Psikiyatri Kliniğinde Çalışmaya İlişkin Görüşleri

Tema	Kod	Katılımcı	f
Çalışabilirim	Özel bir alan	Ö1, Ö3, Ö10, Ö11, Ö18, Ö22, Ö23	7
	Yardım etmek için	Ö4, Ö10, Ö11, Ö14, Ö18, Ö22	6
	Doyum veren bir alan	Ö4, Ö16, Ö18, Ö22, Ö23	5
Çalışmam	Korku/Anksiyete	Ö1, Ö2, Ö6, Ö8, Ö12, Ö15, Ö17	7
	Etkilenme İletişim kuramama	Ö6, Ö9, Ö20 Ö17	3 1
Toplam			29

Kategori 4. Psikiyatri Kliniğinde Çalışma İle İlgili Görüşler”

Tema 1- Çalışabilirim

Üç alt temadan oluşmaktadır.

•Özel Bir Alan

Öğrenciler psikiyatri hemşireliğinde çalışmanın diğer alanlardan farklı bir alan olduğunu belirtmiştir. Bir öğrencinin ifadesi “Psikiyatri hemşireliği diğer alanlar gibi değil çok farklı ve özel bir alan olduğunu düşünüyorum. Bir cerrahi ya da dahiliye hemşireliği gibi değil çok daha farklı ve ilginç bir alan” dır.(Ö1)

Başka bir öğrenci psikiyatri hemşireliğinin özel bir alan olduğunu şu şekilde belirtmiştir: “Psikiyatri hemşireliği kesinlikle özel bir alan sevmeden asla yapılamaz ve ben bir dahiliyeden bir cerrahiden bir yoğun

bakımdan çok farklı olduğunu düşünüyorum” (Ö3)

•Doyum Veren Bir Alan

Öğrenciler psikiyatri hemşireliğinde çalışmanın doyum verici olduğunu düşünmektedir. Bir öğrencinin ifadesi “Psikiyatri hastalarıyla zaman geçirmek benim için çok güzel ve doyum verici.....”dir. (Ö4).

•Yardım Etmek İçin

Öğrenciler psikiyatri hastalarına yardım etmenin güzel bir duygu olduğunu ve onları yalnızlaştırmamak gerektiğini belirtmişlerdir. Öğrencilerin ifadeleri şöyledir: “Öğrenciler psikiyatri hemşireliğinde bireylere yardım etmek çok güzel onların iyileştiğini görmek güzel.....“ (Ö4). “Ruhsal hastalığa sahip bireyleri yalnızlaştırmamak gerekir ve bunun için de psikiyatryi seçmeyi isterdim” (Ö14)

Tema 2-Çalışmam

Üç alt temadan oluşmaktadır.

•Korku/Anksiyete

Öğrenciler psikiyatri kliniğinde çalışmaktan korktuklarını ve anksiyete yaşadıklarını ifade etmiştir. Öğrencilerin ifadeleri “Psikiyatri hemşireliği benim kesinlikle yapabileceğim bir alan değil çok korkuyorum..... Korktuğum için de zorlanacağımı düşünüyorum.....” (Ö12). “Psikiyatri kliniğinde çalışırsam anksiyete yaşayabilirim” şeklinde olmuştur. (Ö6).

•Etkilenme

Öğrenciler psikiyatri kliniğinde çalıştıkları takdirde etkilenebileceklerini ifade etmiştir. Bir öğrencinin ifadesi “Psikiyatri kliniğinde çalışırsam etkilenebilirim ve hastalara sempati duyabilirim bu yüzden psikiyatri kliniğinde çalışmayı düşünmüyorum” şeklinde olmuştur.(Ö20).

•İletişim Kuramama

Öğrenciler psikiyatri kliniğinde bireylerle iletişim kuramayabileceğini bu yüzden çalışamayacağını ifade etmiştir: “Psikiyatri kliniğinde hastalarla iletişim kuramayabilirim bu yüzden çalışamayabilirim” (Ö17).

Çalışmamız hemşirelik son sınıf öğrencilerinin mezuniyet sonrası psikiyatri kliniğinde çalışmaya ilişkin görüşlerinin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

Hemşirelik son sınıf öğrencilerinin ruhsal hastalık algısı kavramına ilişkin kategorisine baktığımızda; nedenler (çocukluk travmaları, travmatik olaylar ve ailedeki sevgisizlik), stigma (fiziksel hastalık gibi değil, dışlama ve tehlikeli) ve iletişim sorunları (kendi iç dünyasına çekilme, gerçeği algılayamama, kendini ifade etmede zorlanma) temaları yer almaktadır. Alpan ve arkadaşlarının (2018) yaptıkları “Sağlık Bilimleri Fakültesi Öğrencilerinin Şizofreni Hastalığına Karşı Tutumları” başlıklı çalışmada şizofreni hastalığının etiolojisine ilişkin, öğrencilerin görüşleri incelendiğinde; öğrencilerin, yarıya yakını şizofreninin kişilik yapısının zayıf olmasından ve yarısının yaşadığı sosyal sorunlardan kaynaklandığına katıldığı belirlenmiştir.¹⁶

Öğrencilerin “ruhsal hastalığı olan bireye ilişkin görüşler” kategorisi; stigma (toplumda ötekileştirilme, sosyal işlevsellikte bozulma, çalışma hayatında yer alamama, hastalığın içselleştirilmesi, öz kıyım), iletişim (etkili iletişim kuramama, düşünme sürecinde bozulma, aile ilişkilerinde bozulma), duygular (anksiyete, mutsuzluk, yalnızlık, öfke), stigma kırılmalı (topluma kazandırabilmek, birey olarak kabullenmek, değer vermek, ön yargıların azaltılması) temalarından oluşmaktadır. Ruhsal sağlığa sahip bireylerle ilgili düşüncelere yönelik temalarda anksiyete teması ile öğrenciler özellikle şizofrenili bireylerle iletişim kurma ve ona bakım vermekte zorluk çektiklerini belirtmişlerdir. Bu durum, öğrencilerin genel olarak psikiyatri hastalarına yönelik ön yargılarından kaynaklanmış olabilir. Çalışmamıza benzer olarak Danacı ve arkadaşlarının (2016) “Tıp Eğitiminin Şizofreniye Yönelik Tutumlar Üzerine Etkisi; 5 Yıllık İzlem Çalışması” adlı çalışmada 1. sınıfta %45,3’ü (n=48), 5. sınıfta %23’ü (n=23) şizofreni hastalarının saldırgan olduğunu ifade etmiştir.¹⁷

Hemşirelik son sınıf öğrencilerinin meslek olarak psikiyatri hemşireliği ile ilgili görüşler

kategorisi içerik (zor bir alan, hastalardan korkma, etkili iletişim kurma, özel bir alan, özen gerektiren ve yıpratıcı), iletişim temelli (terapötik ilişki kurma, sabır gerektiren ve empati kurmak) temalarından oluşmaktadır. Yıldız (2019) yaptığı “What Do Nursing Students Tell Us About Their Communication With People With Mental Illness? A Qualitative Study” adlı 26 öğrenciyle yaptığı çalışmada öğrencilerin psikiyatri kliniğindeki hastalarla duygu ve düşüncelerinden dolayı kısıtlama yaşadıkları için etkili iletişim kuramadıklarını belirttiği saptanmıştır.¹⁸

Happel ve Gaskin (2013) “The attitudes of undergraduate nursing students towards mental health nursing: A systematic review” adlı çalışmada hemşirelik öğrencilerinin ruh sağlığı ve hastalıkları hemşireliği en az tercih edilen kariyer seçeneği olarak gördükleri belirtilmiştir.⁹ Avustralya, ABD, Singapur, Orta Doğu, İngiltere ve Hırvatistan’da yapılan araştırmalar, ruh sağlığı ve hastalıkları hemşireliğinin genellikle kariyer tercihi olarak popüler olmadığını göstermektedir.²⁰

Katılımcıların psikiyatri kliniğinde çalışma ile ilgili görüşler” kategorisi ise; çalışabilirim (özel bir alan, doyum veren bir alan, yardım etmek için), çalışmamam (korku/anksiyete, etkilenme ve iletişim kuramama) temalarından oluşmaktadır. Happel ve Gaskin (2013) “The Attitudes Of Undergraduate Nursing Students Towards Mental Health Nursing: A Systematic Review” adlı çalışmasında hemşirelik öğrencilerinin psikiyatri kliniklerini öğrencilerin anksiyeteli ortamlar olarak gördükleri belirlenmiştir.¹⁹

Altıok ve Kızılkaya’nın (2017) yaptıkları “Öğrencilerin ruh sağlığı ve hastalıkları hemşireliği dersinin klinik uygulamasına ilişkin yeterlilik algıları” başlıklı çalışmada öğrencilerin klinik ortamın kapalı olması sebebiyle korku yaşama, klinik uygulama süresinin yetersiz olması ve devlet hastanelerinin sistemden kaynaklanan sorunları nedeniyle kendilerini yetersiz hissettikleri saptanmıştır.²¹

SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışmamızda hemşirelik son sınıf öğrencilerinin mezuniyet sonrası psikiyatri kliniğinde çalışma ile ilgili görüşlerinin belirlenmesi amacıyla yapılan çalışmadan şu sonuçlar elde edilmiştir. Hemşirelik son sınıf öğrencileri; ruhsal hastalığın fiziksel hastalıktan farklı ve tehlikeli olduğunu, ruhsal hastalığa sahip bireylerin şiddet eğilimi olduğunu, stigmaya maruz kalarak toplumdaki dışlandıklarını ve topluma kazandırılmaları gerektiğini ifade etmişlerdir. Ruhsal hastalık ve ruhsal hastalığı olan bireye ilişkin bu görüşlere sahip olan öğrenciler, psikiyatri hemşireliğini sabır gerektiren, yıpratıcı ve zor bir alan olarak değerlendirmektedirler. Çalışmaya katılan öğrencilerin yarısından fazlası psikiyatri hemşireliğini özel, doyum veren bir alan

olarak gördükleri ve ruhsal hastalığa sahip bireylere yardım etmek istedikleri için psikiyatride çalışabileceklerini belirtmişlerdir. Diğer öğrenciler ise bu bireylere ilişkin korku/anksiyete hissettikleri, etkilenebileceklerini ve iletişim kuramayacaklarını düşündükleri için mezuniyet sonrası psikiyatri kliniğinde çalışamayacaklarını ifade etmişlerdir. Bu sonuçlar doğrultusunda; hemşirelik lisans programındaki ruh sağlığı ve hastalıkları hemşireliği dersinin öğrencilerin iletişim becerilerini geliştirme, ruhsal hastalığa sahip bireylere ilişkin hissedilen korku/anksiyete ile baş etmeyi destekleme ve stigmmanın kırılması yönünde planlanması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

- Öztürk, S. (2018). Psikiyatri Kliniklerindeki Sağlık Çalışanlarının ve Hastaların Terapötik Ortam Algıları (Yüksek Lisans Tezi). Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- Özbaş, D., Buzlu, S. (2011). Hemşirelik Öğrencilerinin Psikiyatri Hemşireliği Dersine ve Psikiyatri Hemşiresinin Rollerine İlişkin Düşünceleri. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 14 (1), 40-31.
- Şahin, G., Koptaş, O. S., & Buzlu, S. (2019). Standardize Hasta Kullanılarak Yapılan Bir Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Klinik Simülasyon Deneyimi. *ACU Sağlık Bil Derg* 2019; 10 (3), 486-492. <https://doi.org/10.31067/0.2019.181>.
- Happell, B. (1999). When I grow up I want to be a...? Where Undergraduate Student Want To Work After Graduation, *Journal of Advanced Nursing*, 29 (2), 499-505
- Öztürk, A., Kaçan Softa, H., & Karaahmetoğlu Ulaş, G. (2015). Kastamonu Üniversitesi'nde Öğrenim Gören Hemşirelik Öğrencilerinin Ruhsal Hastalıklara Karşı İnançları ve Psikiyatri Hemşireliği Dersinin Etkisi, 4, 146-166.
- Surgenor, L.J., Dunn, J. H. (2005). "Nursing Student Attitudes to Psychiatric Nursing and Psychiatric Disorders in New Zealand." *International Journal Of Mental Health Nursing*, 14 (2), 103-8.
- Arnold, S.A., Deans, C., Munday, J. (2004). "University and Service Sector Collaboration for Undergraduate Psychiatric Nursing Education." *International Journal of Mental Health Nursing*, 13, (1) 61-6.
- Öz, F. İnci, F. (2005). "The effect Of Mental Health And Psychiatric Nursing Course On Attitudes Of Nursing Students Towards Individual Swith Mental Health Problems." *J,Crisis*, 17 (2), 39-47.
- Kayahan, M. (2009). "Hemşirelik Öğrencilerinin Şizofreniye Karşı Tutumları ve Psikiyatri Eğitiminin Etkisi." *Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 6 (1), 27-34.
- Yıldırım, A. Şimşek, H. (2011). *Sosyal Bilimlerinde Nitel Araştırma Yöntemleri* (8. baskı). Ankara: Seçkin Yayınevi.
- Polit, D.F., & Beck, C.T. (2012). "Nursing Research: Generating And Assessing Evidence For Nursing Practice." Ninth Edition. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.
- Yıldırım, A. Şimşek, H. (2009). *Sosyal Bilimlerde Nitel Araştırma Yöntemleri*. Ankara: Seçkin Yayınevi.
- Burns, N. Grove, S. K. (2007). *Understanding Nursing Research: Building an Evidence-Based Practice*. (4th ed., pp.), 2 (3), 134-163). China: Saunders.
- Erdoğan, S. Nahcivan, N. Esin, N. Coşansu, G. Seçginli, S. (2014). *Hemşirelikte Araştırma*, İstanbul: Nobel Tıp Kitapevi.
- Özdemir, M. (2010). Nitel Veri Analizi: Sosyal Bilimlerde Yöntembilim Sorunsalı Üzerine Bir Çalışma. *Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 11 (1) ,323-343. Retrieved from <https://dergipark.org.tr/pub/ogusbd/issue/10997/131612>
- Alpan, A. Kocamanoğlu, E. Yüce, F. Akçakmak, G. Günbal, M. Aşık, E. Albayrak, S. (2018). Sağlık Bilimleri Fakültesi Öğrencilerinin Şizofreni Hastalığına Karşı Tutumları. *Kırıkkale Univ Tıp Fak Derg.*, 20 (1), 8-17.
- Danacı, A. E., Balıkcı, K., Aydın, O., Cengiz, C., & Uykur, A. B. (2016). "Tıp Eğitiminin Şizofreniye Yönelik Tutumlar Üzerine Etkisi; 5 Yıllık İzlem Çalışması." *Türk Psikiyatri Dergisi*, 27 (3), 176-84.
- Yıldız, E. (2019). "What Do Nursing Students Tell Us About Their Communication With People With Mental Illness? A Qualitative Study." *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 1078390319892311.
- Happel, B. & Gaskin, C.J. (2013). "The Attitudes Of Undergraduate Nursing Students Towards Mental Health Nursing: A Systematic Review." *Journal of Clinical Nursing* 22 (1-2), 148-158.

20. Bingham, H., & O'Brien, A. J. (2018). "Educational Intervention To Decrease Stigmatizing Attitudes Of Undergraduate Nurses Towards People With Mental Illness." *International Journal of Mental Health Nursing*, 27 (1), 311-319.

21. Altıok, H. Ö., & Kızılkaya, M. (2019). "Öğrencilerin Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Dersinin Klinik Uygulamasına İlişkin Yeterlilik Algıları." *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 20 (1), 22-33.

İlaç Kullanımı ile Oluşan Cilt Reaksiyonları

Skin Reactions Related To Drug Use

Didem OĞAN¹, Miriř DİKMEN²

ÖZ

İlaç kullanımına bağlı ortaya çıkan advers etkiler arasında cilt reaksiyonları sık görülen bir sağlık sorunudur. Özellikle ilaçların sistemik veya lokal olarak kullanımından sonra, ciddi advers etkiler görülmekte ve bunlardan cilt reaksiyonları da klinikte en sık rastlanılanlar arasındadır. Bu advers etkilerin büyük bir bölümü şiddetli olmamakla birlikte, nadir görülen bazı cilt reaksiyonları ise ölümlle sonuçlanabilmektedir. İlaç kullanımına bağlı olarak meydana gelen cilt reaksiyonları, immünolojik ve immünolojik olmayan mekanizmalarla ortaya çıkmaktadır.

Bu derlemede özellikle akut ve kronik ilaç kullanımına bağlı olarak ortaya çıkan cilt reaksiyonları ve bu reaksiyonlara neden olan ilaçlar hakkında bilgiler derlenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Advers Etkiler, Cilt, İlaç, İmmünoloji

ABSTRACT

Skin reactions are a common health problem among drug-related adverse effects. Especially after the use of drugs systemically or locally, serious adverse reactions are seen and also skin reactions are among the most common ones in the clinic. Although most of these adverse effects are not severe, some rare skin diseases can result in death.

Skin reactions due to drug use occur with immunological and non-immunological mechanisms. In this review, skin reactions due to acute and chronic drug use and information about the drugs that cause these reactions have been reviewed.

Keywords: Adverse Effects, Drug, Immunology, Skin

* Bu derleme Anadolu Üniversitesi Eczacılık Fakültesi, 5. Sınıf öğrencisi Ecz. Didem Oęlan'ın 2018 yılı Mezuniyet Projesinden hazırlanmıştır (Danışman: Prof.Dr. Miriř Dikmen).

¹Eczacı, Maltepe Eczanesi, Adapazarı-Sakarya, didemogan@gmail.com, ORCID: 0000-0001-9766-0299

² Prof. Dr., Anadolu Üniversitesi, Eczacılık Fakültesi, Farmakoloji ABD, Eskişehir, mirisd@anadolu.edu.tr, ORCID: 0000-0002-9856-3148

İletişim / Corresponding Author: Miriř DİKMEN
e-posta/e-mail: mirisd@anadolu.edu.tr

Geliş Tarihi / Received: 14.10.2018
Kabul Tarihi/Accepted: 08.04.2020

GİRİŞ

İstenmeyen ilaç reaksiyonları (ADR, Advers ilaç reaksiyonu), hastalığı önleme, tanı veya tedavi için kullanılan dozlarda meydana gelen, ilaca karşı zararlı veya istenmeyen bir reaksiyon olarak tanımlanmaktadır. ADR'ler günlük klinik uygulamalarda yaygındır ve hastaların %15 ila %25'ini etkilemektedir. Hastaların %7-13'ünde ciddi reaksiyonların görüldüğü bildirilmiştir.¹ Tedavide ilaçların sistemik veya lokal olarak kullanımından sonra, advers etkilerle karşılaşılabilirdiği bilinmekte ve bunlardan cilt reaksiyonları da klinikte en sık rastlanılanlar arasındadır. İlacın neden olduğu deri döküntülerinin yaklaşık % 2'si, Dünya Sağlık Örgütü'nün ciddi bir reaksiyon tanımını karşılamaktadır. İlaça bağlı cilt reaksiyonlarının çoğunun kesin mekanizması tam olarak anlaşılmamıştır ve hem immünolojik hem de immünolojik olmayan mekanizmalarından kaynaklanabileceği açıklanmıştır.²

Cilt ilaç reaksiyonlarının büyük çoğunluğu, immünolojik olmayan mekanizmalarla ortaya çıkar. İmmünolojik reaksiyonlar konakçı-immünolojik yolların aktivasyonunu gerektirir ve ilaç alerjileri olarak tanımlanır. İmmünolojik olmayan mekanizmalarla meydana gelen ilaç reaksiyonları, efektör yollarının, aşırı dozun, kümülatif toksisitenin, advers etkilerin, ekolojik bozukluğun, ilaçlar arasındaki etkileşimlerin, metabolik değişikliklerin, önceden dermatolojik koşulların alevlenmesinin veya kalıtsal protein veya enzim eksikliklerinin aktivasyonuna bağlı olabilir. Bazı ilaçların neden olduğu cilt reaksiyonlarının mekanizması ise tam olarak bilinmemektedir.³

Bağışıklıkla ilgili reaksiyonlar arasında, ekzantematöz ilaç reaksiyonları (tip IVb, T lenfosit-eozinofil-aracılı; tip IVc, T lenfosit-sitotoksik-aracılı); anafilaksi (tip I, IgE [immüoglobulin E]); anjiyoödem (tip I, IgE); ürtiker (tip I, IgE); alerjik kontakt

dermatit (tip IVa, T lenfosit-makrofaj aracılı); ilaç hipersensitivite sendromu (DHS; tip IVb, T lenfosit-eozinofil-aracılı); sabit ilaç döküntüleri; eritema multiforme; ve serum hastalığı benzeri reaksiyonlar yer almaktadır.^{1,4} İmmün olmayan cilt reaksiyonlarına, ilaca bağlı tırnak değişiklikleri, hiperpigmentasyon ve cilt rengi değişiklikler, psödoallerji ve selektif kutanöz reaksiyonları sayılabilir.⁴

Dermatolojik ilaç reaksiyonların çoğu makulopapüler ekzantem veya ürtiker olarak görülmekle birlikte, ciddi kutanöz advers reaksiyonlar 1000 hastanın 1'inde görüldüğü rapor edilmiştir.⁵ Bir ilaca bağlı cilt reaksiyonu, ilk dozdan hemen sonra veya bir süre sonra meydana gelebilmekte fakat pigmentasyon, tırnak değişiklikleri veya saç üzerindeki etkiler birkaç ay sonra ortaya çıkmaktadır.³ İlaça bağlı cilt reaksiyonları akut ilaç kullanımına bağlı ortaya çıkan (eritematöz döküntüler, ürtiker, anjiyoödem ve anafilaksi, sabit ilaç erüpsiyonu, fotosensitivite, DRESS sendromu (ilaç aşırı duyarlılık sendromu), SJS (*Stevens-Johnson Syndrome*), TEN (toxic epidermal necrolysis), varfarine bağlı deri nekrozu, DIV (drug induced vasculitis), AGEF (Acute Generalised Exanthematous Pustulosis), serum hastalığı benzeri reaksiyonlar); kronik ilaç kullanımına bağlı oluşan reaksiyonlar (akneiform döküntüler, pigmentasyon değişiklikleri, ilaca bağlı lupus) ve diğer cilt reaksiyonları (psöriaziform kabarmalar, likenoid ilaç erüpsiyonları, tırnak değişiklikleri, cilt kanseri) olarak sınıflandırılır. Özellikle bu cilt reaksiyonlarının belirtileri, ilaç kullanımına başlanmasından ne kadar süre sonra ortaya çıktığı ve tedavi yöntemleri akut ve kronik ilaç kullanımında oldukça önem taşımaktadır. Bu nedenle ciltte oluşan advers etkileri tanıyıp zamanında müdahale edilebilmesi hastalığın önlenmesi açısından önemlidir.^{2,6}

Akut İlaç Kullanımına Bağlı Meydana Gelen Cilt Reaksiyonları

Eritematöz Döküntüler

İlaç döküntüleri olarak adlandırılan bu reaksiyonlar en sık karşılaşılan ADR'ler olarak bildirilmiştir. Benign ilaç

döküntülerinin tüm kutanöz ADR'lerin %90'ını oluşturduğu gösterilmiştir.⁶ Bu döküntülerin tip IV gecikmiş hücre aracılı aşırı duyarlılık reaksiyonu olduğu düşünülmektedir.² Neden olan ilaç kullanımı başladıktan sonra, 1 hafta içinde ortaya çıkmakta ve 7-14 günde gerilemektedir⁷ (Tablo 1).

Tablo 1. Akut İlaç Kullanımına Bağlı Oluşabilecek Cilt Reaksiyonları

Cilt Reaksiyonları	Neden Olabilecek İlaçlar	Kaynaklar
Eritematöz Döküntüler	Penisilinler, Sefalosporinler, Sülfonamidler, Antikonvülzanlar, Allopurinol	(2, 4)
Ürtiker Anjiyoödem Anafilaksi	NSAİD, Antibiyotikler, ACE inhibitörleri, Lidokain, Prokainamid, Kinidin, Kortikosteroidler, Antikanser ilaçlar, Monoklonal antikorlar	(1, 4, 6, 9)
Sabit İlaç Erüpsiyonu	İmmünsüpresif maddeler, Fenitoin, Hidroksiüre, Karbamazepin, Amilorid, Allopurinol, Diltiazem, Klomipramin, Siklosporin	(1, 7, 20)
Fotosensitivite	Amiodaron, Tetrasiklinler, NSAİİ, Sülfonamidler, Sülfonilüreler, Tiyazidler, Klorokin, Karbamazepin Amiodaron, Tetrasiklinler, Psoralenler, Kömür katranı	(8)
DRESS Sendromu	Allopurinoller, Altın tuzları, Sülfonamidler, Antikonvülzanlar, Dapson, Minoksilin,	(10)
SJS/TEN	Sülfonamidler, Penisilinler, Lamotrijin, NSAİİ, Karbamazepin, Fenitoin, Sefalosporinler, Rifampisin, Allopurinol, Siklofosfamid,	(1, 3)
İlaça Bağlı Vaskülit	Allopurinol, NSAİİ, Simetidin, Penisilin, Sefalosporinler, Hidantoin, Minoksilin, Florokinolonlar, Sülfonamidler, İzotretinoin, Metotreksat	(1, 2, 6)
Serum Hastalığı Benzeri Reaksiyonlar	Minosiklin, Propranolol, Penisilinler	(2)
AGEP	Aminopenisilinler, Makrolidler, Kinolonlar, Diltiazem, Antimalaryal ilaçlar	(1, 2)

Lezyonlar simetrik eritemli maküller veya papüller olup pruritik olabilmektedir. İlerlemeden önce genellikle gövde veya üst ekstremitelerde gelişmektedir.² Cilt lezyonları vücudun geniş alanlarını kaplayacak şekilde simetrik olarak ilerleyebilmektedir. Düşük dereceli ateş çoğunlukla oluşan döküntülerle ilişkilendirilmektedir. Bazı durumlarda bu döküntüler daha şiddetli reaksiyonlara kadar ilerleyebilmektedir.⁶

Birincil tedavi, neden olan ilacı bırakmaktır. İlaç temel tedavide gerekiyorsa oluşan eritematöz döküntü ile ilgili semptomlar daha ciddi bir reaksiyona sebep olmadığı sürece topikal/sistemik

kortikosteroidler veya antipruritik ajanlar kullanılarak ilaç kullanımı devam ettirilmektedir. Daha şiddetli reaksiyonların ortaya çıkmadığından emin olabilmek için döküntüler ilk 48 saat boyunca izlenmektedir.²

Ürtiker, Anjiyoödem ve Anafilaksi

Ürtiker (kovanlar) anafilaksinin kutanöz belirtileri olarak tanımlanmaktadır. Gelişmekte olan bir anafilaktik reaksiyonun ilk semptomu olabilen, IgE ile ilişkili (tip 1) bir alerjik reaksiyondur. Kovanlar oldukça kaşıntılı, eritemli, ödemli papül ve plaklarla karakterize oluşum göstermektedir.

Kolinergic ürtikerde oluşan papüllere benzer küçük papüller olabileceği gibi alerjik reaksiyonlarda görülen büyük birleşebilen plakların görülebileceği de açıklanmıştır.⁸ Belirtilerin başlangıcı hızlı olmakla birlikte lezyonlar 24 saatten uzun sürmemektedir ancak yeni lezyon çıkışı bir süre devam edebilmektedir.⁷

Anjiyoödem, deri ve deri altı dokuları kapsayan ve yüzü, bukkal mukozayı, dili, gırtlak ve yutağı etkileyen soluk veya pembe şişlik olarak tanımlanmaktadır. Ürtiker ve anjiyoödem, solunum sıkışması, şok ve ölümle sonuçlanabilecek anafilaksi ile komplike olabilmektedir.² Birçok ilaç anjiyoödem, ürtikere sebep olabilmektedir (Tablo 1).

İlk tedavi, neden olan ilacı kesmek olarak önerilmektedir. Gerekirse oral bir antihistamin kullanımı uygun olacaktır. Eğer şiddetli anjiyoödem ve anafilaksi varsa sistemik kortikosteroidler ve intramüsküler epinefrin enjeksiyonu ile tedavi önerilmektedir.^{6,9}

Sabit (Fiks) İlaç Erüpsiyonu (Döküntü)

Bu erüpsiyonların vücudun herhangi bir yerinde kırmızı, kaşıntılı, büyümüş lezyonlar olarak ortaya çıktığı, kabarcık veya plak haline gelebildiği bildirilmiştir. Lezyonlar birkaç dakika içerisinde ortaya çıkmakta olup bazı hastalarda yanma veya batma hissi olduğu rapor edilmiştir. Bu cilt reaksiyonunun mekanizması tam olarak bilinmemektedir.²

Tedavi, sebep olan ilacı bırakmak olarak uygulanmaktadır. Lezyonlar ilacın bırakılmasından sonra birkaç hafta içinde yerini pigmentasyona bırakarak iyileşir, ancak pigmentasyon aylarca kalabilmektedir. Tedavide aktif dönemde topikal steroidlerin yararlı olabileceği düşünülmektedir. Hasta soruna neden olan ilacı tekrar aldığı anda lezyonlar yeniden ortaya çıkabilmektedir⁷ (Tablo 1).

Fotosensitivite

Fotosensitivite reaksiyonları, ilaçla güneş ışınlarının etkileşmesi sonucu meydana gelmektedir. Lezyonlar genellikle güneş gören yerlerde oluşmaktadır. Fotosensitivite reaksiyonu fotoalerjik veya fototoksik reaksiyon olarak ortaya çıkabilmektedir.⁷ Fototoksik reaksiyonların sık görülen ve öngörülebilir reaksiyonlar olduğu bildirilmiştir. Bu reaksiyonun sadece güneş gören bölgelerde meydana geldiği ve hızlı bir yanma hissi ile karakterize olduğu rapor edilmiştir. Fototoksik reaksiyona sebep olan ilaçlar mor ötesi A (UVA) ışığını absorbe ederek hastalarda ciddi bir güneş yanığına ve sonrasında hiperpigmentasyona sebep olabilmektedir. Fotoalerjik reaksiyonlar, immünolojik bir cevabın sonucu olarak ortaya çıkmaktadır. Fotoalerji ilacın UVA ile alerjenlere dönüşmesi sonucu oluşmaktadır. Güneşe maruz kalan ya da kalmayan cilt bölgelerinde görülebilmektedir.² Fototoksik reaksiyonlara sebep olan ilaçlar amiodaron, tetrasiklinler, sülfonamidler, psoralenler ve kömür katranı; fotoalerjik reaksiyonlara sebep olan ilaçlar ise sülfonamidler, sülfonilüreler, tiyazidler, NSAİİ (non-steroid anti-inflamatuar ilaç)lar, klorokin ve karbamazepin olarak sıralanabilir.^{8,9}

İlaç Aşırı Duyarlılık Sendromu

DRESS sendromu olarak da adlandırılan ilaç aşırı duyarlılık sendromu nadir görülen, ateş, deri döküntüsü, lenfadenopati, hematolojik anormallikler (eozinofili, atipik lenfositler), iç organ (karaciğer veya diğer) tutulumu ile karakterize olarak yaşamı tehdit edebilen, gecikmiş tip ilaç hipersensitivite reaksiyonu olarak tanımlanmaktadır.¹⁰ İlaç maruziyetinden 2-6 hafta sonra başlamaktadır. Teşhis edilmesi zor olan bir sendrom olmasının nedenleri, hastalık semptomlarının karmaşık seyretmesi olarak bildirilmiştir. Ateş, lenfadenopati, yanan ağrı gibi belirtiler cilt reaksiyonlarının ortaya çıkmasından 2 hafta önce görülebilmektedir. Klinik dermatolojik belirtiler arasında bulunan döküntünün eritrodermiye kadar ilerleyebilen spesifik olmayan bir morbiliform döküntü olarak başladığı bildirilmiştir. Yüz

ödemi, eritroderma, distal ödem, püstüller, purpura ve bazen görülen fokal mukozal tutulum diğer klinik dermatolojik belirtiler arasında rapor edilmiştir.¹¹

DRESS sendromunda en fazla görülen iç organ tutulumu karaciğer tutulumu olarak bildirilmektedir. Bu durumda hastada hepatik sitoliz, kolestaz ve nadiren hepatik yetmezlik görüldüğü rapor edilmiştir. Diğer etkilenen organlar böbrek, kalp ve akciğer olarak bildirilmiştir. Böbrek tutulumu, interstisyel nefrit ile karakterize edilmiştir. Akciğer tutulumunun akut interstisyel pnömoni, plevrit veya erişkin solunum sıkıntısı sendromu ile komplike olabilen verimsiz öksürük veya nefes darlığı olarak görüldüğü rapor edilmiştir. Kalp tutulumunda ise perikardit, miyokardit ve enzim anormallikleri gibi ölümcül olabilecek semptomlarla karşılaşılabilir. Bunlardan başka DRESS sendromunun tek veya çoklu insan herpes virüs aile üyelerinden olan Epstein-Barr virüsü [EBV], sitomegalovirüs ve parvovirüs B19 gibi virüslerin yeniden aktivasyonuna yol açabildiği bildirilmiştir. Bu viral aktivasyon, sendromun başlangıcından 2-3 hafta sonrasına kadar tespit edilebilmektedir.^{5,12}

DRESS sendromunun patogenezi tam olarak anlaşılamamıştır. Deri veya karaciğer hücrelerine karşı otoimmün yanıtları tetikleyen zararlı metabolitlerin birikmesine yol açan ilaç detoksifikasyon yollarının başarısızlığının, DRESS gelişiminde önemli bir rol oynadığı ileri sürülmüştür. Başka bir hipotezde immünolojik bir mekanizmanın DRESS sendromuna neden olduğu düşünülmekte ve gecikmiş bir hücre aracılı immün model olduğu önerilmektedir. Başka bir patofizyolojik mekanizma ise yukarıda bahsedilen yeniden viral aktifleştirmeyi içermektedir.⁶ Tedavi, neden olan ilacı bırakmak olarak uygulanmaktadır (Tablo 1). Döküntü ve visseral tutulum, ilacı bıraktıktan sonra birkaç hafta süreyle kalabilmektedir.^{2,13}

Stevens-Johnson Sendromu (SJS) ve Toksik Epidermal Nekroliz (TEN)

Stevens-Johnson sendromu (SJS) ve toksik epidermal nekroliz (TEN) en ciddi ve hayatı tehdit eden kutanöz ADR'ler olarak bildirilmiştir. Bu hastalıkların yaygın olarak keratinosit ölümü, muköz membran erozyonlarıyla geniş epidermal kayba neden olduğu rapor edilmiştir.⁶ SJS epidermal hücrelerde nekroz oluşumuna sebep olan ilaç alerji hastalığı olarak tanımlanmıştır ve ilk kez 1922 yılında Stevens ve Johnson isimli iki hekim tarafından akut pürülan konjonktivit, ciddi stomatit ve eritema multiforme benzeri deri lezyonları ile saptanmıştır.^{14,15} SJS daha çok ilaçlara ve enfeksiyonlara karşı oluşan, ateş, stomatit ve konjonktivit ile karakterize ağır bir cilt reaksiyonudur. Her yaş ve cinsiyette ortaya çıkabilmektedir. Geriatrik yaş grubunda da amoksisiline bağlı SJS vakaları nadir de olsa gelişebildiği rapor edilmiştir.¹⁶ TEN ise daha sonra 1956 yılında Alan Lyell tarafından cildin haşlanması benzer bir erüpsiyon olarak rapor edilmiştir.^{14,15} Klinikte bu iki hastalık birbirinden vücut yüzey alanına bakılarak ayırt edilmektedir. % 10'dan az cilt hasarı varsa SJS, % 30'dan fazla epidermal ayrılma var ise TEN, % 10-% 30 arasında kalan cilt sorunları ise SJS-TEN olarak tanımlanmaktadır.¹⁵

SJS ve TEN'in mor maküllerden oluşan kabarcıklara ve erozyonlara yol açtığı, cilt ve muköz zarlarda ağırlı lezyonlara neden olduğu ve hızlı ilerlediği bildirilmiştir. Hastaların yüksek ateş ve şiddetli halsizliğe sahip olduğu ve sistemik bulguların hepatik enzimlerin hafif yükselmesi, bağırsak ve akciğer bulguları ile epitelin parçalanması olduğu rapor edilmiştir. Hastaların solunum sistemi bulgularının hızla bozulduğu bildirilmiştir. Lezyonların hızlı birleşme ve yayılma göstererek geniş epidermal ayrılma ve kanamalara neden olduğu bu durumun da sıvı kaybına ve ikincil enfeksiyonlara yol açabileceği düşünülmektedir.^{6,8} *Stevens-Johnson sendromu* ve toksik epidermal nekroliz tanısı için spesifik bir skor veya tanı testi yoktur. Teşhis çoğunlukla geniş bir klinik bulgu ve semptomların ve histolojik testlerin tanımlanmasına dayanmaktadır.¹²

SJS'nin tanımlanmasında Nikolsky bulgusu klinikte ayırıcı tanı olarak kullanılmaktadır. Bu bulgunun (+) olarak değerlendirilebilmesi için hastada bazal tabakadaki hücre ölümleri sonucu dermo-epidermal bileşkede ayrışma ve bunu takiben bül oluşumunun görülmesi ve bu bülün lateral kısmına uygulanan hafif bir basınçla nekrotik epidermiste soyulma meydana gelmesi gerektiği bildirilmiştir.¹⁴ Bu reaksiyonlara ilişkili olan ilaçlar Tablo 1'de gösterilmiştir.

Varfarine Bağlı Deri Nekrozu

Warfarine bağlı cilt reaksiyonları fotosensitivite, makulopapular vesiküler ürtikeryal döküntüler, cilt doku nekrozu ve vaskülit olarak ortaya çıkmaktadır.¹⁷ Özellikle varfarine bağlı deri nekrozu, hastanın varfarini kullanmaya başlamasından 3-5 gün sonra ortaya çıkabilen nadir fakat ciddi bir bozukluk olarak tanımlanmıştır. Nekrozun varfarin kullanan 10.000 hastada bir görüldüğü rapor edilmiştir. Kırmızı, ağrılı plak oluşumuyla başladığı sonrasında nekroza, ülserlere ve hemorajik kabarcıklara dönüştüğü bildirilmiştir.²

Protein C'de kalıtsal bir eksiklik olan hastaların daha fazla risk altında olduğu açıklanmıştır. Geç başlangıçlı varfarin kaynaklı cilt nekrozunun olası nedenleri arasında, karaciğerin sentez fonksiyonunda ani bir düşüş ve sodyum salisilat ve ibuprofen gibi ilaç etkileşimleri belirtilmiştir.^{2, 18}

İlaça Bağlı Vaskülit (DIV)

Vaskülit inflamasyon ve kan damarı duvarının hasarı ile karakterize edilen patolojik bir süreç olarak tanımlanmaktadır. Bu reaksiyonlarda cilt tek etkilenen organ olabileceği gibi iç organların tutulumu da vaskülitin bir parçası olabilmektedir. Deride bulunan post-kapiller damarları etkileyen cilt küçük damar vaskülitinin, ciltte görülen en yaygın vaskülit formu olduğu rapor edilmiştir. Ciltte en belirgin bulgusu ürtikeryal lezyonlar, ülserler ve hemorajik kabarcıklar ile birlikte yaygınlaşabilen veya sınırlı olabilen palpatif lezyonlardır. Lezyonlar özellikle alt bacaklara yakın bölgelerde görülmektedir. Yanma, ağrı ve nadiren pruritis yaşanabilmektedir.

Vaskülitin aynı zamanda nadir de olsa böbrek, karaciğer ve gastrointestinal sistemdeki damarları da etkileyebileceği ve bu durumda hayati tehlike oluşturabileceği bildirilmiştir. İlaç kullanımasından (Tablo 1) sonra bulguların ortaya çıkması birkaç gün ile haftalar arasında değişmektedir. Mekanizma tam olarak bilinmemektedir.^{3,6} Tedavide, neden olan ilaç hemen bırakılarak topikal kortikosteroidler ve oral antihistaminikler kullanılmaktadır.^{2,6,19}

Serum Hastalığı Benzeri Reaksiyonlar

Serum hastalığı benzeri reaksiyonlar, ateş, kızarıklık ve artraljiler ile meydana gelen komplike ürtikeryal döküntüler olarak tanımlanmaktadır. Bu reaksiyonların genellikle ilaca başladıktan (Tablo 1) 1-3 hafta sonra ortaya çıktığı bildirilmiştir. Reaksiyon fark edildiğinde kullanılan etken maddenin bırakılması gerektiği, eğer şiddetli belirtiler varsa tedavide sistemik kortikosteroid kullanımına gerek duyulabileceği bildirilmiştir. Dolaşımda immün komplekslerin olmaması ve düşük kompleman seviyeleri ile serum hastalığında ayrılır. Hastada immün komplekslerin olmaması, vaskülit veya böbrek lezyonlarının bulunmaması nedeniyle, bu reaksiyonun gerçek bir serum hastalığı olmadığı rapor edilmiştir.^{2, 8}

Akut Generalize Ekzantematöz Püstülozis (AGEP)

Sıklıkla lökositozla seyreden akut febril bir durum olarak tanımlanmaktadır. İlaç alımını takiben 1-3 haftada genellikle yüzde ve kıvrım yerlerinde ortaya çıkan ateş, kaşınma yanma ile yaygın, eritemli zeminde püstüller ile karakterize edilmiştir. Bunu takiben gövde ve ekstremitelerde çok küçük folikül dışı püstüllerin olduğu gözlemlenmiştir. İç organ tutulumunun nadir olarak görüldüğü ve genellikle kreatinin klirensinde hafif bir azalma, hafif aminotransferaz yükselmesi ve hipokalsemi ile sınırlı olduğu bildirilmiştir.^{6, 7, 12} Tedavide ilk yapılacak şey reaksiyon fark edildiğinde, neden olan ilacın (Tablo 1) hemen bırakılması olarak bildirilmiştir. İlaç bırakıldıktan sonra hızlı bir şekilde düzelme olması gerektiği, bazen antipruritik bir ajan

veya sistemik kortikosteroidlerin kısa süreli kullanımının gerekebileceği bildirilmiştir.^{2,6}

Kronik İlaç Kullanımına Bağlı Meydana Gelen Cilt Reaksiyonları

Akneiform Döküntüler

İlaça bağlı akne bulguları gerçek akneye benzeyen yaygın olarak görülen basit püstüler patlamalar olarak tanımlanmaktadır. Yaygın olarak görülen sivilceden belirli farklarının olduğu ve klinikte tanı koyabilmek için bu kriterlere bakıldığı bildirilmiştir. Bu farklılıklar hastanın ilaç kullanma öyküsünün bulunması, döküntülerin ani başlaması, akne başlangıcının beklenmediği bir yaş aralığında oluşması, yüzde ve boyunda görülmesi ve seboreik alanların ötesinde lezyonların alışılmadık yerlerde ortaya çıkması olarak rapor edilmiştir. Döküntüler iltihaplı papül veya papülopüstüllerden oluşmaktadır eğer komedonlar varsa bunlar sekonder lezyonlar olarak bildirilmiştir. Reaksiyon genellikle 1-3 hafta arasında ortaya çıkmaktadır.^{8,21} Akne oluşumunda sebum atılımının derecesi, folliküler hiperkeratozis, hormonal etki ve bezin bakteriyolojisi olmak üzere dört ana faktörün rol oynadığı ve bu faktörleri etkileyen ilaçların akneye sebep olabileceği bildirilmiştir (Tablo 2). Mevcut lezyonların tedavisi için neden olan ilacı bıraktıktan sonra topikal antibiyotikler ve benzoil peroksit kullanılması önerilmektedir.⁷

Pigmentasyon Değişiklikleri

İlaça bağlı pigmentatif değişikliklerin melanin üretiminin artması, ilaçların veya metabolitlerinin çökmesi, fototoksisite, sekonder olarak ortaya çıkan iltihap sonrası değişiklikler de dahil olmak üzere farklı mekanizmalarla ortaya çıkabildiği bildirilmiştir. Etkiler çoğunlukla güneş gören yerlerde gri, morumsu, kahverengi renk değişiklikleri ile ortaya çıkmaktadır.^{2,7} Pigmentasyonun tedavisinde ilacın (Tablo 2) kesilmesi önerilmektedir, buna ek olarak kozmetik renk açıcıların kullanılabileceği rapor edilmiştir. Pigmenter değişiklikler zamanla kaybolabilmekte, çok az sayıda hastada kalıcı olabilmektedir.^{2,3,7}

İlaça Bağlı Lupus

Nadir görülen bir advers etki olarak ortaya çıkan, ilaca bağlı lupus eritematozus (İLE) lupus benzeri bir tablo olup, ilacın kesilmesi ile birlikte düzelir. Lupus lokalize kutanöz bir formdan yaşamı tehdit edebilen sistemik bir forma kadar ilerleyebilen geniş klinik bulgular sergileyebilen otoimmün bir hastalık olarak tanımlanmaktadır. En yaygın klinik bulgular artralji, miyalji, artrit gibi kas-iskelet sistemi hastalıkları ve ateş, halsizlik, iştahsızlık, kilo verme gibi yapısal semptomlar olarak belgelenmiştir.² Belirtilerin başlangıcının akut olabileceğini ancak sıklıkla ilaç kullanımının (Tablo 2) başlangıcından aylar sonra yavaş ve kademeli bir şekilde görüldüğünü bildirmiştir.^{2,22} Tedavi için ilacın bırakılması yeterli olmaktadır. Daha ağır vakalarda kortikosteroidler veya immünosupresif tedavi gerekli olabilmektedir.²

Tablo 2. Kronik İlaç Kullanımına Bağlı Olarak Oluşabilecek Cilt Reaksiyonları

Cilt Reaksiyonları	Neden Olabilecek İlaçlar	Kaynaklar
Akneiform Döküntüler	Kortikosteroidler, Anabolik steroidler, Testesteron, İzoniazid, Halojenler, Lityum Antikanser Ajanlar, Siklosporin, Takrolimus, Vitamin B12, Vitamin D2, Fenobarbitüratlar, Tiyourasil Amoksapin, Azatiyopirin, Disülfiram, TNF-A İnhibitörleri, Trisiklik Antidepresanlar	(3, 21)
Pigmentasyon Değişiklikleri	Fenotiazinler, Antimalaryal İlaçlar, Minosiklin, Gümüş, Altın, Bizmut, Civa, Zidovüdin, Sitotoksik ilaçlar, Klofazimin, Metisergid, Oral kontraseptifler, Nikotinik asit, Amiodaron, Adrenokortikropin	(2, 3)
İlaça Bağlı Lupus	Hidralazin, Prokainamid, Metildopa, Kaptopril, Asebutalol, Klorpromazin, İzoniazid, Minoksilin, Karbamazepin, Sulfasalazin Propiltiourasil, Penisilamin	(23)

Diğer Cilt Reaksiyonları

Psöriaziform Kabarmalar

İlaçların psöriaziform kabarmalara sebep olabileceği veya var olan psöriazisi kötüleştirebileceği bildirilmiştir. İdiyopatik psöriazisten farklı olarak dizler ve dirseklerde yamalı eritem ve skala yapımı, avuç içi ve tabanda hiperkeratoz daha fazla görülmektedir. Reaksiyonun başlaması ilaç kullanımından (Tablo 3) hemen sonra olabileceği gibi bir yıl sonrasında da ortaya çıkabileceği ve reaksiyonun mekanizmasının tam olarak belirlenemediği bildirilmiştir.^{3, 24}

Likenoid İlaç Erüpsiyonları

Likenoid ilaç erüpsiyonları, idiyopatik liken planusa benzer şekilde ilerleyen patlamalar olarak tanımlanmaktadır. Meydana gelen lezyonlar küçük, parlak, çokgen papüller şeklinde bazen karakteristik beyaz çizgilerden oluşmaktadır. Genellikle kaşıntılı oldukları bazen de asemptomatik olabilecekleri bildirilmiştir. Likenoid ilaç erüpsiyonlarının geniş kapsamlı olma eğiliminde olduğu fakat bukkal mukozayı etkilemediği belgelenmiştir. Bu hastalığa neden olabilecek ilaçlar örnekleri Tablo 3'de ki verilmiştir.³

Tırnak Değişiklikleri

İlaça bağlı tırnak değişiklikleri tırnak kırılabilirliği, parnezi, vasküler ve pigmentasyon değişikliklerini içermektedir. Etkilerin genellikle ilaçların (Tablo 3) bırakılması ile geçtiği bildirilmiştir.³

Cilt Kanseri

Deri kanserleri skuamöz hücre karsinoması, habis melanoma ve bazal hücre karsinoması olarak sınıflandırılmaktadır. Skuamöz hücreli karsinomun sert ten renginde veya eritemli papüller/plaklar olarak bulunabildiği ve daha çok yaşlılarda görüldüğü bildirilmiştir. Risk faktörleri uzun süreli güneşe maruz kalma, uzun süreli uygulanan immünsüpresif tedavi ve UV radyasyonu olarak rapor edilmiştir.⁸ Sedef hastalığında kullanılan PUVA (psoralen ve ultraviyole A) tedavisi almış olan hastaların deri kanseri riski, başlıca kümülatif UVA dozu ve tedavi seansı ile ilişkili bulunmuş ve zaman içinde artış gösterdiği saptanmıştır.²⁵ Bazal hücre karsinoması (BHK) çoğunlukla baş ve boyunda renkli bir nodül olarak ortaya çıkan çok yaygın görülen bir deri hastalığıdır. BHK tedavisinde cerrahi eksizyon ve topikal ajanlar veya 5-fluorourasil gibi antineoplastik ajanlar kullanılmaktadır.⁸

Tablo 3. İlaç Kullanımına Bağlı Olarak Oluşabilecek Diğer Cilt Reaksiyonları

Cilt Reaksiyonları	Neden Olabilecek İlaçlar	Kaynaklar
Psöriaziform Kabarmalar	Lityum, Klorokin, NSAİİ, β-blokörler, İnterferon alfa	(3, 24)
Likenoid İlaç Erüpsiyonları	Tiyazidler, Furosemid, Klorokin, Kinin, Fenitoin, Streptomisin, Etambutol, Altın, Penisilamin, Enalapril, Karbamazepin, Metildopa, β -blokerler, Kaptopril,	(3)
Tırnak Değişiklikleri	Tetrasiklinler, Tiyazidler, Kloramfenikol, Klorokin Klorpromazin, Sitotoksik ilaçlar,	(3)
Cilt Kanseri	İmmünsüpresif İlaçlar, Hidroksiüre, Fenitoin, PUVA Karbamazepin, Allopurinol, Amilorid, Diltiazem, Klomipramin, Siklosporin,	(3, 8)

Malign melanomlar, erken teşhis edilmezse sistemik metastazlar oluşturan bir hastalıktır. Hastalığın varlığında oluşan moller tam cilt muayeneleri ile tespit edilmektedir. Bu muayenelerde moller asimetri, düzensiz sınırlar, alacalı renkler ve

ebat açısından incelenmektedir. Tedavide şüpheli lezyonların hemen alınması gerektiği ve metastatik melanomda temozolamid veya dakarbazin gibi sistemik antineoplastik ilaçların kullanıldığı belgelenmiştir. Risk faktörleri PUVA gibi ilaç tedavileri, sedef

hastalığında kullanılan biyolojik yanıt modifiye ediciler, uzun süreli güneşe maruz kalma ve aile öyküsü olarak sıralanmaktadır.

Malign deri lezyonlarına neden olabilecek bazı ilaçlar Tablo 3’te listelenmiştir.^{3,8}

SONUÇ VE ÖNERİLER

Akut ve kronik olarak ilaç kullanımına bağlı olarak meydana gelebilecek çok ciddi reaksiyonlarının iyi bilinmesi hastaların morbidite ve mortalitelerinin azaltılmasında önem taşımaktadır. Sağlık hizmetleri alanında, hastada oluşabilecek cilt

reaksiyonları iyi değerlendirilmeli, hasta konu ile ilgili bilgilendirilmeli, gerekli görüldüğünde sorumlu ilacın kesilmesi ve ilaç reaksiyonun tipine göre uygun, tedaviler planlanmalıdır

KAYNAKLAR

1. Warrington, R, Silviu Dan, F, Wong, T. (2018). “Drug allergy.” *Allergy Asthma Clin Immunol*, 14 (2), 60.
2. Clinard, V, Smith, J. (2012). “Drug-Induced Skin Disorders.” *U.S. Pharm.*, 37, HS11-HS18.
3. Abdollahi, M, Karimpour, H, Khalai, S. (2003). “Review of drug-induced skin reactions.” *Journal of Pharmacy Practice and Research.*, 33, 12-15.
4. Gates, A, Cullen ,S, Nykamp, D. (2017). “Drug-Induced Hypersensitivity Reactions: Cutaneous Eruptions.” *US Pharm*, 42(6), 32-36.
5. Chen,Y, Cho, Y, Chang, C, Chu, C. (2013). “Drug reaction with eosinophilia and systemic symptoms: A drug-induced hypersensitivity syndrome with variable clinical features.” *Dermatologica Sinica*, 31, 196-204.
6. Marzano, A V, Borghi , A, Cugno, M. (2016). “Adverse drug reactions and organ damage: The skin.” *European Journal of Internal Medicine*, 28, 17-24.
7. Yücel, A, Karakuş, G, Günıştı, S. (2008). “Psikotrop İlaçların Dermatolojik Yan Etkileri ve Tedavi Yaklaşımları.” *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*, 18, 235-244.
8. Law, R M, Law, D T S. (2014). “Dermatologic Drug Reactions and Common Skin Conditions. Pharmacotherapy: A Pathophysiologic Approach”, McGraw-Hill Education, United States of America, 347-358.
9. Başar, I, Aydemir, E H.(2014) “ Kardiyovasküler İlaçlar ve Dermatolojik Yan Etkileri.” *Cerrahpaşa Tıp Dergisi*, 30, 286-297.
10. Canitez, Y, Poyraz, E H, Sapan,, N. (2015). “Karbamazepine Bağlı Dress Sendromu; Nadir Görülen Bir İlaç Hipersensitivite Reaksiyonu.” *Türkiye Çocuk Hastalıkları Dergisi*, 1, 147-151.
11. Iskandarlı, M, Türk, B, Şentürk, B, Yaman, B, Kandiloğlu, G, Öztürk, G.(2015). “ Sülfasalazin İlişkili DRESS Sendromu.” <http://www.dermatoz.org/2015/3/dermatoz15063o3.pdf>
12. Duong, T, Allanore, L, Wolkenstein, P, Chosidow, O. (2017). “Severe Cutaneous Adverse Reactions to Drug.” *Lancet*, 390, 1996-2011.
13. Hiransuthikul, A, Rattananupong, T, Klaewsongkram, J, Rerknimitr, P, Pongpruthipan, M, Ruxrungtham, K. (2016). “Drug-induced hypersensitivity syndrome/drug reaction with eosinophilia and systemic symptoms (DIHS/DRESS): 11 years retrospective study in Thailand.” *Allergology International*, 65, 432-438.
14. Cura, Ş, Acaroğlu ,R.(2017). “ Nadir Bir Hastalık: Stevens Johnson Sendromlu Bireyin Yaşam Modeli Doğrultusunda Bakımı.” *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 25, 219-226.
15. Akan, A, Erkoçoğlu, M, Kaya, A, Toyran, M, Civelek, E, Savaş, Z, Azkur, D, Dibek Mısırhoğlu, E, Kocabaş, C.N.(2013). “Stevens-Johnson sendromu ve toksik epidermal nekrolizisli çocuk hastalarda intravenöz immünglobulin tedavisi ve literatürün gözden geçirilmesi.” *Asthma Allergy Immunol*, 11, 197-203.
16. Önder, E, Güngör, A, Celbek, G, Çeçen, F, Yıldırım, Ü, Gürlevik, Z, Aydın, Y, Cinemre, H. (2010).” Geriatrik Yaşta Amoksisilin Kullanımı Sonucu Gelişen ve Hayatı Tehdit Eden Ağır Stevens Johnson Sendromu.” *Turkish Journal of Geriatrics*, 13, 36-40.
17. Bulcun, E, Ekici, A, Ekici, M, Anıl, Karabulut, A, Cerit, A.(2016). “Warfarinle ilişkili lökositoklastik vaskülit ve cilt nekrozlu olgu.” *İzmir Göğüs Hastanesi Dergisi*. 30, 133-136.
18. Pero, M, Verma, S, Espeso, A, Griffiths, M, Jani, P. (2009). “An unusual case of warfarin-induced pinna skin necrosis.” *The Journal of Laryngology & Otology*. 123, 685-688.
19. Raiker, N, Aouthmany, M, Ezra, N.(2016). “ Dermatologic Signs and Symptoms of Substance Abuse.” *J. Clin. Exp. Dermatol. Res*, 7, 1-7.
20. Hyson, C, Sadler, M. (1997). “ Cross Sensitivity of Skin Rashes with Antiepileptic Drugs.” *Can. J. Neurol. Sci*, 24, 245-249.
21. Kazandjieva, J, Tsankov, N. (2017). “Drug-induced acne.” *Clinics in Dermatology*, 35, 156-162.
22. Ünlü, B, Türsen, Ü. (2018). “Autoimmune Skin Diseases and the Metabolic Syndrome.” *Clinics in Dermatology*, 36, 67-71.
23. Rubin, R. (2005). “Drug-induced lupus.” *Toxicology*, 209, 135-147.
24. Maroney, M E, Liu, M T, Smith, T, Thomas, K L.(2016). “Lithium.” *Side Effects of Drugs*. Elsevier, New York, 21-28.
25. Aslan, M U, Ekinci , A P, Baykal, C. (2015). “PUVA tedavisi alan mikozis fungoides hastalarının deri kanseri riski: retrospektif bir çalışma.” *Turk J Dermatol*, 1, 12.

Epizyotomi Sonrası Perineal Ağrının Tedavisinde Kullanılan Nonfarmakolojik Yöntemlerin Sistemik Açısından İncelenmesi

The Systematic Analyze Them in Terms The Nonpharmacological Methods Used in The Treatment of Perineal Pain After Episiotomy

Nilüfer TOK YANIK¹, Gül ERTEM²

ÖZ

Epizyotomi, bebeğin güvenli doğumunu sağlamak, perine tonüsünü korumak ve istenmeyen yırtıkları önlemek amacıyla yapılan insizyondur. Perineal ağrı, özellikle postpartum ilk 3 gün boyunca, hareket etme, idrar yapma ve defekasyon, emzirme gibi günlük aktiviteleri olumsuz etkilemektedir. Bu nedenle epizyotomiden kaynaklanan ağrı tedavi edilmelidir. Son yıllarda farmakolojik olmayan yöntemler ya tek başlarına ya da birlikte ağrıyı azaltmada etkili olmaktadır. Temel amaç ağrı tedavisinde analjezik kullanım oranını azaltarak yaşam kalitesini yükseltmektir. Bu çalışmalardan 2007- 2017 arasında olan özellikle non-farmakolojik yöntemlerin etkilerini inceleyen 17 çalışmaya ulaşılmıştır. Epizyotomi sonrası perineal ağrının giderilmesinde soğuk jel pedi ve buz paketi uygulamasının, düşük frekanslı Transkutan Elektriksel Sinir Stimülasyonu (TENS) ve yüksek frekanslı TENS'in, bilek-ayak akupunktur uygulamasının, lavanta-timolü ilave edilerek hazırlanan yıkama solüsyonunun, tarçın merhemi ve atkuyruğu merheminin etkili olduğu, Düşük Doz Lazer Tedavisi (DDLDT)'nin, kulak akupunktur uygulamasının etkili olmadığı saptanmıştır. Lavanta yağı ile hazırlanan oturma banyosunun bir çalışmada etkili olduğu saptanırken diğer çalışmada etkili olmadığı saptanmıştır. Epizyotomi sonrası perineal ağrının giderilmesinde en etkili yöntemlerin kanıt düzeyinde araştırılması, bu yöntemlerin kullanımı ile ilgili sağlık çalışanlarına danışmanlık yapılması önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Epizyotomi, Perineal Ağrı, Nonfarmakolojik Yöntemler.

ABSTRACT

Episiotomy is an incision, it is used for to ensure the safe delivery of the baby, to maintain perineal tonus and to prevent unwanted tears. Perineal pain is adversely affects daily activities such as movement, urination, defecation and breastfeeding especially in during the first 3 days postpartum. Therefore pain resulting from episiotomy should be treated. In recent years, non-pharmacological methods are effective in reducing the pain alone or together. The main objective is to improve the quality of life by reducing the rate of analgesic use in the treatment of pain. It has been reached 17 studies from these studies specifically examining the effects of non-pharmacological methods between 2007- 2017. Cold gel pad and ice pack application, low frequency Transkutan Electrical Nerve Stimulation (TENS) and high frequency TENS, Wrist-ankle acupuncture application, lavender-timol added washing solution, cinnamon ointment and horse-tail ointment is effective, low dose laser therapy (LLLT), ear acupuncture was found to be ineffective for the removal of perineal pain after episiotomy. The sitz bath with lavender oil prepared has been found to be effective in a study and not effective in the other study. It is recommended that to investigation of at the level of evidence about the most effective methods, advising health professionals about the use of methods.

Keywords: Episiotomy, Perineal Pain, Nonpharmacological Methods.

*I. Ulusal Kadın Hastalıkları ve Ana Çocuk Sağlığı Kongresi'nde poster bildirisi olarak sunulmuştur.

¹Öğr. Gör., Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, nilufertokyanik@gmail.com, ORCID: 0000-0001-2345-6789

²Prof.Dr., Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, ertemgul19@gmail.com, ORCID: 0000-0002-5853-3980

İletişim / Corresponding Author: Nilüfer TOK YANIK
e-posta/e-mail: nilufertokyanik@gmail.com

Geliş Tarihi / Received: 26.11.2018
Kabul Tarihi/Accepted: 31.12.2019

GİRİŞ

Epizyotomi, bebeğin güvenli doğumunu sağlamak, perine tonüsünü korumak ve istenmeyen yırtıkları önlemek amacıyla; bebek başının doğumu sırasında perinede bulbokavernöz kasına yapılan insizyondur.^{1,2} Yüzyılın ilk yarısından itibaren dünyada epizyotomi oranı artmıştır. Bu oranlar Amerika %62,5, Avrupa %30, İsveç %9,7 olarak rapor edilmiştir.³ Türkiye’de epizyotomi uygulaması %64 olarak belirtilmiştir. Ülkemizdeki tüm doğumların % 65’ inden ve primiparların ise %90’ nından fazlasına epizyotomi uygulanmaktadır.⁴

Doğum sonrası dönemde epizyotomi yapılan kadınlarda genellikle perineal ağrı görülmektedir.⁵ Perineal ağrının doğumdan sonraki ilk 24 saatte şiddetinin fazla olduğu, ve sonraki 48 saat süre içerisinde yavaş yavaş azaldığı bildirilmiştir.⁶ Epizyotomi nedeniyle ortaya çıkan perineal ağrı, özellikle postpartum ilk 3 gün boyunca kadının hareket etme, idrar ve defekasyon yapma, emzirme gibi günlük aktivitelerini olumsuz yönde etkilemektedir.⁷⁻⁹ Bu nedenle epizyotomiden kaynaklanan perineal ağrının tedavi edilmesi gereklidir.^{7,8}

Nonfarmakolojik yöntemler, ilaç dışı yöntemlerle ağrının azaltılması olarak tanımlanmaktadır. Bu yöntemlerin kullanılmasında temel amaçlardan birisi ağrı tedavisinde analjezik kullanım oranını azaltarak kadının yaşam kalitesini yükseltmektir. Nonfarmakolo-

jik yöntemlerin avantajları arasında, analjeziklerin gösterdiği yan etkilerinin olmaması, kolay uygulanabilirliğinin olması ve ekonomik olması gelmektedir.¹⁰ Ağrı kontrolünde farmakolojik olmayan yöntemler arasında periferik tedaviler; soğuk-sıcak uygulamalar, egzersiz, pozisyon verme, hareket kısıtlaması, dinlenme, akapunktur, hidroterapi, Transkutan Elektriksel Sinir Stimülasyonu (Transkutan Electrical Nerve Stimulation TENS), masaj ve dokunma, bilişsel davranışçı tedaviler; gevşeme, dikkati başka yöne çekme, dua etme, meditasyon, hipnoz, biyolojik geri besleme (biofeedback), davranış tedavisi ve diğer tedaviler, refleksoloji, aromaterapi, müzik terapi vb. girişimler yer almaktadır.¹¹

Doğum sonrası farmakolojik ağrı kesici yöntemler non-steroid antiinflamatuvar ilaçlar, oral analjezikler, lokal anestezipler ve opioidleri içerir. Ancak bu yöntemlerin, konstipasyon, gastrik rahatsızlık, anne sütüne ilacın geçişi ve uzun süreli kanama gibi ciddi yan etkileri vardır. Yüksek epizyotomi oranları göz önüne alındığında, hastalara vajinal doğum sonrasında kanıtlara dayalı perineal ağrı tedavi alternatifleri sunmak gerekmektedir.¹²

Bu sistematik derlemenin amacı, epizyotomi sonrası perineal ağrının tedavisinde nonfarmakolojik yöntemleri ve bu yöntemlerin ağrı üzerindeki etkilerini değerlendirmektir.

YÖNTEM

Sistematik derlemenin sorusunun çerçevesini belirlemede kısaca PICOS olarak adlandırılan bileşenler kullanılmaktadır. Derleme sorusu, katılımcıları (P: population), müdahaleleri (I: interventions), karşılaştırma gruplarını (C: comparators), sonuçları (O: outcomes) ve araştırma desenlerini (S: study designs) açıkça tanımlamalıdır.¹³ Araştırma sorusunun bu bileşenleri aşağıdaki şekilde gösterilmiştir.

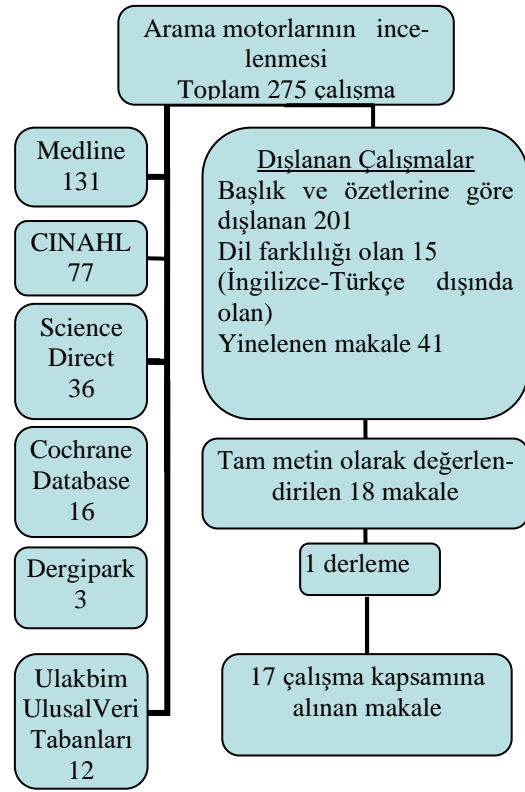
Derleme Sorusu Epizyotomi sonrası ağrı tedavisinde en iyi nonfarmakolojik yöntemler nedir? Bu soru çerçevesinde, katılımcılar ola-

rak; vajinal doğum sonrası epizyotomi uygulanmış postpartum dönemdeki kadınlar, müdahale olarak; nonfarmakolojik yöntemler, karşılaştırma grupları olarak müdahale uygulanan ve uygulanmayan kadınlar, müdahalelerin sonuçları ağrı kontrolü olarak belirlenmiştir. Araştırma deseni olarak; derleme yöntemi akış şeması (Şekil 1) yapılmıştır.

Bu sistematik derleme, “Episiotomy”, “Perineal Pain”, “Nonpharmacological Methods”, “Treatment”, “Epizyotomi”, “Perineal Ağrı”, “Nonfarmakolojik Yöntemler”, “Tedavi” olarak İngilizce ve Türkçe dilinde anah-

tar sözcükler kullanılarak 1 Ocak 2007-1 Ocak 2017 arasında yayınlan çalışmalar taranmıştır. Bu sistematik derlemeye randomize, deneysel, yarı deneysel araştırmalar alınmıştır. Derlemeye dahil edilme koşulları; incelenen çalışmalarda epizyotomi sonrası iyileşme için nonfarmakolojik yöntem uygulanmış olması, ulaşılan tüm metinlerin ücretsiz ve tam metin olması, ulaşılan tüm metinlerin dilinin Türkçe ve İngilizce olması olarak belirlenmiştir. Dışlama kriterleri ise; derlemeler, kalitatif ve tanımlayıcı araştırmalar olarak belirlenmiştir.

Tarama sonucunda toplam 275 (Medline: 131, CINAHL: 77, Science Direct: 36, Cochrane Database: 16, ULAKBİM Ulusal Veri Tabanı: 12, Dergipark: 3) çalışmaya ulaşılmıştır. Kriterler doğrultusunda yapılan elemeler sonunda araştırma kapsamına onyedici çalışma alınmıştır (Şekil 1).



Şekil 1. Derleme Yöntemi Akış Şeması

BULGULAR VE TARTIŞMA

Bu sistematik derlemede, dokuzu randomize kontrollü çalışma, yedisi randomize kontrollü klinik çalışma, bir de pilot çalışma yer almıştır. Çalışmalardan elde edilen bulgular “Örneklem Büyüklüğü”, “Yaş”, “Parite” (toplam gebelik sayısı), “Epizyotomi Çeşidi”, “Kullanılan Ölçüm Araçları”, “Nonfarmakolojik Yöntemler, Uygulama Özellikleri ve Ağrıyı Azaltmada Etkisi” başlıkları altında sunulmuştur (Tablo 1).

Örneklem Büyüklüğü

İncelemeye alınan çalışmaların örneklemi normal doğum yapan ve epizyotomisi olan kadınların oluşturduğu belirlenmiştir. Çalışmaların örneklem sayılarına bakıldığında, en fazla örneklem sayısı (n=250) Yusamran ve arkadaşları tarafından yapılan çalışma, en az örneklem sayısı ile (n=30) Mahishale ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmadır^{14,15} (Tablo 1).

Tablo 1. İncelemeye Dahil Edilen Çalışmaların Özellikleri

İncelenen Çalışmalar	Çalışmaların Türü	Örneklem Grubu	Nonfarmakolojik Yöntem	Nonfarmakolojik Yöntemlerin Uygulanma Özellikleri	Kullanılan Yöntemin Ağrıyı Azaltma ve İyileşme Sürecine Etkisi
Yusamran ve ark., Tayland 2007	Randomize Kontrollü Çalışma	Girişim Grubu: 125 kadına soğuk jel ped Kontrol Grubu: 125 kadına jel ped	Soğuk jel ped	Girişim: Doğumdan sonra 2 saat boyunca her 15 dk. da bir Kontrol: Jel Paketi Pedi	Soğuk jel pedin perine ağrısını gidermede etkili olduğu saptanmıştır.
Navvabi ve ark., İran 2009	Randomize Kontrollü Çalışma	41 kadına soğuk jel ped 40 kadına buz paketi 40 kadın kontrol grubu	Soğuk jel ped Buz paketi	Girişim: Doğum sonu 4 saat boyunca (uygulama süresi belirtilmemiş) Kontrol: Tedavi yok	Soğuk Jel pedin perineye uygulanmasıyla, ağrının şiddetini azalttığı kanıtlanmıştır.

Tablo 1. İncelemeye Dahil Edilen Çalışmaların Özellikleri (Devamı)

İncelenen Çalışmalar	Çalışmaların Türü	Örneklem Grubu	Nonfarmakolojik Yöntem	Nonfarmakolojik Yöntemlerin Uygulanma Özellikleri	Kullanılan Yöntemin Ağrıyla Azaltma ve İyileşme Sürecine Etkisi
Leventhal ve ark., Brezilya 2011	Randomize Kontrollü Çalışma	38 kadına buz paketi 38 kadına oda sıcaklığında su paketi (Plasebo) 38 kadın kontrol grubu	Buz paketi Oda sıcaklığında su paketi	Girişim: Doğum sonu 2 ila 48 saat arasında 20 dk. tek uygulama Kontrol: Tedavi yok	Buz paketi uygulanan kadınlarda uygulanmayan kadınlara (kontrol) göre perineal ağrı azalma saptanmış, girişim grubu ile plasebo grubu arasında bir fark saptanmamıştır. 20 dk. süre ile buz paketi uygulanan kadınlarda perineal ağrı azalma olmuştur.
Oliveira ve ark., Brezilya 2012	Randomize Klinik Çalışma	38 kadına 10 dk. buz paketi 38 kadına 15 dk. buz paketi 38 kadına 20 dk. buz paketi (Bu grup Leventhal ve ark. (2011) çalışmasında 20 dakika boyunca perine üzerinde bir buz torbası uygulanmış postnatal kadınlardan oluşmuştur.	Buz paketi	Girişim: Doğum sonu 2 ile 48 saat arasında belirtilen sürelerde tek uygulama	10 dk., 15dk. ve 20 dk. olmak üzere üç farklı süreyle uygulanan buz paketlerinin ağrıyı azaltmada bir farklılık oluşturmadığı 10 dk. ve 15 dk. süreli uygulamanın 20 dk. süreli uygulama kadar etkili olduğu saptanmıştır.
Mahishale ve ark., Hindistan 2013	Randomize Kontrollü Çalışma	15 kadına terapötik ultrason +soğuk jel ped 15 kadına terapötik ultrason (Plasebo)	Terapötik ultrason Soğuk jel pedi	Girişim: Terapötik ultrason (3 gün boyunca günde iki kez 5 dk.) soğuk jel pedi (3 gün boyunca günde iki kez 10-15 dk. süre ile) Plasebo: terapötik ultrason	Terapötik ultrason ve soğuk jel pedin perineal ağrının azaltılmasında etkili olduğu kanıtlanmıştır
Pitangui ve ark., Brezilya 2012	Randomize Kontrollü Çalışma	20 kadına Yüksek Frekanslı TENS 20 kadın kontrol grubu	Yüksek Frekanslı TENS	Girişim: Deriye epizyotomi bölgesine paralel olarak yerleştirilmiş 4 adet silikon-karbon elektrot ile 60 dk. süreyle Yüksek (100 Hz) Frekanslı TENS Kontrol: Tedavi yok	TENS kullanımı sonrasında perineal ağrı şiddetinin önemli ölçüde azaldığı saptanmıştır.
Pitangui ve ark., Brezilya 2014	Randomize Kontrollü, Çift Körlü Klinik Çalışma	11 kadına Yüksek Frekanslı TENS 12 kadına Düşük Frekanslı TENS 10 kadına Frekans olmadan TENS (Plasebo)	Yüksek Frekanslı TENS Düşük Frekanslı TENS	Girişim: Deriye epizyotomi bölgesine paralel olarak yerleştirilmiş 4 adet silikon-karbon elektrot ile 30 dk. süreyle Yüksek Frekanslı (100 Hz) ve Düşük Frekanslı (5 Hz) TENS Plasebo Grubu Frekans olmadan 30dk. süreyle TENS	Düşük frekanslı TENS ve yüksek frekanslı TENS uygulamasının ağrıyı rahatlatmada farklılık oluşturmadığı saptanmıştır.
Santos ve ark., Brezilya 2012a	Randomize Klinik Çalışma; Pilot Çalışma	26 kadına Düşük Dozlu Lazer Tedavisi 26 kadına ışınlama olmaksızın Düşük Dozlu Lazer Tedavisi (Plasebo)	DDLTL	Girişim: Doğum sonu 2. Saate kadar, 20-24 saat arası ve 40-48 saat arası olmak üzere üç kez 660 nanometre (nm) dalga boyunda DDLTL (kırmızı ışık) Plasebo: Işınlama olmaksızın uygulama	Lazer tedavisi uygulanan ve uygulanmayan kadınlar arasında perineal ağrı açısından fark bulunamamıştır.
Santos ve ark., Brezilya 2012b	Çift Körlü Randomize Klinik Çalışma	38 kadına Düşük Dozlu Lazer Tedavisi (kızılötesi lazer) 38 kadına Düşük Dozlu Lazer Tedavisi (kırmızı lazer) 38 kadına ışınlama olmaksızın lazer uygulaması	DDLTL	Girişim: DDLTL 780 nm dalga boyunda (kızılötesi lazer) Girişim: DDLTL 660 nm dalga boyunda (kırmızı lazer) Plasebo: Işınlama olmaksızın uygulama	Lazer tedavisi uygulanan ve uygulanmayan kadınlar arasında perineal ağrı rahatlatmasında önemli fark olmadığı saptanmıştır.

Tablo 1. İncelemeye Dahil Edilen Çalışmaların Özellikleri (Devamı)

İnce- nen Çalış- malar	Çalışmaların Türü	Örneklem Grubu	Nonfarmakolo- jik Yöntem	Nonfarmakolojik Yöntemlerin Uygulanma Özellikleri	Kullanılan Yöntemin Ağrıyı Azaltma ve İyileş- me Sürecine Etkisi
Alvaren- ga ve ark., Brezilya 2017	Üç Körlü Randomize Kontrollü Çalışma	29 kadına DDLDT 25 kadın ışın- lama olmaksızın uygulama (Pla- sebo)	Düşük Dozlu Lazer Tedavisi (DDLDT)	Girişim: Doğumsonu 6-10 saat arası, 20- 24 saat arası ve 40-48 saat arası olmak üzere üç seans 780 nm dalga boyunda DDLDT (lazer çeşidi belirtilmemiş) uygulaması Plasebo: Işınlama olmaksızın uygulama	Lazer tedavisi uygulanan ve uygulanmayan iki grup arasında ağrı skorları açı- sından anlamli fark saptanmamış- tır.
Kindberg ve ark., Danimarka 2008	Randomize Kontrollü Çä- alışma	102 kadına ku- lak akupunktur 105 kadına lo- kal anestezi	Kulak akupunktur	Girişim: Kulak akupunktur Kontrol: Lidokain 10 mg / ml dikiş atma işlrminden 5 dakika sonra doğrudan yara- nın içine uygulanmıştır.	Kulak akupunkturun ağrıyı rahatlatmada lokal aneste- ziye göre daha az etkili olduğu saptanmıştır.
Marra ve ark., İtalya 2011	Pilot Çalışma	21 kadına Bi- lek-ayak bileği akupunktur 21 kadın kontrol grubu	Bilek-ayak bileği akupunktur	Girişim: bilek-ayak bileği akupunktur Kontrol: Akupunktur yok	Sağ ayak bileği akupunkturu- run perineal ağrıyı azalt- mada etkili olduğu saptan- mıştır.
Vakilian ve ark., İran 2011	Randomize Kontrollü Klinik Çalışma	60 kadına la- vanta yağı 60 kadına Po- vidon-iyot (Kontrol Gru- bu)	Lavanta yağı ile hazırlanan oturma banyosu	Girişim: 4 L su içerisine 5-7 damla temel lavanta yağı günde iki kez olmak üzere 10 gün süre ile oturma banyosu olarak kullanı- lmıştır. Kontrol: 4 L su içerisine 5-7 damla Povi- don-iyot günde iki kez olmak üzere 10 gün süre ile oturma banyosu olarak kulla- nılmıştır.	Doğum sonrası ağrı skorları açısından gruplar arasında fark saptanmamıştır.
Sheikhan ve ark., İran 2012	Randomize Kontrollü Klinik Çalışma	30 kadına la- vanta yağı 30 kadına %10'luk Beta- dine (Kontrol Grubu)	Lavanta yağı ile hazırlanan oturma banyosu	Girişim: 5 L su içerisine 25 mL Lavanta yağı özü konularak hazırlanan oturma banyosu 5 gün boyunca günde iki kez 30 dakika olmak üzere uygulanmıştır Kontrol: 4 L su içerisine 10 mL %10'luk Betadine konularak hazırlanan oturma banyosu 5 gün boyunca günde iki kez 30 dakika olmak üzere uygulanmıştır.	Epizyotomiden 4 saat ve 5 gün sonrası lavanta yağının ağrı şiddetini azaltmada etkili olduğu saptanmış, 12 saat sonrasında ağrı skorları açısından gruplar arasında fark saptanmamıştır.
Marzouk ve ark., Mısır 2014	Tek Körlü Randomize Klinik Çä- alışma	60 kadına la- vanta-timol yağı 60 kadına %0.9 salin	Lavanta-timol yağı ile hazırla- nan perine yı- kama solüsyonu	Girişim: 4 L sıcak musluk suyuna 7 damla daha önce hazırlanmış lavanta-timolü ila- ve edilerek hazırlanan çözelti 250 mL'lik sıkma şişesi kullanılarak 7 gün boyunca günde iki kez insizyon bölgesini yıkama- ları ardından perine bölgesini önden arka- ya doğru kurutulmaları istenmiştir. Plasebo: 4 L sıcak musluk suyuna 10 mL salin (%0.9) ilave edilerek hazırlanan çö- zelti 250 mL'lik sıkma şişesi kullanılarak 7 gün boyunca günde iki kez insizyon bölgesini yıkamaları ardından perine böl- gesini önden arkaya doğru kurutulmaları istenmiştir.	Postpartum 7. günde giri- şim grubundaki ağrı şidde- tinin plasebo grubuna göre azaldığı saptanmıştır.
Moham- madi ve ark., İran 2014	Randomize Plasebo- Kontrollü Çalışma	72 kadına Cin- naron (Tarçın) Merhemi 72 kadına tarçın özü olmayan krem (Plasebo)	Cinnamon (Tar- çın) Merhemi	Girişim: Epizyotomi onarımı tamamlandıktan 1 saat uygulamaya başlanılmıştır. İnsizyon bölgesine yakla- şık 2mL merhem sürdükten 1-2 dakika sonra hijyenik kadın bağı takılarak uygula- ma yapmaları istenmiştir. Bu uygula- mayı günde iki kez 12 ± 2 saat aralıkla 10 gün süreyle gerçekleştirmeleri istenmiştir. Pasebo: Tarçın özü hariç aynı malzemelerden hazırlanan aynı renk, şekil ve boyutta olan tüplere hazırlanmıştır. Uygulama girişim grubu ile aynıdır.	Tarçın merhemi uygulama- sının doğumdan sonraki 10 gün içinde ağrı şiddetini azaltmada etkili olduğu saptanmıştır.

Tablo 1. İncelemeye Dahil Edilen Çalışmaların Özellikleri (Devamı)

İncelenen Çalışmalar	Çalışmaların Türü	Örneklem Grubu	Nonfarmakolojik Yöntem	Nonfarmakolojik Yöntemlerin Uygulanma Özellikleri	Kullanılan Yöntemin Ağrılı Azaltma ve İyileşme Sürecine Etkisi
Asgharikhatooni ve ark., İran 2015	Randomize Plasebo-Kontrollü Çalışma	54 kadına <i>Equisetum arvense</i> (At Kuyruğu) Merhemi 54 kadına vazelin+bir kaç damla at kuyruğu ekstresi	<i>Equisetum arvense</i> (At Kuyruğu) Merhemi	Girişim: İnsizyon bölgesini merhem sürdükten 1-2 dakika sonra hijyenik kadın bağı takılarak uygulama yapmaları istenmiştir. Bu uygulamayı günde iki kez 12 ± 2 saat aralıklarla 10 gün süreyle gerçekleştirmeleri istenmiştir. Plasebo: Vazelin ve birkaç damla at kuyruğu ekstresi kullanılarak hazırlanan steril plasebo merhemi girişim grubundaki gibi uygulanmıştır.	At Kuyruğu merhemi uygulamasının doğumdan sonraki 10 gün içinde ağrı şiddetini azaltmada etkili olduğu saptanmıştır.

Yaş

Yara iyileşmesini olumsuz yönde etkileyen önemli bir faktörde yaş artışıdır.² Derlemede, en düşük yaş sınırı Navvabi ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada 16, en yüksek yaş sınırı Yasumran ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada 42 olarak saptanmıştır.^{14,16} Dünyada doğurganlık yaş grubu 15-49 olarak belirlenmiştir, incelediğimiz çalışmalarda ortalama yaşların 15-49 yaş grubu arasında olduğu görülmektedir.¹⁷ Sistematik inceleme kapsamındaki kadınların yaş ortalaması en düşük 20,5, en yüksek 29 ± 5,4 olarak saptanmıştır.^{14,18} Kartal ve arkadaşlarının çalışmasında epizyotomi yapılan kadınların ortalama yaşı 24,05 ± 2,4, Kalis ve arkadaşlarının çalışmasında 27,25 ± 3,91 Keramat ve Khosravi'nin çalışmasında 25,79, Karbanova'nın çalışmasında ortalama yaş 28,1 olarak saptanmış, bu sonuçlar derlemedeki sonuçlarla benzerlik göstermekle birlikte yaş ortalamalarının düşük olduğu görülmüştür.¹⁹⁻²³ Bu sonuçlar, epizyotomi uygulamasının genç annelerde daha sıklıkla yapıldığını göstermektedir.

Parite

Parite, doğum şekli, doğum deneyimi, perineal travma derecesi ve neonatal doğum ağırlığı gibi perineal ağrının şiddetini etkileyen birkaç faktör olabilir. Epizyotomi uygulamasının primiparlarda multiparlara göre daha fazla kullanıldığı, perineal ağrının primiparlar arasında daha yaygın olduğu belirtilmiştir.^{24,25} Ülkemizde yapılan bir çalışmada, primipar gebelerin %96,72'sine, multipar gebelerin ise %51,85'ine epizyotomi uygulandığı saptanmıştır.²⁵ Latin Amerika'da primipar kadınlarda epizyotomi yapılma oranının incelendiği bir çalışmada, 91 hastanede %80'den fazla, 69 hastanede %90'dan daha fazla epizyotomi uygulandığı saptanmıştır.²⁶ Yapılan başka bir çalışmada ise primipar kadınların %81,7'sine epizyotomi uygulandığı ve bu kadınlarda epizyotomi uygulanmamış kadınlara göre daha fazla perineal ağrı yaşandığı saptanmıştır.⁹ İncelediğimiz çalışmalardan sekizinde primipar, dördünde ise nullipar kadınlar çalışmaya alınmıştır (Tablo 2). Daha fazla ağrı yaşamaları nedeniyle primipar ve nullipar kadınların çalışmalarda daha fazla ele alındığı görülmektedir.

Tablo 2. Tanımlayıcı Özellikler ve Ağrı Skorları

İncelenen Araştırmalar	Parite	Yöntem	Epizyotomi Çeşidi	Ağrı Ölçeği	Epizyotomi Sonrası Ağrı Değerlendirme Süreleri													
					30 dk.	1 saat	2 saat	4 saat	8 saat	12 saat	1 gün	2 gün	3 gün	5 gün	7 gün	10 gün		
Yusamran ve ark.,	-----	Soğuk Jel Pedi (SJP)	Mediolateral	VAS	3,18		2,99						2,82					
Navvabi ve ark.,	%100 Primipar	(SJP)	Mediolateral	NRS								3,84		3,83				3,17
Leventhal ve ark.,	Nullipar	Buz Paketi	Median Ve Mediolateral	NRS		1,5												
Oliveira ve ark.,	Nullipar	Buz Paketi	Median Ve Mediolateral	NRS				1,5										
Mahishale ve ark.,	-----	Teropatik Ultrason ve (SJP)	*Epizyotomi	VAS														3,2
Pitangui ve ark.,	%100 Primipar	YF TENS	Mediolateral	NRS		1,45												2,04
Pitangui ve ark.,	-----	YF ve DF TENS	Median Ve Mediolateral	NRS	0,81													0,27
Santos ve ark.,	%84.6 Nullipar %15.4 Primipar	DDLDT	Mediolateral	NRS				1,7					1,5					1,5
Santos ve ark.,	%88.5 Nullipar %11.5 Multipar	DDLDT	Mediolateral	NRS	2,25													
Alvarenga ve ark.,	Primipar	DDLDT	Mediolateral	NRS				4,1		2,6	1,5							1,2
Kindberg ve ark.,	%100 Primipar	Kulak Akupunktur	Mediolateral	VAS								1,9						1,9
Marra ve ark.,	Primipar Multipar	Bilek-Ayak Bileği Akupunktur	Mediolateral	-----														
Vakilian ve ark.,	Primipar	Lavanta Yağı	Mediolateral	VAS														
Sheikhan ve ark.,	%100 Primipar	Lavanta Yağı	*Epizyotomi	VAS				2,70					3,70					2,43
Marzouk ve ark.,	Primipar	Lavanta-Timol Yağı	Mediolateral	VAS														3,5
Mohammadi ve ark.,	%60 Primipar	Tarçın Merhemi	*Epizyotomi	VAS				4,2										3,7
Asgharikhatooni ve ark.	Nullipar	At Kuyruğu Merhemi	Mediolateral	VAS													4,9	0,8

NRS: Sayısal Derecelendirme Ölçeği (0-10) (0 = ağrı yok, 10 = en kötü ağrı)

VAS: Vizuel Analog Skala (0-10)

*Epizyotomi çeşidi belirtilmemiş

Epizyotomi Çeşidi

Epizyotominin günümüzde halen kullanılan median ve mediolateral olmak üzere iki majör tipi mevcuttur.²⁷ Birleşmiş milletlere bağlı birçok ülkede median epizyotomi tercih edilmektedir. Median yapılan epizyotomi

sonrası ağrının daha az görüldüğü belirtilmekte bunun nedenin ise median epizyotominin mediolateral ve lateral epizyotomiye göre daha az kanama, daha az ağrı yaşanması ve daha hızlı iyileşmesi olarak belirtilmiştir.²⁸ Yapılan bir çalışmada, mediolateral epizyotomi uygulanan kadınlarda median

epizyotomi uygulanan kadınlara göre daha fazla postpartum ağrı ve disparoni saptanmıştır.²⁹ Prospektif gözlemsel bir çalışmada postpartum 3. ayda ağrı skorları açısından median ve mediolateral epizyotomi arasında fark saptanmamıştır.³⁰ Bu sistematik derlemede onbir çalışmada mediolateral, üç çalışmada median ve mediolateral, üç çalışmada ise epizyotomi uygulanmış fakat uygulanan epizyotomi çeşidi belirtilmemiştir. Bu sonuçlar mediolateral epizyotomi kullanımının daha yaygın olduğunu göstermektedir (Tablo 2).

Kullanılan Ölçüm Araçları

Ağrının izlenmesinde sayısal değerlendirme skalaları çok kullanılması sebebiyle kanıtlanmış oldukça değerli yöntemlerdir. Bu yöntemlerden biri olan Görsel Analog skala (Vizuel Analog Skala VAS) sayısal olarak ölçülemeyen değerleri sayısal hale çevirmede kullanılır. Sayısal Değerlendirme Skalası (Numerical Rating Scale NRS) ağrının izlenmesinde çok kullanılması nedeni ile değerli bir yöntemdir. Sayısal Değerlendirme Skalasında ağrının yokluğu (0) ile başlayıp dayanılmaz ağrı (10 ya da 100) düzeyine varır.³¹ İncelememize alınan çalışmalarda ağrı değerlendirme yöntemleri olarak sekiz çalışmada VAS ve diğer sekiz çalışmada NRS ölçekleri kullanılmıştır. Çalışmaların on altısında, 0-10 arası puanlama yapılmış, en düşük ağrı skorları buz paketi uygulaması 1. ve 4. saatte 1,5, yüksek frekanslı TENS uygulaması 1. saatte 1,45 yüksek frekanslı TENS ve düşük frekanslı TENS uygulaması 0,27, lavanta yağı uygulaması 4. saatte 2,70, lavanta-timol yağı uygulaması 7. günde 3,5, tarçın merhemi uygulaması 10. günde 1,2, at kuyruğu merhemi uygulaması 10. günde 0,8 olarak saptanmıştır (Tablo 2).^{18,32-38}

Nonfarmakolojik Yöntemler, Uygulama Özellikleri ve Ağrıyı Azaltmada Etkisi

• Soğuk Uygulama

Gelişmiş ülkelerde perineal ağrı kontrolü için soğuk uygulama kullanılmıştır. Soğuk uygulamanın amacı, inflamasyon süresini azaltmak ve yumuşak dokunun iyileşmesine katkı sağlayarak hastaların normal aktivitele-

rine daha hızlı dönmelerine yardımcı olmaktadır.³⁹

Sistematik derlemede, lokal soğuk uygulamanın, yara iyileşmesini olumsuz etkilemeden, perineal ağrıyı, şişmeyi ve morarmayı azaltmada etkili olduğunu göstermiştir.⁴⁰ Doğumdan sonra 24 saat içinde perineye buz paketleri uygulaması ağrının acil olarak semptomatik rahatlatılması için kullanılan bir yöntemdir.¹² Brezilya'da "Vajinal doğum sonrası perineal ağrı giderilmesinde farmakolojik ve nonfarmakolojik tedavi türlerini tanımlamak için yapılan çalışmanın sonucunda, 130 hastanın %98,5 ilaç kullandıklarını ve bunların %62,3 aynı zamanda buz paketi, sıcak oturma banyosu ve sıcak kompres gibi ilaç dışı tedavileri kullandıkları saptanmıştır.⁴¹

Yusamran ve arkadaşları, soğuk jel pedini doğumdan sonraki 2 saat süreçte her 15 dk. bir uygulamışlardır.¹⁴ Navvabi ve arkadaşları, epizyotomi sonrası 4 saatlik süreçte soğuk jel pedi ve buz paketi uygulamış, çalışmada uygulama süreleri hakkında bilgi verilmemiştir.¹⁶ Leventhal ve arkadaşları, doğum sonu 2 ile 48 saat arasında 20 dakika süreyle buz paketi ve oda sıcaklığında su paketi bir kez uygulamıştır.³² Oliveira ve arkadaşları, buz paketini 10 dk., 15 dk. ve 20 dk. sürelerle uygulamışlardır.³³ Mahishale ve arkadaşları, kontrol grubuna 3 gün süreyle günde 2 kez 5 dakika süreyle töröpatik ultrason, deney grubuna ise 3 gün, günde iki kez 10-15 dk. süreyle töröpatik ultrason ve soğuk jel ped uygulamışlardır.¹⁵

Perineye 20 dk. süreli buz paketi uygulamasının ağrıyı azaltmada etkili olduğu, 10 dk. ve 15 dk. buz paketi uygulamasının 20 dk. uygulama kadar etkili olduğu saptanmıştır.^{32,33} Yapılan bir çalışmada 20 dk. süreyle uygulanan buz paketi uygulamasının perineal ağrının şiddetini azaltmada etkili olduğu saptanmıştır.⁴² Perineye doğumdan sonra 24 saat içinde 20 dk. süre ile bir kez uygulanan buz paketi uygulamasından 20 dk ve 1 saat sonrasında ağrı şiddetinde azalma olduğu tespit edilmiştir.⁴³ Bu sonuçlar 20 dk. süreli buz paketi uygulamasının perineal ağrıyı azaltmada daha etkili olduğunu düşündürmektedir.

Soğuk jel pedin perine ağrısını gidermede buz paketine göre daha etkili olduğu bildirilmiştir.^{14,16} Yapılan bir çalışmada, soğuk jel pedin, buz paketine göre ağrıyı azaltmada daha etkili olduğu bulunmuştur.^{44,45} Benzer çalışmalarda, soğuk-jel paketi uygulamasının perineal ağrının giderilmesinde etkili olduğu saptanmıştır.⁴⁶⁻⁴⁸ Tüm bu sonuçlar, sistematik derleme bulgularımız ile uyum göstermekle birlikte, soğuk-jel pedin doğumdan sonra perineal ağrının giderilmesi için etkili bir uygulama olduğu söylenebilir.

• TENS

TENS, kadına kendi bakımı üzerinde kontrol duygusu veren güvenli bir ağrı giderme yöntemidir.⁴⁹ TENS, cildin üzerine yerleştirilen yüzey elektrotları aracılığıyla, darbeli kare dalga akımının, ağrı kontrolü için periferik sinir liflerine uygulanmasıdır. TENS noninvazif ve bağımlılık yapıcı olmayan bir tedavidir. TENS anestezi veya sinir bloğu üretmez.⁵⁰ Pitangui ve arkadaşları, dört adet silikon-karbon elektrotu deriye epizyotomi bölgesine paralel olarak yerleştirilmiş, 60 dk. süreyle 100 Hertz (Hz) Yüksek Frekanslı TENS uygulamışlardır. Pitangui ve arkadaşları başka bir çalışmada, elektrotları epizyotomi bölgesine yakın paralel olarak yerleştirmiş, bir gruba 30 dakika süreyle yüksek frekanslı TENS (100 Hz), diğer gruba düşük frekanslı TENS (5 Hz) ve plasebo grubuna frekans olmadan TENS uygulamışlardır. Düşük frekanslı TENS ve yüksek frekanslı TENS uygulamasının perineal ağrıyı rahatlatmada farklılık oluşturmadığı, fakat Yüksek Frekanslı TENS kullanımının hemen ardından ve 60 dk. sonrasında perineal ağrı şiddetinin önemli ölçüde azaldığı saptanmıştır.^{18,34} Benzer çalışmalarda, TENS uygulamasının primer dismenorenin tedavisinde kullanıldığı ve doğum ağrısında azalma sağladığı saptanmıştır.^{51,52} TENS'in diz ağrıları ve osteoartriti olan bireylerin ağrıları için güvenli ve uygulanabilir bir yöntem olduğu belirtilmiştir.^{53,54}

• DDLT

Düşük Doz Lazer Tedavisi (DDLT), kollajen sentezi ve sinir rejenerasyonunu uyarır, anormal hormonal fonksiyonları düzenler,

endorfin salınımını uyarır ve ağrıyı azaltır.^{55,56} DDLT'nin dokular üzerinde uyarıcı ve yeniden düzenleyici, iltahap giderici ve ağrı kesici etkileri bulunmaktadır.⁵⁷ DDLT, postoperatif ağrıyı gidermede ilaç dışı bir yöntem olarak önerilmektedir.⁵⁸

Santos ve arkadaşları, postpartum 2 saat 20 ve 24 saat arası ve 40 ile 48 saat arası epizyotomi sonrası sütur üzerine doğrudan üç seans DDLT uygulamışlardır,⁸ Santos ve arkadaşları diğer çalışmalarında epizyotomi sonrası 6-56 saat arasında tek seans doğrudan infrared ve kırmızı lazer içerikli DDLT uygulamışlardır.⁵⁸ Alvarenga ve arkadaşları, postpartum 6-10 saat arası, 20-24 saat arası ve 40-48 saat arası olmak üzere üç seans DDLT uygulamışlardır.⁵⁹

Her üç çalışmada da DDLT uygulanan ve uygulanmayan kadınlar arasında perineal ağrı rahatlamasında önemli fark olmadığı saptanmıştır.^{8,54,55} Yapılan çalışmalarda, postpartum bakımda DDLT'nin perineal iyileşmeyi artırmak için tamamlayıcı bir uygulama olarak kullanılabileceği önerilmektedir.^{59,60}

Yapılan metaanaliz çalışmasında, DDLT'nin doku onarımı ve ağrının giderilmesinde oldukça etkili bir terapötik yaklaşım olduğu kanıtlanmıştır.⁶¹ Yumuşak doku hasarından kaynaklanan akut ağrıda, akut boyun ağrısında DDLT'nin etkili olduğu saptanmıştır.^{62,63}

• Akupunktur

Akupunktur, ağrının tedavisi için alternatif veya tamamlayıcı bir tedavi olarak giderek daha fazla kullanılmaktadır.⁶⁴ Doğum ağrısını azaltmak amacıyla el, ayak ve kulaktaki akupunktur noktaları kullanılmaktadır.⁶⁵ Akupunkturun doğumdaki ağrı deneyimini azalttığı gösterilmiştir.⁶⁶

Kindberg ve arkadaşları, epizyotomi dikişinden 5 dk. sonra, direk yara içerisine 10 miligram/mililitre (mg/mL) Lidokain ve kulak alkapunkturu uygulamışlar perineal ağrıyı gidermede kulak akupunkturunun lokal anesteziye göre daha az etkili olduğunu tespit etmişlerdir.⁶⁷ Marra ve arkadaşlarının çalışmasında bilek-ayak bileğine akuapunktur uygulamasının perineal ağrıyı azaltmada etkili olduğu saptanmıştır.⁶⁸ Yapılan bir çalışmada,

total kalça cerrahisinden sonra kulak akupunkturunun postoperatif analjezik gereksinimini azaltmak için kullanılabileceği saptanmıştır.⁶⁹ Yapılan diğer bir çalışmada bilek-ayak bileği akupunkturunun primer dismenorezi olan genç kadınlarda etkili olduğu belirtilmiştir.⁷⁰ Metaanaliz sonucuna göre, bilek-ayak bileği akupunkturunun hastalarda ağrının hafiflemesine yardımcı olduğunu ve oldukça güvenli bir terapi olduğunu kanıtlamıştır.⁷¹

• Aromaterapi

Aromaterapi uçucu bitkisel kaynaklardan konsantre edilmiş yağlar ile masaj, kompres, buhar ve banyo yoluyla uygulanan terapötik tedavi şeklidir.⁷² Günümüzde bitkilerden elde edilen yağların yağların farmakolojik, fizyolojik ve psikolojik etkileri bilinmemektedir. Literatürde yağların içeriğindeki bileşenlerin, beyin sapındaki dopamin, endorfin, noradrenalin ve seratonin gibi maddelerin salınımına katkı sağladığı ve böylelikle analjezik etkisinin oluştuğu vurgulanmaktadır. Lavanta yağı, analjezik, antidepresan ve sedatif etkiye sahiptir.⁵⁰ Tarçın, çok uzun yıllardan beri biyoaktif bir baharat türü olarak kullanılmaktadır. Son dönemde yapılan çalışmalarda tarçının; güçlü antioksidan, antiinflamatuvar, vazodilatör, antitrombotik, antiülseratif, antialerjik ve antibakteriyel özelliklere sahip olduğu gösterilmiştir.⁷³

Vakilian ve arkadaşlarının çalışmasında, girişim grubuna 4 Litre (L) su içerisine 5-7 damla lavanta yağı eklenmiş, günde iki kez olmak üzere 10 gün süre ile kontrol grubuna 4 L su içerisine 5-7 damla povidon-iyot eklenerek günde iki kez olmak üzere 10 gün süre ile oturma banyosu uygulanmış, perineal ağrı skorları açısından iki grup arasında fark saptanmamıştır.⁷⁴

Sheikhan ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, girişim grubuna 5 L su içerisine 25 mL lavanta yağı özü konularak hazırlanan oturma banyosu 5 gün boyunca günde iki kez 30 dakika, kontrol grubuna 4 L su içerisine 10 mL %10'luk betadine konularak hazırlanan oturma banyosu 5 gün boyunca günde iki kez 30 dk. olmak üzere uygulanmıştır. Epizyotomiden 4 saat ve 5 gün sonrası lavanta yağı ile

hazırlanan oturma banyosunun perinal ağrı şiddetini azaltmada etkili olduğu saptanmıştır.³⁵ Marzouk ve arkadaşlarının çalışmasında, 4 L sıcak musluk suyuna 7 damla lavantamolü ilave edilerek 250 mL'lik sıkma şişesine hazırlanan çözelti epizyotomi uygulanan kadınlara verilmiş, 7 gün boyunca günde iki kez olmak üzere perine bölgesini bu çözelti ile yıkamaları ardından önden arkaya doğru kurutmaları istenmiştir. Plasebo grubuna 4 L sıcak musluk suyuna 7 damla 10 ml Salin (%0,9) ilave edilerek 250 mL'lik sıkma şişesine hazırlanan çözeltiyi aynı şekilde uygulamaları istenmiştir. Çalışma sonucunda, postpartum 7. günde girişim grubundaki ağrı şiddetinin plasebo grubuna göre azaldığı saptanmıştır.³⁶ Lavanta yağı banyosunun kullanıldığı benzer bir çalışmada da, girişim grubunda ağrı düzeyinin kontrol grubuna göre belirgin bir şekilde azalma olduğu görülmüştür.⁷⁵

Karabulutun çalışmasında doğum sırasında aromaterapi uygulamasının kadının doğum ağrısına tahammülünü arttırdığı saptanmıştır.⁷⁶ Aromaterapinin sezaryen sonrası ağrı üzerine etkisi değerlendiren bir çalışmada lavanta yağı özü buharının sezaryen sonrası ağrının tedavisinin bir parçası olarak kullanılabileceği ancak tek ağrı tedavisi olmayacağı saptanmıştır.⁷⁷

• Bitkisel Tedavi

Bitkisel tedavi, tıbbi amaçlar için herhangi bir bitkinin tohumlarının, meyvelerinin, köklerinin, yapraklarının, kabuklarının veya çiçeklerinin kullanılmasını ifade eder.⁷⁸ Bitkisel tedavi son zamanlarda alternatif tedavi seçenekleri arayan hastalar arasında giderek daha popüler hale gelmiştir.⁷⁹ Bitkiler, vücut yüzeylerinde topikal olarak kullanılan yarı katı preparat olan merhem formunda hazırlanarak uygulanır.³⁷

Mohammadi ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, epizyotomi onarımı tamamlandıktan 1 saat sonrasında kadınlardan 10 gün süreyle günde iki kez 12 ± 2 saat aralıklarla İnsizyon bölgesine yaklaşık 2mL cinnamon (tarçın) merhemi sürdükten 1-2 dakika sonra hijyenik kadın bağı takılarak uygulama yapmaları istenmiştir. Plasebo grubuna ise tarçın özü ha-

riç aynı malzemelerden hazırlanan aynı renk, şekil ve boyutta olan tüplere hazırlanan kremi aynı prosedürde uygulamaları istenmiştir. Çalışma sonucunda tarçın merhemi uygulamasının doğumdan sonraki 10 gün içinde ağrı şiddetini azaltmada etkili olduğu saptanmıştır.³⁷ Asgharikhatooni ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, kadınlardan equisetum arvense (at kuyruğu) Merhemi epizyotomi bölgesine sürdükten 1-2 dakika sonra hijyenik kadın bağı takarak günde iki kez 12 ± 2 saat aralıklarla 10 gün süreyle uygulama yapmaları istenmiştir, plasebo grubuna ise vazelin ve birkaç damla at kuyruğu ekstresi kullanılarak hazırlanan steril plasebo merhemi girişim grubundaki gibi uygulanmıştır. Çalışma sonucunda at kuyruğu merhemi uygulamasının doğumdan sonraki 10

gün içinde perineal ağrı şiddetini azaltmada etkili olduğu saptanmıştır.³⁸ Khadivzade'nin lavanta kreminin epizyotomi ağrısını gidermek için kullandığı bir çalışmada doğumdan sonraki üç, beş ve on günlük günlerdeki ağrı düzeyinin kontrol grubuna kıyasla anlamlı şekilde azaldığı, ilk 24 saatte anlamlı bir azalma olmadığı saptanmıştır.⁸⁰

Papatya kremi, yeşil çay merhemi, Achillea millefolium (Civanperçemi) ve Hypericum perforatum (sarı kantaron) merhemlerinin, epizyotomi sonrası perineal ağrı düzeyini azalttığı saptanmıştır.⁸¹⁻⁸³ Hem bal hem de fenitoin kreminin karşılaştırıldığı bir çalışmada, bal uygulamasının yara iyileşmesinde daha etkili olduğu fakat perineal ağrı düzeyi açısından iki girişimin de etkili olmadığı saptanmıştır.⁸⁴

SONUÇ VE ÖNERİLER

Nonfarmakolojik ağrı kontrol yöntemlerine ilişkin kanıt düzeyi yüksek çalışmaların sayısı oldukça sınırlıdır. Doğum sonu dönemde, perineal ağrı için tedavi alternatifleri sunmak için bilimsel kanıtlara gereksinim vardır.⁸⁵

Sistematik derlemede, epizyotomi çeşidi olarak çoğunlukla mediolateral yöntem kullanıldığı, yapılan uygulamaların değerlendirilmesinde ilk bir haftalık sürecin etkin olduğu görülmektedir. Epizyotomi uygulamasının primiparlarda daha fazla yapıldığı saptanmıştır. Epizyotomi sonrası perineal ağrının tedavisinde non-farmakolojik yöntemleri ve bu yöntemlerin ağrı üzerindeki etkilerinin incelendiği bu sistematik derlemede; epizyotomi sonrası perineal ağrının giderilmesinde soğuk jel pedi ve buz paketi uygulamasının, düşük frekanslı TENS ve yüksek frekanslı TENS'in, bilek-ayak akupunktur uygulaması-

nın, lavanta-timolü ilave edilerek hazırlanan yıkama solüsyonunun, tarçın merhemi ve at-kuyruğu merheminin etkili olduğu, DDLT'nin, kulak akupunktur uygulamasının etkili olmadığı saptanmıştır. Lavanta yağı ile hazırlanan oturma banyosunun bir çalışmada etkili olduğu saptanırken diğer çalışmada etkili olmadığı saptanmıştır.

Ülkemizde epizyotomi uygulaması sonrası, non-farmakolojik yöntemler sınırlı düzeyde kullanılmaktadır. non-farmakolojik yöntemlerin uygulanması aşamasında hekim, hemşire ve sağlık çalışanlarının yöntem kullanımını konusunda temel bilgilere sahip olmaları gerekmektedir. Epizyotomi sonrası perineal ağrının giderilmesinde en etkili yöntemlerin kanıt düzeyinde araştırılması, bu yöntemlerin kullanımı ile ilgili sağlık çalışanlarına danışmanlık yapılması önerilmektedir.

KAYNAKÇA

1. Yılmaz, S.D., Vural, G., Bodur, S. (2010). "Epizyotomi Bakımında Serum Fizyolojik ve Rivanolün İyileşme Sürecine Etkisi". Trakya Üniversitesi Tıp Fak Dergisi, 27 (2), 172-177.
2. Durmaz, A., Buğdaycı, R. (2013). "Epizyotomi İyileşmesini Etkileyen Faktörler". Turkish Journal of Public Health, 11 (2), 72-85.
3. Carroli, G., Mignini, L. (2009). "Episiotomy for Vaginal Birth". Cochrane Database Of Systematic Reviews, 1 (3).
4. Dönmez S., Sevil Ü. (2009). "Rutin Epizyotomi Uygulanmasının Gerekliliği". Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi, 2 (3), 105-112.
5. Declercq, E., Cunningham, D. K., Johnson, C., Sakala, C. (2008). "Mothers' reports of postpartum pain associated with vaginal and cesarean deliveries: Results of a national survey". Birth, 35, 16-24.

6. Macarthur, A. J., Macarthur, C. (2004). "Incidence, severity, and determinants of perineal pain after vaginal delivery: A prospective cohort study". *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 191, 1199-1204.
7. Sapmaz, E., Altungül, A.Ç. (2012). "Sağ Medyolateral Epizyotomi Vakalarında Ağrı Kesici Olarak Tenoksikam ile Parasetamolün Karşılaştırılması". *Fırat Tıp Dergisi*, 17 (2), 76-79.
8. Santos, J.O., Oliveira, S.M.J.V., Nobre, M.R.C., Aranha, A.C.C., Alvarenga, M.B. (2012 a). "A Randomised Clinical Trial of The Effect of Low-Level Laser Therapy for Perineal Pain and Healing after Episiotomy: A Pilot Study". *Midwifery*, 28, 653-659.
9. Ak, Ö.B. (2013). *Vaginal Doğum Yapan Kadınlarda Postpartum Perineal Ağrının Değerlendirilmesi*. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
10. Özveren, H. (2011). *Ağrı Kontrolünde Farmakolojik Olmayan Yöntemler*. Hacettepe Üni. Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi, 83-92.
11. Korkut Bayındır, S., Çürük, G. N. (2015). "Türkiye'de Ağrıya Yönelik Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Uygulamaları Konusundaki Hemşirelik Tezlerinin İncelenmesi". *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 12 (3), 162-169.
12. George, S. (2013). *A Comparative Study to Assess The Effectiveness of Sitz Bath Versus Infrared Lamp Therapy on Episiotomy Pain and Wound Healing Among Postnatal Mothers at Selected Hospital, Bangalore*. Dissertation Submitted to the Rajiv Gandhi University of Health Sciences, In Partial Fulfillment of Requirement For The Degree of Master of Science in Nursing, Bangalore
13. Karaçam, Z. (2013). "Sistemik Derleme Metodolojisi: Sistemik Derleme Hazırlamak İçin Bir Rehber". *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*, 6 (1), 26-33.
14. Yusamran, C., Titapant, V., Kongjeera, A. (2007). "Relief Perineal Pain After Perineorrhaphy by Cold Gel Pack Pad: A Randomized Controlled Trial". *Thai Journal of Nursing Research*, 11 (2), 87-95.
15. Mahishale, A., Chougala, A., Patted, S. (2013). "Effect of Therapeutic Ultrasound and Maternal Cooling Gel Pad for Perineal Pain Following Vaginal Delivery With Episiotomy". *J Women's Health Care*, 2 (3), 1-4.
16. Navvabi, S., Abedian, Z., Steen-Greaves, M. (2009). "Effectiveness of Cooling Gel Pads and Ice Packs on Perineal Pain". *British Journal Of Midwifery*, 17 (11), 724-729.
17. Martin, J.A., Hamilton, B.E., Osterman, M.J., Driscoll, A.K., Mathews, T.J. (2017). *Births: final data for 2015*. <https://data.worldbank.org/indicator/SP.DYN.TFRT.IN>, Erişim tarihi: 19.12.2019.
18. Pitangui, A.C.R., Sousa, L., Gomes, F.A., Ferreira, C.H.J., Nakano, A.M.S. (2012). "High-Frequency Tens in Post-Episiotomy Pain Relief in Primiparous Puerpere: A Randomized, Controlled Trial". *J. Obstet. Gynaecol. Res*, 38 (7), 980-987.
19. Zafar, S. (2008). "Comparison of A Single-Knot Versus Three Layered Technique of Perineal Repair After Vaginal Delivery in Women Requiring Episiotomy: A Double Blind Randomized Controlled Trial". *Turkish German Gynecol Assoc*, 9 (3), 129-33.
20. Kartal, B., Özhan, T., Cırık M. (2014). "Primipar Kadınların Epizyotomi Bakımına İlişkin Uygulamaları". *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 3 (4) 1056-1066.
21. Kalis, V., Landsmanova, J., Bednarova, B., Karbanova, J., Laine, K., Rokyta, Z. (2011). "Evaluation of The Incision Angle of Mediolateral Episiotomy at 60 Degrees". *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 112, 220-224.
22. Rasouli, M., Keramat, A., Khosravi, A., Mohabatpour, Z. (2016). "Prevalence and factors associated with episiotomy in Shahroud City, northeast of Iran". *Int J Womens Health Reprod Sci*, 4 (3), 125-129.
23. Karbanova, J., Rusavy, Z., Betincova, L., Jansova, M., Necaslova, P., Kalis, V. (2014). "Clinical evaluation of early postpartum pain and healing outcomes after mediolateral versus lateral episiotomy". *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 127 (2), 152-156.
24. Karaçam, Z., Eroğlu, K. (2003). "Effects of Episiotomy on Bonding and Mother's Health". *Journal of Advanced Nursing*, 43 (4), 384-94.
25. Sayiner, F.D., Demirci, N. (2007). "Prenatal Perineal Masajın Vaginal Doğumlarda Etkinliği". *İÜFN Hemşirelik Dergisi*, 15 (60), 146-154.
26. Althabe, F., Belizan, J.M., Bergel, E. (2002). "Episiotomy Rates in Primiparous Women in Latin America: Hospital Based Descriptive Study". *Bjm*, 324 (7343), 945-6.
27. Çiftpinar, T., Yörük, P., Dündar, Ö., Tütüncü, L., Müngen, E., Yergök, Y.Z. (2009). "Epizyotomi Onarımı Zamanının Postpartum Kan Belirteçlerine Etkisi". *Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 26 (3), 203-207.
28. Schoon, P.G. (2001). "Episiotomy: yea or nay". *Obstet Gynecol Surv*, 56(11), 667-9.
29. Sartore, A., De Seta, F., Maso, G., Pregazzi, R., Grimaldi, E., Guaschino, S. (2004). "The Effects of Mediolateral Episiotomy on Pelvic Floor Function After Vaginal Delivery". *Obstet. Gynecol.*, 103 (4), 669-73.
30. Fodstad, K., Staff, A.C., Laine, K. (2014). "Effect of Different Episiotomy Techniques on Perineal Pain and Sexual Activity 3 Months After Delivery". *Int. Urogynecol J.*, 25,1629-1637.
31. Çöçelli, L.P., Bacaksız, B.D., Ovaryolu, N. (2008). "Ağrı Tedavisinde Hemşirenin Rolü". *Gaziantep Tıp Dergisi*, 14, 53-58.
32. Leventhal, L.C., de Oliveira, S.M.J.V., Nobre, M.R.C., da Silva, F.M.B. (2011). "Perineal analgesia with an ice pack after spontaneous vaginal birth: a randomized controlled trial". *The Journal of Midwifery & Women's Health*, 56 (2), 141-146.
33. Oliveira, S., Silva, F., Riesco, M., Rosario, M., Nobre, M. (2012). "Comparison of Application Times for Ice Packs used to Relieve Perineal Pain after Normal Birth: A Randomised Clinical Trial". *Journal Of Clinical Nursing*, 21, 3382-3391
34. Pitangui, A.C., Araujo, R.C., Bezerra, M.J., Riberio, C.O., Nakano, A. (2014). "Low and high-frequency TENS in post-episiotomy pain relief: a randomized, double-blind clinical trial". *Brazilian Journal of Physical Therapy*, 18 (1), 72-78.
35. Sheikhan, F., Jahdi, F., Khoei, E.M., Shamsalizadeh, N., Sheikhan, M., Haghani, H., (2012). "Episiotomy Pain Relief: Use of Lavender Oil Essence in Primiparous Iranian Women". *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 18 (66-70).
36. Marzouk, T., Barakat, R., Ragab, A., Badria, F., Badawy, A. (2015). "Lavender-thymol as a new topical aromatherapy preparation for episiotomy: a randomised clinical trial". *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 35 (5), 472-475.
37. Mohammadi, A., Mohammad-Alizadeh-Charandabi, S., Mirghafourvand, M., Javadzadeh, Y., Fardiazar, Z., Effati-Daryani, F., (2014). "Effects of Cinnamon on Perineal Pain and Healing of Episiotomy: A Randomized Placebo-Controlled Trial". *Journal Of Integrative Medicine*, 12 (4), 359-366.

38. Asgharikhatooni, A., Bani, S., Hasanpoor, S., Alizade, S.M., Javadzadeh, Y. (2015). "The effect of equisetum arvense (horse tail) ointment on wound healing and pain intensity after episiotomy: a randomized placebo-controlled trial". *İrenian Red Crescent Medical Journal*, 17 (3).
39. Bleakley, C., McDonough, S., & MacAuley, D. (2004). "The use of ice in the treatment of acute soft-tissue injury: a systematic review of randomized controlled trials". *The American journal of sports medicine*, 32 (1), 251-261.
40. Steen, M., Briggs, M., King, D. (2006). "Alleviating postnatal perineal trauma: To cool or not to cool?". *British Journal of Midwifery*, 14 (5), 304-308.
41. Hasegawa, J., Leventhal, L. C. (2009). "Pharmacological and non pharmacological treatment for relief of perineal pain after vaginal delivery". *Einstein (São Paulo)*, 7 (2), 194-200.
42. Paiva, C.D.S.B., de Oliveria, S.M.J.V., Francisco, A.A., da Silva, R.L., Mendes, E.D.P.B., Steen, M. (2016). "Length of perineal pain relief after ice pack application: A quasi-experimental study". *Women and Birth*, 29 (2), 117-122.
43. Bezeza, A.C.S., Ferreira, C.H.J., Driusso, P., dos Santos, C.B., Nakano, A.M.S. (2017). "Effect of cryotherapy on relief of perineal pain after vaginal childbirth with episiotomy: a randomized and controlled clinical trial". *Physiotherapy*, 103 (4), 453-458.
44. Abedian, Z., Navabi Rigi, S. D., Dadgar, S., Esmaili, H. (2007). "Comparing the Effect of Colling Gel Pads and Ice Pack, after Episiotomy, on the Intensity of Perineal Pain". *The Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility*, 10 (2), 79-86.
45. Steen, M., Marchant, P. (2007). "Ice packs and cooling gel pads versus no localised treatment for relief of perineal pain: a randomised controlled trial". *Evidence-Based Midwifery*, 5 (1), 16-23.
46. Lu, Y. Y., Su, M. L., Gau, M. L., Lin, K. C., Au, H. K. (2015). "The efficacy of cold-gel packing for relieving episiotomy pain—a quasi-randomised control trial". *Contemporary nurse*, 50 (1), 26-35.
47. Jahdi, F., Sheikhan F., Haghani, H. (2010). "The effect of cooling gel pad on the intensity of perineal pain following episiotomy". *Arak Medical University Journal*, 13 (3), 76-83.
48. Senol, D.K., Aslan, E. (2017). The Effects of Cold Application to the Perineum on Pain Relief After Vaginal Birth. *Asian Nursing Research*, 11 (4), 276-282.
49. Kömürçü, N., Ergin, A.B., Çalişkan, E., Buckley, S.J., Çalik, K.Y., Çoker, H., Karabekir, N. (2013). Doğum Ağrısının Kontrolünde Non- Farmakolojik Yöntemler. (İçinde) N. Kömürçü (Ed.). Doğum Ağrısı Ve Yönetimi. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri, 63-178.
50. Lamina, S., Shmaila, H., Muhammed, S.A. (2008). "Transcutaneous electrical nerve stimulation (TENS) in the symptomatic management of chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome: a placebo-control randomized trial". *International Braz. J. Urol.*, 34 (6), 708-714.
51. Proctor, M., Farquhar, C., Stones, W., He, L., Zhu, X., Brown, J. (2010). "Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation for Primary Dysmenorrhoea". *The Cochrane Library*. 1.
52. Santana, L.S., Gallo, R.B.S., Ferreira, C.H.J., Duarte, G., Quintana, S.M., Marcolin, A.C. (2016). "Transcutaneous electrical nerve stimulation (TENS) reduces pain and postpones the need for pharmacological analgesia during labour: a randomised trial". *Journal of Physiotherapy*, 62 (1), 29-34.
53. Son, S. J., Kim, H., Seeley, M. K., Feland, J. B., Hopkins, J. T. (2016). "Effects of transcutaneous electrical nerve stimulation on quadriceps function in individuals with experimental knee pain". *Scandinavian journal of medicine & science in sports*, 26 (9), 1080-1090.
54. Cherian, J. J., Harrison, P. E., Benjamin, S. A., Bhave, A., Harwin, S. F., Mont, M. A. (2016). "Do the effects of transcutaneous electrical nerve stimulation on knee osteoarthritis pain and function last?". *The journal of knee surgery*, 29 (06), 497-501.
55. Buko, H. Ş. (2013). Servikal Disk Hernisine Bağlı Akut Boyun Ağrısında Düşük Doz Lazer Tedavisinin Etkinliği. Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Tıpta Uzmanlık Tezi, Çukurova Üniversitesi, Adana.
56. Doğan, G.E., Demir, T., Orbak, R., (2014). "Periodontolojide Düşük Doz Lazer Uygulamaları". *Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 4 (1), 43-50.
57. Burcu, B.A.Ş., Duran, H. (2012). "Temporomandibular Eklem Bozukluklarının Tedavisinde Düşük Doz Lazer Uygulamasının Yeri". *Ondokuz Mayıs Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Dergisi*, 13 (1).
58. Santos, J.O., Oliveira, S.M.J.V., Silva, F.M.D., Nobre, M.R.C., Osava, R.H., Riesco, M.L.G., (2012 b). "Low-Level Laser Therapy for Pain Relief After Episiotomy: A Double-Blind Randomised Clinical Trial". *Journal Of Clinical Nursing*, 21(3513-3522).
59. Alvarenga, M.B., de Oliveria, S.M.J.V., Francisco, A.A., da Silva, F.M.B., Sousa, M., Nobre, M.R. (2017). "Effect of low-level laser therapy on pain and perineal healing after episiotomy: A triple-blind randomized controlled trial". *Lasers in surgery and medicine*, 49 (2), 181-188.
60. Al-Shaikh, S. F. (2011). "The Evaluation of Low Level Laser Therapy Using the Diode Laser in Enhancement of Episiotomy Wound Healing". *Medical Journal of Babylon*, 8 (2), 213-220.
61. Enwemeka, C.S., Parker, J.C., Dowdy, D.S., Harkness, E.E., Harkness, L.E., Woodruff, L.D. (2004). "The efficacy of low-power lasers in tissue repair and pain control: a meta-analysis study". *Photomedicine and Laser Therapy*, 22 (4), 323-329.
62. Bjordal, J.M., Johnson, M.I., Iversen, V., Aimbire, F., Lopes-Martins, R.A.B. (2006). "Low-level laser therapy in acute pain: a systematic review of possible mechanisms of action and clinical effects in randomized placebo-controlled trials". *Photomedicine and Laser Therapy*, 24 (2), 158-168.
63. Chow, R.T., Johnson, M.I., Lopes-Martins, R.A., Bjordal, J.M. (2009). "Efficacy of low-level laser therapy in the management of neck pain: a systematic review and meta-analysis of randomised placebo or active-treatment controlled trials". *The Lancet*, 374 (9705), 1897-1908.
64. Kelly, R.B. (2009). "Acupuncture for pain". *American family physician*, 80 (5).
65. Yılar, Z. (2014). Ayak Refleksolojisinin Doğum Ağrısına ve Doğum Eyleminin Süresine Etkisi. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Doktora Tezi, Erzurum.
66. Skilnand, E., Fossen, D., Heiberg, E. (2002). "Acupuncture in the management of pain in labor". *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica*, 81 (10), 943-948.
67. Kindberg, S., Klünder, L., Strom, J., Henriksen, T. B., (2009). "Ear Acupuncture or Local Anaesthetics as Pain Relief During Postpartum Surgical Repair: A Randomized Controlled Trial". *Bjog: An International Journal Of Obstetrics & Gynecology*, 116 (4), 569-576.
68. Marra, C., Pozzi, I., Ceppi, L., Sicuri, M., Veneziano, F., Regalia A.L. (2011). "Wrist-Ankle Acupuncture as Perineal Pain Relief After Mediolateral Episiotomy: A Pilot Study". *The Journal Of Alternative And Complementary Medicine*, 17 (3), 239-241.
69. Usichenko, T.I., Dinse, M., Hermsen, M., Witstruck, T., Pavlovic, D., Lehmann, C. (2005). "Auricular acupuncture for pain relief after total hip arthroplasty-a randomized controlled study". *Pain*, 114 (3), 320-327.

70. Chen, Y., Tian, S., Tian, J., Shu, S. (2017). "Wrist-ankle acupuncture (WAA) for primary dysmenorrhea (PD) of young females: study protocol for a randomized controlled trial". *BMC complementary and alternative medicine*, 17 (1), 421.
71. Zhu, L.B., Chan, W.C., Lo, K.C., Yum, T.P., Li, L. (2014). "Wrist-ankle acupuncture for the treatment of pain symptoms: a systematic review and meta-analysis". *Evidence-Based Complementary and Medicine*, 2014.
72. Şar, S., Kahya, E., Ataç, A. (2011). "History of Aromatherapy and Some Examples of Medicinal Plants Used in This Area-Aromaterapinin Tarihi ve Bu Alanda Kullanılan Tıbbi Bitkilerden Örnekler". *Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Lokman Hekim Tıp Tarihi ve Folklorik Tıp Dergisi*, 32-33.
73. Bingöl, F.N., Akbulut, G., (2012). "Tip 2 Diabetes Mellitus Ve Tarçın". *Bozok Tıp Dergisi*, 3 (39-46).
74. Vakilian, K., Atarha, M., Bekhradi, R., Chaman, R. (2011). "Healing advantages of lavender essential oil during episiotomy recovery: a clinical trial". *Complementary therapies in clinical practice*, 17 (1), 50-53.
75. Olapour, A., Behaen, K., Akhondzadeh, R., Soltani, F., al Sadat Razavi, F., Bekhradi, R. (2013). "The effect of inhalation of aromatherapy blend containing lavender essential oil on cesarean postoperative pain". *Anesthesiology and pain medicine*, 3 (1), 203.
76. Karabulut, H. (2014). *Doğum Eyleminde Aromaterapinin Etkileri. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Kadın Sağlığı Ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, T.C. İstanbul Üniversitesi, İstanbul*
77. Masoumi, Z., Keramat, A., Hajiaghaee, R. (2011). "Systematic review on effect of herbal medicine on pain after perineal episiotomy and cesarean cutting". *Journal of Medicinal Plants*, 10 (40), 1-16.
78. Chhreti, H.P., Yogol, N.S., Sherchan, J., Anupa, K.C., Mansoor, S., Thapa, P. (2010). "Formulation and evaluation of antimicrobial herbal ointment". *Kathmandu University Journal of Science, Engineering and Technology*, 6 (1), 102-107.
79. Bedi, M.K., Shenefelt, P.D. (2002). "Herbal therapy in dermatology". *Archives of dermatology*, 138 (2), 232-242.
80. Khadivzadeh, T., Molkizadeh, M., Rakhshandeh, M. (2009). "P302 Evaluation of lavender cream effect on episiotomy pain and wound healing in primiparous women." *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 107 (S2).
81. Aradmehr, M., Azhari, S., Ahmadi, S., Azmoude, E. (2017). "The effect of chamomile cream on episiotomy pain primiparous women: a randomized clinical trial". *Journal of caring sciences*, 6 (1), 19.
82. Shahrahmani, H., Kariman, N., Jannesari, S., Rafieian-Kopaei, M., Mirzaei, M., Ghalandari, S., Mardani, G. (2018). "The effect of green tea ointment on episiotomy pain and wound healing in primiparous women: A randomized, double-blind, placebo-controlled clinical trial". *Phytotherapy Research*, 32 (3), 522-530.
83. Hajhashemi, M., Ghanbari, Z., Movahedi, M., Rafieian, M., Keivani, A., Haghollahi, F. (2018). "The effect of Achillea millefolium and Hypericum perforatum ointments on episiotomy wound healing in primiparous women". *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 31 (1), 63-69.
84. Lavaf, M., Simbar, M., Mojab, F., Majd, H.A., Samimi, M. (2017). Comparison of honey and phenytoin (PHT) cream effects on intensity of pain and episiotomy wound healing in nulliparous women. *Journal of Complementary and Integrative Medicine*, 15(1).
85. Hasegawa, J., Leventhal, L.C., (2009). "Pharmacological and Non-Pharmacological Treatment for Relief of Perineal Pain after Vaginal Delivery". *Einstein (São Paulo)*, 7 (2), 194-200.

İntestinal Stomannın Gebelik Sürecine Etkisi ve Hemşirelik Bakımı

The Effect of Intestinal Stoma on Pregnancy Process and Nursing Care

Hatice Merve ALPTEKİN¹, Eda ŞİMŞEK ŞAHİN²

ÖZ

Stoma, hastanın hayatını kurtarmak, yaşam kalitesini arttırmak için sıklıkla uygulanan cerrahi girişimlerden biridir. Stomalı hastaların gebe kalamayacağı gebelik kalsa bile gebeliği sağlıklı bir şekilde sürdüremeyeceği ya da vajinal doğum yapamayacağı ile ilgili, yanlış bir inanış vardır. Stoması olan kadınlar tekil ya da çoğul gebelik yaşayabilir, gebenin ve fetüsün durumuna göre vajinal ya da sezeryan doğum eylemini başarılı şekilde gerçekleştirebilir. Fakat gebelik haftasının ilerlemesiyle birlikte stoma boyutundaki değişimler ve abdomenin konveks bir hal alması sonucu stoma torbasını değiştirmede sorun yaşanabilir. Bu nedenle stoması olan kadınların gebelik boyunca stoma boyutları ve stomaya ilişkin komplikasyonlar açısından değerlendirilmeleri gerekmektedir. Ayrıca kadınlara hem gebeliğinde hem de stomasında yaşayabileceği değişimler ile ilgili stoma bakım hemşiresi tarafından eğitim verilmesi gerekmektedir. Üreme çağındaki stomalı kadınların gebe kalıp kalamayacakları, gebe kaldıklarında bu süreci nasıl geçirecekleri ve sağlık profesyonellerinin bu konudaki deneyimleri ile ilgili literatürde sınırlı sayıda çalışma mevcuttur. Bu araştırmanın amacı intestinal stoması olan üreme çağındaki kadınların gebelik süreci ve hemşirelik bakımı ile ilgili bilgi sağlamaktır.

Anahtar Kelimeler: Hemşirelik, Bakım, Stoma, Gebelik

ABSTRACT

Stoma is a surgical intervention that is frequently applied to save the patient's life and improve the quality of life. There is a misconception that patients with stoma cannot become pregnant, even if they do, they cannot reach term or have vaginal delivery. Women with stoma may experience singleton or multiple pregnancies and may perform vaginal or caesarean section according to the condition of the pregnant and fetus. However, changes in stoma size and the convexity of the abdomen may cause problems in changing the stoma bag as the pregnancy approaches to term. Therefore, women with stoma should be evaluated in terms of stoma sizes and complications related to stoma during pregnancy. In addition, women should be trained by the stoma care nurse about the changes they may experience in both pregnancy and stoma. There are limited studies in the literature regarding whether women with stoma can become pregnant in the reproductive period, how to go through this process when they become pregnant, and the experiences of health professionals in this area. The aim of this study is to provide information about the pregnancy process and nursing care of women of reproductive age with intestinal stoma.

Keywords: Nursing, Care, Stoma, Pregnancy

* 2. Uluslararası Kadın Çocuk Sağlığı ve Eğitimi Kongresi 'nde sözel bildiri olarak sunulmuş ve geniş özet olarak kongre kitabında yayınlanmıştır.

¹Arş. Gör. Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği, İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, imervealptekini@hotmail.com, ORCID: 0000-0002-4544-7987

²Arş. Gör. Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği, Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, simsekeda24@gmail.com, ORCID: 0000-0002-1614-9569

İletişim / Corresponding Author:
e-posta/e-mail:

Hatice Merve ALPTEKİN
imervealptekini@hotmail.com

Geliş Tarihi / Received: 22.10.2019
Kabul Tarihi/Accepted: 15.05.2020

GİRİŞ

Stoma, Latince'de ağızlaştırma anlamına gelen, vücut atıklarının normal fizyolojik açıklıktan farklı olarak uzaklaştırılmasını sağlamak üzere yapılan cerrahi bir girişimdir. Stomalar buldukları bölgelere göre; incebağırsakta açılan stomalar ileostomi, kalınbağırsakta açılan stomalar kolostomi olarak adlandırılmaktadır.^{1,2} Amerika Birleşik Devletleri'nde her yıl 100.000'in üzerinde stoma cerrahisi uygulanmaktadır.² Toplam stoma açılmış birey sayısının ise 725.000 ile 1 milyon arasında olduğu düşünülmektedir.³ Ülkemizde 2017 yılında yayınlanan Kamu Hastaneleri İstatistik Yıllığına göre 2017 yılı içerisinde toplam 2.509 kişiye kolostomi açıldığı bilinmektedir.⁴ İntestinal stoma cerrahisi kolon kanseri, crohn, travma, divertikülit, konjenital anomali, enflamatuar barsak hastalığı sebebiyle uygulanabilmektedir.⁵ Stomalar hastalığın gelişimine bağlı olarak geçici veya kalıcı olabilmektedir. Stomalar ister gebelik döneminde olsun isterse gebelik dışı dönemlerde olsun kadın sağlığını olumsuz etkilemektedir.^{2,6}

Stomannın Cinsellik Üzerine Etkisi

Stoması olan bireylerde sıklıkla beden imajının bozulması ve benlik saygısında azalma olmasının yanı sıra stomadan kaynaklı gaz ve koku problemi, cinsel ilişki sırasında stoma torbasının çıkacak olması korkusu bireylerin cinsel ilişkiden kaçınmalarına ve cinsellikle ilgili problemler yaşamalarına neden olmaktadır.^{2,7,8} Stomannın varlığı eşler arasında da sorun oluşturabilmekte bireylerin "...yaklaşık 4 aydır cinsel ilişkiye giremiyoruz ve kocam bu konuda çok şikayetçi."⁷ "...ameliyattan sonra kocamla olan ilişkimden endişelendim. İlk başta utanıyordum, ancak dernekte benzer koşulları olan diğer kadınlarla iletişim kurup eşimle danışmanlık oturumlarına katıldıktan sonra endişem azaldı"⁹ söylemleri de bunu desteklemektedir.^{7,9} Fizyolojik faktörlerin yanı sıra stomalı bireylerin cinsel sorunlarının altında psikolojik ve duygusal

faktörlerin de rol oynadığı, "stomam olduğu için beni kimse sevmez, stomannın sebep olduğu koku nedeniyle partnerim benden uzaklaşır, stoması olan kadınlar hamile kalamaz, cinsel aktivite stomaya zarar verir...." gibi mitlerin de bireyleri olumsuz yönde etkilediği düşünülmektedir.^{10,11} Anaraki ve ark.¹² yaptığı çalışmada stomalı bireylerin %70'nin cinsel aktivitelerinden memnun olmadığını bildirmiştir. Weerakoon¹³ yaptığı çalışmada stomalı bireylerin %78'inde cinsel fonksiyonlarında azalma, %34'ünde cinsel doyum oranlarında azalma olduğunu belirlemiştir. Silva ve ark.¹⁴ yaptıkları çalışmada ise ileostomili hastaların %95'inin, kolostomili hastaların ise %81'inin cinsel sorunlar yaşadıklarını tespit etmişlerdir. Ayaz ve Kubilay'ın¹⁵ yaptıkları çalışmada stoması olan hastalara PLISST modeli (permission, limited information, special suggestions, intensive therapy) ile bakım verilmiş ve bakımın cinsel fonksiyonlarda düzelmeye sağladığı, bakım almayan grubun cinsel fonksiyonlarının bozulduğu, deney grubundaki katılımcıların cinsel doyuma ilişkin sorunları ve cinsel aktivite sıklığına ilişkin problemleri daha az yaşadığı belirlemiştir.¹⁵

Cinsel yaşamdaki sorunlar bireylerin yaşam kalitesini, sosyal aktivitelerini, kişisel ilişkilerini, stomaya uyumlarını ve tedaviye katılımlarını etkilemesi bakımından da büyük önem arz etmektedir.^{2,16} Bu nedenle stoma varlığının cinsel aktiviteye engel olmadığı konusunda bireylerin bilgilendirilmesi, stomalı kadınlarda görülebilecek problemler (cinsel istekte azalma, disparoni, orgazm bozuklukları, vajinal kuruluk ve nadiren infertilite) hakkında danışmanlık verilmesi ya da danışmanlık alabileceği yerler ile iletişime geçmesi sağlanmalı, destekleyici bir ortam oluşturulmalıdır.^{9,10,11,17,18}

Stomannın Gebelik, Doğum Şekli ve Doğum Sonrası Sürece Etkisi

Stoma ameliyatı geçiren kadınlarda nadiren infertilite gelişmekle birlikte,¹¹

sadece stomaya sahip olmak infertilite için geçerli bir neden değildir.^{11,19} Ayrıca infertilite kompleks nedenli de olabilmektedir. Stomanın açılmasına yol açan spesifik hastalık, hastanın kendisinin ya da partnerinin fertilitasını etkileyebilmektedir. Fertilitayı fiziksel nedenlerin yanı sıra stomanın varlığına bağlı psikolojik faktörlerin de olumsuz etkilediği bilinmektedir.¹⁰ Stomanın varlığı fiziksel olarak gebe kalmaya engel olmamasına rağmen¹⁹ stomalı kadınlar; gebe kalıp kalamayacakları, gebe kalsalar bile bu gebeliği sağlıklı şekilde devam ettirip ettirmeyecekleri ve vajinal doğum yapıp yapamayacakları konusunda endişe duymaktadır. Bu tarz endişelerin varlığına rağmen tekil veya çoğul gebeliklerin olduğu rapor edilmiştir.^{10,20} 1950'li yıllardan beri birçok çalışma stoması olan kadınlarda gebeliklerin olduğu ve doğum eyleminin gerçekleştiğini kaydetmiştir.¹⁰

Stoması olan kadınların her ne kadar gebe kalıp sağlıklı bir şekilde bebek dünyaya getirebileceği ifade edilse de gebelik planlanmadan önce, gebelik sırasında ve sonrasında mutlaka multidisipliner sağlık ekibi gözetiminde yakından takip edilmesi, kaygılarının eğitimler ve danışmanlıkla giderilmesi, kadının yaşayabileceği olası durumlar için hazırlıklı hale getirilmesi önem taşımaktadır.^{11,19} Üreme çağında olup da stoması bulunan kadınların plansız bir gebelik yaşaması hem kadının kendi sağlık durumu hem de fetus için ek sorunlara yol açacağı için dikkatle ele alınması gereken bir konudur.¹ Bu doğrultuda gebelik önleyici yöntemlerin stoma cerrahisi öncesinde ve sonrasında eğitimi verilmeli, kadınlara bu konuda destek olunmalıdır. Gebelik önleyici yöntem olarak oral kontraseptifleri tercih eden bir kadına bu hapların ince bağırsakta emildiği, stomaya bağlı emilimde azalmalar olabileceği bu nedenle gebelik riskinin oluşabileceği bilgisi mutlaka verilmelidir. Yöntem olarak diyafram ya da rahim içi cihazları tercih eden kadınların rektum ya da vajinal duvara müdahale edilmediğinden emin olunmalıdır. Hormonlu cilt yamaları, aylık ve üç aylık enjeksiyonlar gibi diğer

yöntemler hakkında da kadına bilgi verilerek seçim şansı sağlanmalıdır.¹¹

Stoması olan gebelere ilişkin literatür incelendiğinde; stomalı kadınların %25'inin gebelikte stoma torbası ile ilgili problem yaşadığı, bu problemlere sıklıkla 2. ve 3. trimesterde stomanın boyutlarındaki değişikliklerin yol açtığı bildirilmiştir. Bunun en önemli nedeni gebelik haftası ilerledikçe abdomenin konveks bir hal alması ve gebenin stoma görüşünün azalmasıdır. Bu sorunla baş etmek için sıklıkla ayna kullanılarak stoma torbasının değişimi ve izlemi yapılması önerilmektedir.¹⁰ Stomalı gebelerde uterusun genişlemesi ile birlikte stomanın yerinde değişim olabileceği ve sık kontrollere gidilmesi gerektiği konusunda uyarıda bulunulmalıdır.¹

Gebelikte birlikte artan progesteron salınımı, abdominal basınç ve büyüyen uterus ile fetusun mekanik basıncı bağırsak peristaltizmini azaltır. Bu nedenle gebelerde boşaltım ile ilgili problemler çok daha fazla görülür.^{21,22,23,24} Stomalı gebelerin %15'inde bağırsak obstrüksiyonu görülmektedir. Bu problemle karşılaşmamak için gebenin 3. trimestere girdiğinde doktorunun kontrolünde diyet kısıtlaması yapabileceği ya da medikal destek alabileceği bu şekilde abdominal rahatsızlığı ve sabah bulantılarını azaltabileceği bildirilmiştir.¹⁰ Ayrıca gebelerin sıvı ve lifli gıda alımını artırmaları, fiziksel olarak aktif olmaları gastrointestinal sistem rahatsızlıklarının azaltılmasına yardımcı olmaktadır.^{21,22,23,24}

Stoması olan gebelerin %85'inde, gebelik sürecinde stomayla ilgili herhangi bir komplikasyon yaşanmadığı, yaşansa bile bu durumun doğum eylemi üzerinde herhangi bir etkisi olmadığı bildirilmiştir.²⁵ Buna rağmen gebelikte bazı komplikasyonlar görülmektedir. En yaygın olanları; stomanın yer değiştirmesi, genişlemesi, prolapsusu, intestinal obstrüksiyon, stoma torbası sorunları, darlık, kanama, laserasyon, üriner enfeksiyon ve elektrolit dengesizliğidir.^{25,26,27}

Stomalı gebelerin yaşadıkları komplikasyonların değerlendirildiği

çalışmalarda; gebelerin %10'unda 3. trimester sırasında stomal prolapsus gerçekleştiği, stomal prolapsus gelişen gebelerin %75'inde ise cerrahi girişim gerekmediği doğum eylemi ile sorunun giderildiği, gebelerin %3'de gebelikte birlikte abdomen duvarındaki esneme ve karın içi basıncın artmasına bağlı peristomal herni görüldüğü, doğum sonrası peristomal herni yaşayan kadınların yarısının cerrahi tamire ihtiyaç duymaksızın hernilerinin düzeldiği yarısının ise postpartum dönemde cerrahi tamire ihtiyaç duydukları bildirilmiştir.^{10,28}

Ayrıca gebelik sırasında stomanın diğer komplikasyonları; kanama, aplikatörü uygularken stoma girişini genişletme, stomanın retraksiyonu ve enfeksiyondur.¹⁰ Enfeksiyonu önlemek için antibiyotik kullanımı önerilmektedir.¹⁰ Ancak gebelikte ilaç kullanımı hem anne hem de bebek sağlığını yakından ilgilendiren bir durum olup ilaçların yalnızca %10'nun gebelikte kullanımının güvenli ve etkili olduğuna ilişkin bilgi mevcuttur. Günümüzde birçok ilacın teratojenik etkisi de henüz bilinmemektedir. Ayrıca gebelikte meydana gelen fizyolojik değişimler ilaçların farmakokinetik özelliklerini etkileyebilmektedir. Bu nedenle gebelikte antibiyotik kullanımı dikkatle irdelenmesi gereken bir konudur.^{29,30} Ayrıca oral antibiyotikler ishale yol açabileceği için stomalı hastalarda ilaç kullanımında hassas olunmalıdır.¹

Hassas olunması gereken bir diğer konu da doğum yöntemine karar verilirken tüm gebelerde olduğu gibi stomalı gebelerde de obstetrik ve fetal ihtiyaçların göz önünde bulundurulmasıdır.²⁷ Çünkü stomalı kadınlar da vajinal ya da sezaryen doğum yapabilirler.^{10,28} Sezaryen doğum kararının verilmesinde rektal yara izi, sfinkter yetmezliği veya rektovajinal fissür öyküsü önemli bir belirleyicidir. Doğum eyleminde sıklıkla (%94) induksiyona ihtiyaç duyulmamaktadır.¹⁰ Takahashi ve ark.²⁰ stomalı gebeler ile ilgili yaptıkları araştırmada 7 gebeliğin 6'sının sezaryen doğum 1 tanesinin ise vajinal doğum ile

sonuçlandığını, 7 gebelikten sadece 1 tanesinin erken doğum ile gerçekleştiğini bildirilmiştir.²⁰

Stomalı kadınların gebelikleri ve gebelik boyunca karşılaşılabilecekleri olası problemler fetüsün büyüme ve gelişmesi, yenidoğanın sağlıklı olup olmayacağı konusunda soru işaretlerini akla getirmektedir. Literatürde konu ile ilgili çalışma sayısının yetersiz olmasına karşın intrauterin ortamda fetüsün büyümesinin ultrasonografi ile değerlendirildiği çalışmada fetüslerin femur boyu biparyetal diámetro uzunluğunun gebelik haftası ile uyumlu olduğu bildirilmiştir.²⁰ Takahashi ve ark.²⁰ çalışmasında infantlardan birinin düşük doğum ağırlıklı olarak doğduğu, vakalardan birinde yenidoğan asfiksisinin geliştiği, asfiksi gelişen yenidoğanın 5. dakika APGAR (cilt rengi, kalp hızı, refleksler, kas tonusu ve solunum) skorunun 8'e yükseldiği ve yenidoğanın genel durumunun iyileşti bildirilmiştir.²⁰

Yenidoğanın yanı sıra doğum sonu dönemde anneye ilişkin kaygılar da mevcuttur. Doğum sonu dönem kadının hem vücudundaki değişimlere hem de bebeğine uyumunun olduğu yakından takip edilmesi gereken bir dönemdir. Stomalı kadınların rutin doğum sonu değerlendirmelerinin yanı sıra stomaya ilişkin komplikasyonlar açısından da değerlendirilmesi gerekmektedir. Doğum sonu dönemde sıklıkla komplikasyon olmamasına karşın nadiren kalıcı peristomal herni, stoma torbasına ilişkin zorluklar ve stoma bölgesinde ağrı görülebilmektedir.¹⁰

Doğum sonu dönemde kadının genel durumu ve stomaya ilişkin komplikasyonların takip edilmesi ve önlenmesine ek olarak yenidoğanın olabildiğince kısa sürede emzirilmesi ve emzirmenin devamlılığı da önem taşımaktadır. Emzirmenin etkili olabilmesi için annenin konforunun sağlanması ve emzirme esnasında stomadan gelebilecek sızıntıların önlenmesi için stoma torbasının değiştirilmesi/boşaltılması faydalı olacaktır.¹⁰

Stomalı bireyler hem ameliyat öncesinde (bağırsak temizliği, beslenme vb.) hem de ameliyat sonrası dönemde (stoma torbasının değiştirilmesi, gebelik ve doğum vb.) birçok konuda danışmanlığa ihtiyaç duymaktadır. Bu nedenle hemşireler stoma açılacak bireyleri kapsamlı bir şekilde değerlendirmeli ve belirlenen konular hakkında hemşirelik bakımı vermelidir.

Stoma Ameliyatı Öncesi ve Sonrası Hemşirelik Girişimleri

Ameliyat Öncesi Dönemde

Ameliyat öncesi dönem ameliyat sonrasında görülebilecek komplikasyonları azaltmak amacıyla hastaları bilgilendirildiği çok önemli bir dönemdir. Bu dönemde hastalar hem fiziksel hem de psikolojik olarak ameliyata hazırlanmalıdır.^{31,32}

- İstemi yapılan ilaç tedavileri uygulanmalıdır (sedatifler, profilaktik antibiyotik vb.).^{1,32}
- Hastalar küçük porsiyonlar ile sık aralıklarla beslenmelidir. Ayrıca yeterli beslenmenin sürdürülebilmesi için ameliyattan birkaç gün önce protein ve karbonhidrattan zengin gıdalarla beslenmesi önerilmelidir.^{1,32} Eğer hasta ameliyat günü hastaneye yatmışsa, parenteral yol ile mineral ve vitamin eksikliği tamamlanmalıdır.¹
- Ameliyattan 6-8 saat önce katı gıdaların yenmesi, 4 saat önce süt, ayran vb. içilmesi ve 2 saat önce berrak sıvıların tüketilmesi engellenmelidir.³³
- Ameliyattan önceki akşam veya ameliyat sabahı mekanik bağırsak temizliği yapılmalıdır.^{1,32}
- Hastanın sıvı dengesinin sürdürülebilmesi için aldığı çıkardığı takibi yapılmalı ayrıca serum elektrolit düzeyleri, cilt turgoru ve muköz membran değerlendirilmeli, hastada oluşabilecek hipovolemi, hipokalemi, hiponatremi bulguları yönünden hasta gözlenmelidir.^{1,33}
- Hastalara yapılan bilgilendirmede yazılı ve resimli eğitim materyalleri kullanılmalı ve uygulamalı eğitim

verilmelidir. Bu eğitim stoma drenajının yönetimi, nazogastrik tüp gerekliliğini, parenteral sıvı uygulamalarını içermelidir.^{1,33}

- Ameliyat öncesi hasta eğitimde stoma bakımı, diyet kısıtlaması, ağrı kontrolü, solunum egzersizlerini içermelidir.^{32,33}
- Ameliyat öncesi hazırlıkta en önemli aşamalardan biri stoma yerinin belirlenmesidir. Stoma açılacak bölge stoma hemşiresi ve cerrah tarafından işaretlenmelidir. Stoma açılacak bölgede skar, kemik çıkıntısı ve katlanan bir bölge olmamasına özen gösterilmelidir. Ayrıca stoma bölgesi seçilirken hastaların gebe kalma ihtimali de göz önünde bulundurulmalıdır. Gerekirse göbek üzerinden stoma açılabilir.^{1,31,32}
- Hastaların ameliyata ilişkin korkuları veya öfkeleri olabilir. Bu aşamada hastalar bilgilendirilmeli ve duygusal olarak desteklenmelidir. Konuşmak, ağlamak, soru sormak isteyen hastalara zaman ayrılmalı, tedavi ve prognozu hakkında görüşmek istiyorsa görüşmesi sağlanmalıdır. Ayrıca stoma yönetiminde başarılı olmuş benzer bir hasta ile görüştürülebilir.^{1,2}
- Hastaların gebe kalmak, doğum, cinsellik ile ilgili endişelerini ifade edebilmeleri için fırsat verilmeli ve bu endişeler giderilmelidir.^{1,2}

Ameliyat Sonrası Dönemde

- Stomanın rengi, ölçüleri ve fekal içerik değerlendirilmelidir.¹
- Başlangıçta stomanın ödemli olduğu daha sonra çapının değişeceği hastaya açıklanmalıdır. Ayrıca gebelik sebebiyle stomanın yerinde değişim olabileceği, hastaların bakımlarını ayna yardımı ile yapmaları gerektiği konusunda bilgilendirilmelidir.¹
- Stoma torbasının değiştirilmesi, torbanın kalma süresi ve torba çeşitleri hastaya anlatılmalıdır.^{1,19}
- Stoma cerrahi girişimi deneyimleyen kadınların gebeliği doğru zamanda planlayabilmeleri için stoma tarafından

- etkilenmeyecek gebelik önleyici yöntemler konusunda kadınlar ve partnerleri bilgilendirilmelidir.^{1,11}
- Hastalar ameliyat sonrası erken dönemde sıvı kaybettikleri için aldığı, çıkardığı sıvı izlemi dikkatli yapılmalıdır.¹
 - Hastalarda nazogastrik aspirasyonu sağlamak amacıyla nazogastrik tüp kullanılabilir. Nazogastrik tüp varsa, çekildikten sonra sıvı besinleri içmesine izin verilir daha sonra yarı katı ve katı besinlere geçilir. Bulantı ve kusma obstrüksiyon belirtisi olduğundan hastalar gözlenmelidir. Ayrıca hastaların beslenmelerine dikkat etmeleri gerektiği, diyare ve konstipasyonun görülebileceği anlatılmalıdır.^{1,19}
 - Hastaların gaz ve kokuya neden olacak yiyecekleri (yumurta, peynir, balık, kurufasulye, nohut, lahana, soğan, sarımsak, asitli içecekler vb.) Kontrollü tüketmesi gerektiği açıklanmalıdır.^{1,19}
 - Stoma cerrahi girişimi deneyimleyen kadınların gebeliği doğru zamanda planlayabilmeleri için stoma tarafından etkilenmeyecek gebelik önleyici

yöntemler anlatılmalı ve hastalar bilgilendirilmelidir.^{1,11}

- Gebelikte tüm sistemlerde değişiklikler gözlenmektedir bu durum dolaylı yoldan stomayı etkilemekte ve stoma ile ilgili ek problemlere yol açmaktadır. Bunlar; stoma torbası ile ilgili problemler, stoma komplikasyonları ve ek olarak stoma açılmasına sebep olan hastalığın alevlenmesi veya hastalığın medikal tedavisine sekonder ortaya çıkan problemler de yaşanabilmektedir. Bu nedenle öncesinde gebeler bu konularda bilgilendirilmelidir.^{1,27,31}
- Gebelerde ilaç kullanımının sınırlı olması dolayısı ile stoma açıldıktan sonra kontrendikasyonlar yönünden gözlenmeli hastanın kullandığı ilaçlar ve bitkisel ürünler kontrol edilmelidir.^{1,29,30}
- Ameliyat sonrası dönemde hastaların yaşam kalitesini arttırmak için malzemeleri nasıl temin edeceği, sorun yaşadığında ulaşabileceği kişilerin numarası ve gebe kalmak isteyen hastalar için stomanın gebeliğe etkileri ile ilgili konularda eğitim verilmelidir.^{1,34,35}

SONUÇ VE ÖNERİLER

Stoma açılan kadınların üreme çağına olması beraberinde gebelik isteğini ya da plansız gebelik problemini getirmektedir. Bu durum gebeliği önleyici yöntem danışmalığı ve gebelik öncesi bakımı her kadında olduğu gibi stoması olan kadınlar için de önemli hale getirmektedir. Stoması olan kadınlar tekil ya da çoğul gebelik yaşayabilir, gebenin ve fetüsün durumuna göre vajinal ya da sezeryan doğum eylemini başarılı şekilde

gerçekleştirebilir. Fakat stoması olan kadınların gebelik boyunca stoma boyutları, stoma torbası ile ilgili problemler ve stoma komplikasyonları açısından mutlaka değerlendirilmeleri gerekmektedir. Kadınların hem gebeliğe hem de stomasında yaşayabileceği değişimlere karşı hemşire tarafından eğitimlerle hazırlanması, stoma bakımı ve gebeliğin sağlıklı sürdürülebilmesi için büyük önem taşımaktadır.

KAYNAKLAR

1. Aksoy G, Çavdar İ. (2015). Yara ve Stoma Bakımı, Sindirim Sistemi Stomalarında Bakım Edt. Akyolcu N, Kanan N, Nobel Tıp Kitapevi, ss:62-85.
2. Tuna PT, Uslu E, Kurşun Ş. (2017). İntestinal Stomanın Cinsel Yaşam Üzerine Etkisi: Sistemik Derleme, Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 6 (2), 113-121.
3. Living with an Ostomy: FAQs, <https://www.ostomy.org/living-with-an-ostomy/> Erişim Tarihi: 09.08.2019.
4. Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu (T.C.). Kamu hastaneleri istatistik yılı 2017. Ankara; 2018.<https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/31096,turkcesiydijiv1pd f.pdf?0>.Erişim Tarihi: 13.08.2019.
5. Mitchell KA, Rawl SM, Schmidt CM et al. (2007). Demographic, Clinical and Quality of Life Variables Related to Embarrassment in Veterans Living with an Intestinal Stoma, J Wound Ostomy Continence Nurs. 34 (5), 524-532.

6. Kılıç E, Taycan O, Belli AK ve ark. (2007). Kalıcı Ostomi Ameliyatının Beden Algısı, Benlik Saygısı, Eş Uyumu ve Cinsel İşlevler Üzerine Etkisi, *Türk Psikiyatri Dergisi*, 18 (4),302-310.
7. Ceylan H, Vural F. (2017). Living with stoma-A phenomenological study. *J Nurs Res Pract*, 1 (1), 6-12.
8. Vonk-Klaassen SM, de Vocht HM, den Ouden ME. M, Eddes, EH, Schuurmans MJ. (2016). Ostomy-related problems and their impact on quality of life of colorectal cancer ostomates: a systematic review. *Quality of Life Research*, 25 (1), 125-133.
9. Dabirian A, Yaghmaei F, Rassouli, M, Tafreshi MZ. (2010). Quality of life in ostomy patients: A qualitative study. *Patient Preference and Adherence*, 5, 1-5.
10. Robb BW, Rafferty JF. (2003.) *Pregnancy an The Ostomate*, Proquest Central, 40, 3, 60.
11. Intimacy after ostomy surgery guide. United Ostomy Associations of America, Inc. <https://www.ostomy.org/wpcontent/uploads/2018/03/Intimacy-After-Ostomy-Surgery-Guide.pdf>. Erişim Tarihi: 17.04.2020
12. Anaraki, F., Vafaie, M., Behboo, R., Maghsoodi, N., Esmail-pour, S., & Safaee, A. (2012). Quality of life outcomes in patients living with stoma. *Indian Journal of Palliative Care*, 18 (3), 176.
13. Weerakoon P. (2001). Sexuality and The Patient with a Stoma. *Sexuality And Disability*, 19 (2),121-129.
14. Silva MA, Ratnayake G, Deen KI. (2003). Quality of Life Stoma Patients: Temporary Ileostomy Versusu Colostomy. *World Journal Of Surgery*, 27 (4),421-424.
15. Ayaz S, Kubilay G. (2008). Effectiveness of The Plissit Model for Solving The Sexual Problems of Patients with Stoma. *Journal of Clinical Nursing*, 18 (1),89-98.
16. Gözüyeşil E, Taylan S, Inel Manav A, Akil Y. (2017) The Evaluation of Self-Esteem and Sexual Satisfaction of Patients with Bowel Stoma in Turkey *Sex Disabi* 35, 157-169.
17. New Ostomy Patient Guide. United Ostomy Associations of America, Inc. https://www.ostomy.org/wpcontent/uploads/2018/05/All-In-One-New-Patient_Guide_2018.pdf. Erişim Tarihi: 17.04.2020
18. Junkin, Joan; Beitz, Janice M. Sexuality and the Person With a Stoma: Implications for Comprehensive. (2005). *WOC Nursing Practice*, *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing*: 32 (2), ss. 121-128.
19. *Ileostomy Guide*. United Ostomy Associations of America, Inc. <https://www.ostomy.org/wpcontent/uploads/2018/03/IleostomyGui de.pdf>. Erişim Tarihi: 17.04.2020
20. Takahashi K, Funayama Y, Fukushima K, Shibata C, Ogawa H, Kumagai E, Sasaki I. (2007). Pregnancy and Delivery in Patients with Enterostomy due to Anorectal Complications from Crohn's Disease, *Int J Colorectal Dis*, 22, 313-318.
21. Taşkın L. (2019). Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği. *Akademisyen Kitabevi*.ss.69-107.
22. Gümüşsoy S, Kavlak O. (2016). Gebelikte Fizyolojik Değişiklikler. İçinde: Sevil Ü, Ertem G. *Perinatoloji ve Bakım*. Ankara Nobel Tıp Kitabevi. ss.101-126.
23. Karahan N., Göncü Serhatlıoğlu S. (2019). Gebelik Fizyolojisi. İçinde: Arslan Özkan H. *Kadın Sağlığı ve Hastalıkları*. Akademisyen Kitabevi. ss.135-170.
24. Alpay Türk V. (2015). *Maternal Fizyoloji*. Yıldırım G. İçinde *Williams Obstetrik*. Nobel Tıp Kitapları. ss: 46-77.
25. Whiteley I, Gullick J. (2018). The Embodied Experience of Pregnancy with an Ileostomy. *Journal of Clinical Nursing*, 27,3931-3944.
26. Hundson CN. (1972). Ileostomy in Pregnancy, *Journal of the Royal Society of Medicine*, 65,281-283.
27. Pliego Pérez AR, García Pérez JD ve Neri-Ruz ES. (2001). Stomas in pregnancy, clinical case and review of the literatüre. *Ginecologiy Obstetricia de Mexico*. 69,449-452.
28. Gopal KA, Amshel AL, Shonberg IL, Levinson BA, VanWert M, VanWert J. (1985). *Ostomy and Pregnancy*. *Dis Colon Rectum*, 28, 912-916.
29. Bookstaver PN, Bland CM, Griffin B, Stover KR, Eiland LS, McLaughlin M. (2015). A Review of Antibiotic Use in Pregnancy, *The Journal of Human Pharmacology and Drug Therapy*, 35, (11), 1052-1062.
30. Miral M, Beji NK. (2017). Gebelikte İlaç Kullanımı ve Danışmanlık, *Journal of Health Science and Profession*, 4 (2),142-148.
31. Akgün EZ, Yoldaş T. (2012). *Intestinal Stoma, Kolon Rektum Hast Derg*, 22,133-146.
32. Salvadalea G, Hendren S, McKenna L, Muldoon R, Netsch D, Paquette I, Pittman J, Ramundo J, Steinberg G, Dryden, B. (2015). WOCN Society and AUA Position Statement on Preoperative Stoma Site Marking for Patients Undergoing Urostomy Surgery. *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing*, 42 (3), 253-256.
33. Aksoy G. (2019). Cerrahi Hemşireliği I, *Ameliyat Öncesi Hemşirelik Bakımı*, Edt. Aksoy G, Kanan N, Akyolcu N, Nobel Tıp Kitabevi, ss: 278-290.
34. Krouse RS, Grant M, Rawl SM, et al. (2009). Coping and Acceptance: The Greatest Challenge for Veterans with Intestinal Stomas, *Journal of Psychosomatic Research*, 66, 227-233.
35. Vural F, Erol F. (2013). Stomalı Hastalarda Yaşam Kalitesi Nasıl Yükseltilir? *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*. 6 (1), 34-39

Bir Kolonoskopi Gerçeği: Utanma Duygusu ve Yönetimi

A Colonoscopy Fact: The Feeling of Embarrassment and Its Management

Semra ERDAĞI ORAL¹, Nadiye ÖZER²

ÖZ

Kolonoskopi günümüzde başta kolorektal kanserlerin tarama ve tanısı olmak üzere pek çok hastalıkta yaygın olarak uygulanmaktadır. Vücudun en mahrem bölgelerinden biri olarak kabul edilen anorektal bölgeden yapılan kolonoskopi gibi işlemler ve muayenelerin hastaları küçük düşürdüğüne dair ön yargılı fikirler vardır. Bu fikirler hastada utanma duygusu oluşturarak hastayı rahatsız edeceğinden ve işlemin başarısını olumsuz yönde etkileyebileceğinden bu duygunun yönetilerek en aza indirilmesi önemlidir. Kolonoskopi işleminden utanan bireyler için hasta eğitimi ve danışmanlığı gibi müdahaleler bireyin utanma duygusunu azaltarak hasta konforunun artmasına, işleme uyum sağlamasına, kolorektal kanser taramalarına daha fazla kişinin katılımı sağlanarak kolorektal kanserlerin erken dönemde tanılanmasına katkı sağlar. Bu derleme; kolonoskopi uygulanan hastaların yaşadıkları potansiyel utanma nedenlerini literatür incelenmesiyle belirlemek, hemşireleri utanma duygusu yönetimi hakkında bilgilendirmek ve farkındalıklarını artırmak amacıyla yazılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Hemşirelik, Kolonoskopi, Utanma, Yönetim.

ABSTRACT

Today, colonoscopy is widely used in many diseases, especially in the screening and diagnosis of colorectal cancers. There are prejudiced ideas stating that procedures and examinations such as colonoscopy from the anorectal region which is regarded as one of the most intimate areas of that body, humiliate patients. Because these ideas will disturb the patient by creating a feeling of embarrassment in the patient and may adversely affect the success of the procedure, it is important to manage and minimize this emotion. Interventions, such as patient education and counseling for individuals feeling embarrassed due to colonoscopy procedure, decrease the feeling of embarrassment, increase patient comfort, facilitate adherence to the procedure, provide the participation of more people in colorectal cancer screening, and thus make contribution to early diagnosis of colorectal cancers. The aim of this review is to determine the potential reasons of embarrassment of the patients, who undergo colonoscopy, upon literature review, to inform nurses about management of embarrassment, and increase their awareness.

Keywords: Colonoscopy, Embarrassment, Nursing, Management.

¹Dr. Öğr. Üyesi, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği, Kafkas Üniversitesi Hemşirelik Bölümü, semraerdagi@hotmail.com, ORCID: 0000-0001-9127-6448

²Prof. Dr. Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği, Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Bölümü, nadiyeozzer@hotmail.com, ORCID: 0000-0001-2345-6789

GİRİŞ

Kolonoskopi günümüzde başta kolorektal kanserlerin tarama ve tanısı olmak üzere pek çok hastalıkta yaygın olarak uygulanmaktadır. Bağırsak şikayeti ve demir eksikliği olan hastalarda, kolonda anormal bulguları olan hastaların ve kolon kanseri için pozitif tarama test sonucu olan hastaların ayırıcı tanısında ve yangısal bağırsak hastalığı takibinde kullanılan en iyi yöntemdir.¹

Kolonoskopinin hem kolorektal kanser önleme programlarında tarama yöntemi hem de çeşitli hastalıklarda tanı tedavi ve izlem yöntemi olarak kullanılması birçok ülkede kolonoskopi yapılma sıklığını artırmaktadır.² Kolonoskopi sık başvuru alan invaziv girişim olmasına rağmen birçok ülkede hastaların kolonoskopiye uyum gösterme oranının düşük ve kolonoskopi işleminin hastalar üzerinde olumsuz etkileri olduğu belirtilmektedir.²

Kolonoskopinin Hastalar Üzerindeki Etkileri

Kolonoskopinin hastalar üzerindeki olumsuz etkileri, işleme uyumsuzluk, isteksizlik ve işlem sonrası olumsuz deneyim olarak değerlendirilebilir. Girişimin bu kavramlarla değerlendirilmesine, bağırsak temizliği, uzun süre aynı pozisyonda hareketsiz kalma gibi fiziksel faktörler; rahatsız edici pozisyon, mahremiyetin ortadan kalktığı düşüncesi yüzünden işlemi kabullenmekte güçlük yaşama gibi psikolojik faktörler ve kişinin değer inançları neden olmaktadır.³⁻⁵ Yapılan çalışmalarda; kolonoskopi uygulanan hastaların çoğunlukla utanma duygusu yaşadıkları tekrar kolonoskopi yaptırmaları istenirse bir daha işlemi yaptırmayı düşünmedikleri ve kolonoskopinin yerine kullanılabilecek alternatif başka bir yöntem arayışına girdikleri tarama programlarını dikkate almadıkları ve işlemi erteledikleri belirlenmiştir.^{4,6-10} Ayrıca hastaların kötü bir tanı konulması korkusu ve buna bağlı anksiyete deneyimlediklerini ve uygulama öncesi bağırsak hazırlık aşaması nedeniyle iğrenme, tiksinti duyma gibi olumsuz duygulara kapıldıklarını saptayan çalışmalar da bulunmaktadır.^{2,6,10}

Kolonoskopi işlemi sırasında vücudun mahrem bölgesinin el ve gözlem yolu ile incelenmesi, mahrem bölgeye girişimsel işlem uygulanması, sağlık profesyonelinin mahrem beden bölgesine dokunması, cilt kusurları, şişmanlık gibi beden imajının olumsuz algılandığı durumlarda bedenin bir başkası tarafından görülmesi, hastanın değer ve inançları gibi unsurlar utanma nedenleridir.^{5,11-14}

Yapılan çalışmalar, utanma duygusu ile kolonoskopi işlemini yaptırmama isteksizliği arasında pozitif yönde bir ilişki olduğu yönündedir.^{8,14} Bajracharya ve arkadaşları (2017) kolonoskopi yaptıran ve yaptırmayan kişilerle gerçekleştirdikleri çalışmada; girişim uygulanmayan kişilerin %29'unun işlemi utanmaya neden olacak bir test olarak belirtirken, girişim uygulanan kişilerde bu oran %69 olarak bulunmuştur.⁹ Yakut ve arkadaşlarının (2009) Türk insanının kolonoskopiye bakış ve uyumunu inceledikleri çalışmada, eğitim seviyesi ile utanma duygusu arasında pozitif yönde bir ilişki olduğu saptanmış; 104 hastadan 34'ü işlem tekrar gerekirse hiçbir koşulda işlemi yaptırmayacağını ifade etmiş ve sadece 8 hastanın rutin kolorektal tarama için başvurduğu belirlenmiştir.¹⁵ Aynı çalışmada hastaların büyük çoğunluğu işlemi psikolojik olarak kabullenilmesi zor bir işlem şeklinde tanımlamıştır.¹⁵

Kolonoskopi uygulamasına yaklaşımda değer ve inanç sistemi de rol oynamaktadır.⁵ Greiner ve arkadaşlarının (2005) kolorektal kanser taramalarıyla ilgili çalışmasında; bu tarama yöntemine ilişkin araştırmaya katılanların utanma duygusu yaşadıkları ve düşüncelerini "Bu utanç verici bir test. İnsanların inançlarına ters olan bir işlem, eğer İncil'i okursanız, rektuma herhangi bir şeyin girmesine izin verilmez." şeklinde ifade ettikleri görülmüştür.⁵

Kolonoskopi gibi kolorektal kanser taramalarının hem erkekler hem de kadınlar tarafından utanmaya yol açtığı bilirse de erkekler genellikle sağlık çalışanlarından utandıklarını direkt olarak ifade etmemektedirler. Erkekler taramalar

hakkında olumsuz düşüncelerini bastırmakta kadınlar ise çekincelerini daha açık ifade etmektedirler.⁷ Friedemann-Sánchez ve Partin'in (2007) yaptığı çalışmada kadınlar kolonoskopi sırasında yaşadıkları fiziksel rahatsızlığın yanı sıra duygusal rahatsızlıktan bahsetmişlerdir. Kıyafetlerini çıkarıp yan yattıkları zaman odada bulunan insanların onların vücutlarına bakacakları düşüncesi kadınlarda utanmaya yol açmıştır. Erkekler ise daha çok yaşadıkları ağrı gibi fiziksel rahatsızlıklardan bahsetmişlerdir.⁴ Çalışmadaki kadın hastalar yaşadıkları anksiyete, korku ve utanma gibi duygusal savunmasızlık nedeniyle sedatif ilaç isterken, erkek hastalar ağrı nedeniyle sedatif ilaç istemişlerdir.⁴ Goldman ve arkadaşlarının Dominik ve Porto Riko'da bireylerin kolorektal kanser tarama algılarını incelediği çalışmada, kadınların çıplak bölgelerine doktor tarafından dokunulması ve gözlenmesinden dolayı utandıklarını bulunmuştur.¹¹ Green ve Kelly'nin (2004) çalışmasında kadın katılımcıların % 73,8'inin kolonoskopi gibi taramaları utanma nedeniyle yaptırmadığı bulunmuştur.⁸ Menees tarafından yapılan çalışmada kadın hastaların yarıya yakını utanma nedeniyle bir kadın endoskopiste kolonoskopi yaptırmak için 30 günden fazla bekleyebileceklerini ifade etmişlerdir.¹⁶

Kolonoskopide Utanma Duygusu Yönetimi ve Hemşirelik

Kolonoskopinin hastalar/bireyler üzerindeki utanma gibi olumsuz etkileri, hastaların tanı ve tedavi yöntemlerinden kaçınarak kronik sorunlar yaşamalarına yol açmaktadır.¹⁰⁻¹² Bu nedenle utanma kavramını anlamak ve kolonoskopi işlemi ile ilgili utanma duygusunu yönetmek son derece önemlidir. Utanma duygusunu yönetebilmek için öncelikle bu duyguyu anlamak gerekir. Utanma kişinin kendi benliği ile ilişkili olduğundan bireyin tek başına bununla baş etmesi zordur.¹⁷ Utanma strese benzer sonuçlar ortaya çıkaran, değiştirilebilir bir durum olarak düşünülmektedir. İnsanların utanma duygularını azaltmak büyük çaba gerektirebilir.^{18,19} Utandığını kabul eden

bireylerle, utanma hakkında konuşmak utanmayı azaltabilir.¹⁶

Vücudun en mahrem bölgelerinden biri olarak kabul edilen anorektal bölgeden yapılan kolonoskopi gibi işlemler ve muayenelerin hastaları küçük düşürdüğüne dair ön yargılı fikirler vardır. Bu fikirler hastada utanma duygusu oluşturarak hastayı rahatsız edeceğinden ve işlemin başarısını olumsuz yönde etkileyebileceğinden bu duygunun yönetilerek en aza indirilmesi önemlidir.²⁰

Kolonoskopi işlemi için bireyin bilgilendirilmesi, işleme hazırlanması ve işlem sonrası, sonrası takibi endoskopi hemşireliği içinde yer alan kolonoskopi hemşiresinin görev yetki ve sorumlulukları arasındadır.^{21,22} Hastayı işleme hazırlama, hemşirelik yaklaşımının en önemli yönüdür. Hemşire hastayı hem fiziksel hem de psikolojik olarak kolonoskopi için hazırlamalıdır.²³

Kolonoskopi hemşiresi potansiyel utanmaya neden olan kaynakları bilmeli ve bu kaynaklar içinde kontrol altına alınabileceklere yönelik girişimleri belirlemelidir. İşleme özel müdahaleler geliştirmesinin yanı sıra kişiye işlem hakkında bilgi vermek, bütüncül yaklaşımla işleme hazırlamak ve işlem sonrası bakımı sürdürmek, hasta konforunu ve memnuniyetini artırarak kolonoskopiye uyum geliştirilmesinde önemlidir.^{22, 24,25}

Utanma duygusunun kolonoskopi yaptıran kişi tarafından tanımlanabilmesi için, işlem öncesinde kolonoskopi hemşiresinin hastaların işlem hakkındaki düşüncelerini ve duygularını sözel olarak ifade etmeye cesaretlendirecek ortamı hazırlaması gerekir.²⁴ Hastada utanma duygusunu; yüzde kızarma ve göz temasından kaçınma gibi utanmanın evrensel belirtilerinin yanında hastanın sürekli özür dilemesi, hareketlerinin artması, terlemesi, konuyu örtbas etmesi veya değiştirmesi gibi belirtiler de düşündürür. Hemşire bu belirtilerin farkında olmalıdır.²⁶ Ayrıca meslekte utanma duygusunun yönetimi yaş ve deneyimle birlikte daha kolay olabilir. Deneyim, hemşireye kendisini teknik olarak beceri anlamında daha yetkin

hissetmesini sağlamanın yanında daha geniş bir bilgi ve güven duygusu oluşturur, bu da utanmayı daha yönetilebilir hale getirir.²⁷

Kolonoskopi işleminde utanma kaynaklarının başında mahremiyet duygusunun azalması ya da kaybı gelebilir.²⁸ Hemşire kolonoskopi işleminde hastanın utanma duygusunu azaltmak için mahremiyete özen göstermelidir. Beden mahremiyetine özen gösterilmesi özel yaşama saygının gereğidir ve ihlal edildiğinde kişi psikolojik yönden örselenebilir. Hasta Hakları Yönetmeliğinin 21. maddesinin “Mahremiyete Saygı Gösterilmesi” başlığının altında yer alan: “Muayenenin, teşhisin, tedavinin ve hasta ile doğrudan teması gerektiren diğer işlemlerin makul bir gizlilik ortamında gerçekleştirilmesi gerekir”, “Hasta, tedavisi ile doğrudan ilgili olmayan kimselerin, tıbbi müdahale sırasında bulunmamasını isteyebilir” fıkraları doğrudan beden mahremiyetine özeni hükme bağlamıştır. Bu nedenle kolonoskopi gibi, hastaların utanmalarına yol açan işlemlerde hastanın tedavisi ile doğrudan ilgili olmayanların tıbbi müdahale sırasında bulunması gerekli ise; önceden veya işlem sırasında bunun için hastadan ayrıca rızası alınmalıdır.^{29,30} Hastanın rızasını almak, hastada mahremiyetine saygı gösterildiğini, kendisine değer verildiğini düşündürür ve kendini ifade etmesine olanak sağlayabilir.³⁰ Girişim uygulanırken odada sadece görevli sağlık çalışanlarının bulunması, işi olmayan insanların herhangi bir nedenle odaya girmemesi, işlem sırasında kapının kilitli olması hastanın kendisini daha iyi hissetmesine neden olur.³⁰ Rosenwasser ve arkadaşları kırsal bölgede çalışan birinci basamak hekimlerinin bakış açısıyla kolorektal kanser taramalarına yönelik engelleri inceledikleri çalışmada; hekimler özellikle küçük bölgelerde yaşayan kadınların kolonoskopi odasında bulunacak olan insanları tanıyıp olabileceği ihtimalinden ötürü erkeklerden daha çok utanma yaşadıklarını belirtmişlerdir.³¹

Literatürde; endoskopi odasının durumu, işlem için giyilen kıyafet, işlemin yapılacağı pozisyon, işlem sırasında etkileşimde

bulunulan sağlık çalışanının tutumu, gibi pek çok faktörün hastanın utanma ve memnuniyetinde önemli olduğu belirtilmektedir.³²

Hastaların hazırlandığı odada, kolonoskopi şortu ve bone gibi giysilerini hastaların mahremiyetlerini koruyarak giymelerini sağlanmalıdır. Hastaların kolonoskopi gibi işlemler için hazırlanması durumunda, sadece minimum kıyafetler çıkarılmalı ve vücudun geri kalan kısımlarının mahremiyeti sağlanmalıdır.³⁰ Bu amaçla hastalar için işlem sırasında mutlaka kalça bölgesini kapatan, bedenine uygun, sadece anüs bölgesini açık bırakan örtü ya da kolonoskopi şortu kullanılmalıdır.³³ Hastanın bedenine uygun olmayan giysiler hastalarda mahremiyet kaybına yol açar.³⁰ Hemşireler hastaların hazırlandığı odada, kolonoskopi şortu ve bone gibi giysilerini hastaların mahremiyetlerini koruyarak giymelerini sağlamalıdır.³⁰ Aamar ve arkadaşları (2017) kolonoskopi sırasında hastaların mahremiyetini korumak için özel pantolon giydirdikleri çalışmada; hastaların çoğu bu pantolonunun kolonoskopi sırasında fiziksel mahremiyet korumasını artırdığını, işlemde daha az utandıklarını ve kendilerini daha saygın hissettiklerini belirtmişlerdir.²⁶

Kolonoskopi odasında hemşireler, hastaların işlem için masaya alınmasına, mahremiyetine dikkat ederek uygun pozisyonun verilmesine ve işlem süresince hasta güvenliğini sağlayarak işlemin uygulanmasına yardım etmelidirler. Ayrıca bu süreçte hemşireler hastaları psikososyal açıdan desteklemelidir.²¹⁻²³ Yapılan çalışmalarda hasta için bilinmezliklerle dolu olan kolonoskopi ünitesinde hastanın işlem hakkında sağlık çalışanları tarafından yeterli ve doğru bilgilendirilmesinin, işlem prosedürlerini öğrenmesinin, hastanın ön yargısını ve utanma duygusunu azalttığı, işleme uyumunu kolaylaştırdığı bildirilmektedir.^{34,35} Sewitch ve arkadaşlarının (2013) kolonoskopi hizmetleri için hasta tarafından belirlenen kalite göstergeleri çalışmasında hastalar kolonoskopiye oldukça utanç verici bir işlem olarak değerlendirmiş, kolonoskopideki en

önemli durumun gizlilik olduğunu, kolonoskopi ekibinin mahremiyeti sağlarken kendileriyle konuşmalarının ve bilgi vermelerinin onları rahatlatıldığını ifade etmişlerdir.³⁵

İşlem tamamlandıktan sonra hasta dinlenme odasına alınırken mahremiyetine dikkat edilmeli ve odada yatak başı perdeleri kapalı olmalıdır.³⁴ Sewitch ve arkadaşlarının çalışmasında (2013) hastalar işlem sonrası çok fazla gazları olduğu için utandıklarını ve dinlenme odasında mutlaka yatak kenarlarındaki perdelerin çekilmesi gerektiğini ifade etmişlerdir.³⁵

Utanma Yönetimi İçin Kullanılabilecek Eğitim Araçları

İşlem öncesi hemşireler kolonoskopi girişimi gereken hastalarda farklı eğitim yöntemleri ile utanma duygusunu yönetebilirler.³⁵ Literatürde; kolonoskopi uygulamasında hastaların sağlık çalışanlarının verdiği bilgileri genellikle unuttukları ya da yanlış anladıkları; bu nedenle hastalara eğitim verilirken broşür ve video kullanılması önerilmektedir.³⁶ Kolonoskopi prosedürü ile ilgili broşür/egitim kitapçığı ve video kullanılarak verilen eğitimlerin hastaların rahatsızlık, anksiyete ve utanma gibi duygusal engellerini azalttığı bildirilmektedir.³⁷⁻³⁹ Liu ve arkadaşları (2011) kolorektal kanser

tarama prosedürleri hakkında bireylere yazılı bilgi verdikten sonra tutumlarını inceledikleri çalışmada; bireylerin utanma duygularının çok yüksek olmadığı belirlenmiştir.⁴⁰ Shaikh ve arkadaşları (2010) eğitim broşürünün kolon kanseri taraması üzerine etkisini inceledikleri çalışmada; elektronik e-posta ile Amerikan Gastroenteroloji Derneği eğitim broşürünü gönderdikleri hastaların, genel anksiyete düzeyinin daha düşük, işlem sırasında sedatif kullanımının daha az olduğu saptanmıştır.³⁷

Kolonoskopi uygulamasında hasta eğitimi için kullanılan bir başka yöntem video ile eğitimidir.³⁶ Kolonoskopi öncesinde video ile bilgi verilen çalışmalarda, video ile bilgi verilmesinin hastaların işlem sırasında ilaç gereksinimlerini ve anksiyetesini azalttığı, psikolojik olarak hastayı rahatlatıldığı vurgulanmıştır.³⁸ Arabul ve arkadaşlarının (2012) kolonoskopi öncesinde video ile bilgilendirmenin hasta tatmini ve anksiyete üzerine etkisini inceledikleri çalışmada; video ile bilgilendirmenin işlem başarısını olumlu etkilediği ve anksiyeteyi azalttığı saptanmıştır.³⁸ Erdağı Oral'ın (2018) çalışmasında kolonoskopi uygulanan hastalara eğitim kitapçığı ve video ile verilen planlı eğitim programlarının hastaların utanma duygusunu azalttığı saptanmıştır.³⁹

SONUÇ VE ÖNERİLER

Kolonoskopi gibi beden odaklı taramalarda sağlık çalışanlarının/hemşirenin hastanın utanma nedenlerini tartışması hastanın işlemden kaçınmasına engel olarak utanma yönetimine katkı sağlayabilir. Kolonoskopi işleminden utanan bireyler için

hasta eğitimi ve danışmanlığı gibi müdahalelerin bireyin utanma duygusunu azaltarak hasta konforunun artmasına, işleme uyum sağlamasına ve kolorektal kanser taramalarına katılımının artırılmasına destek olacağı düşünülmektedir.

KAYNAKLAR

1. Hazewinkel Y, Dekker E. (2011). "Colonoscopy: basic principles and novel techniques." *Nature reviews Gastroenterology & Hepatology*, 8 (10), 554-564.
2. Gipsh K, Sullivan JM, Dietz EO. (2004). "Health belief assessment regarding screening colonoscopy." *Gastroenterol Nurs*, 27 (6), 262-267.
3. Dillard AJ, Fagerlin A, Dal Cin S, Zikmund-Fisher BJ, Ubel PA. (2010). "Narratives that address affective forecasting errors reduce perceived barriers to colorectal cancer screening." *Soc Sci Med*, 71 (1), 45-52.
4. Friedemann-Sanchez GGJ, Partin MR. (2007). "Gender differences in colorectal cancer screening barriers and information needs." *Health Expect*, 10 (2), 148-160.
5. Greiner KA, Born W, Nollen N, Ahluwalia JS. (2005). "Knowledge and perceptions of colorectal cancer screening among urban African Americans." *J Gen Intern Med*, 20 (11), 977-983.
6. Trevisani L, Zelante A, Sartori S. (2014). "Colonoscopy, pain and fears: Is it an indissoluble trinomial?." *World J Gastroentero*, 6 (6), 227-233.

7. Ritvo P, Myers RE, Paszat L, Serenity M, Perez DF, Rabeneck L. (2013). "Gender differences in attitudes impeding colorectal cancer screening." *BMC Public Health*, 13 (1), 500-515.
8. Green PM, Kelly BA. (2004). "Colorectal cancer knowledge, perceptions, and behaviors in African." *Americans. Cancer Nurs*, 27 (3), 206-215.
9. Bajracharya SM. (2017). "Knowledge, perceived benefits, and barriers of college employees regarding colorectal cancer (CRC) screening: a replication study." *Intern J Health, Well Soc*, 7 (2), 88-95.
10. Attarabeen OF, Sambamoorthi U, Larkin KT, Kelly KM. (2018). "Colon cancer worry in Appalachia." *J Commun Health*, 43 (1), 79-88.
11. Goldman RE, Diaz JA, Kim I. (2009). "Perspectives of colorectal cancer risk and screening among Dominicans and Puerto Ricans: stigma and misperceptions." *Qual Health Res*, 19 (11), 1559-1568.
12. Consedine NS, Ladwig I, Reddig MK, Broadbent EA. (2011). "The many faeces of colorectal cancer screening embarrassment: Preliminary psychometric development and links to screening outcome." *Brit J Health Psych*, 16 (3), 559-579.
13. Condon A, Graff L, Elliot L, Ilnyckyj A. (2008). "Acceptance of colonoscopy requires more than test tolerance." *Can J Gastroenterol*, 22 (1), 41-47.
14. Bynum SA, Davis JL, Green BL, Katz RV. (2012). "Unwillingness to participate in colorectal cancer screening: examining fears, attitudes, and medical mistrust in an ethnically diverse sample of adults 50 years and older." *Am J Health Promot*, 26 (5), 295-300.
15. Yakut M, Uysal E, Beşik G, Özkan Y, Kırbas G, Özden A. (2009). "Türk insanı kolonoskopi işlemine nasıl bakıyor? Kolonoskopi hazırlık rejimine uyumu etkileyen faktörlerin irdelenmesi: Klinik prospektif çalışma." *Endoskopi Derg*, 17 (2): 69-71.
16. Menees SB, Inadomi JM, Korsnes S, Elta GH. (2005). "Women patients' preference for women physicians is a barrier to colon cancer screening." *Gastrointest Endosc*, 62 (2), 219-223.
17. Wilson J. (2001). "Shame, guilt and moral education." *J Moral Educ*, 30 (1), 71-81.
18. Krishna A, Herd B, Aydınoglu NZ. (2015). "Wetting the bed at twenty-one: Embarrassment as a private emotion." *J Consum Psychol*, 25 (3), 473-486.
19. Mitchell KA, Rawl SM, Champion VL, Jeffries PR, Welch JL. (2012). "Development and psychometric testing of the colonoscopy embarrassment scale." *Western J Nurs Res*, 34 (4), 548-564.
20. Marsicovetere P. (2018). "Examining, diagnosing, and treating benign anorectal conditions." *J Am Acad Pas*, 31 (3), 32-37.
21. Erdil F, Elbaş NÖ. (2008). *Cerrahi Hastalıklar Hemşireliği Genişletilmiş V. Baskı*, Ankara: Aydoğdu Ofset Matbacılık, 447-450.
22. Öztekin SD. (2007) *Endoskopi Hemşireliğine Giriş*, 1. Baskı, Ankara, Alter Yayıncılık, 114-150
23. Lewis SM, Heitkemper MM, Dirksen SR. (2004). "Medical-surgical nursing: assessment and management of clinical problems." 6th ed. Publishing: Mosby, 182-183.
24. Mitchell KA. (2009). *Development and Psychometric Testing of the Colonoscopy Embarrassment Scale*, PhD Thesis, School of Nursing, Bloomington: Indiana University.
25. Condon A, Graff L, Elliot L, Ilnyckyj A. (2008). "Acceptance of colonoscopy requires more than test tolerance." *Can J Gastroenterol*, 22 (1), 41-47.
26. Aamar A, Madhani K, Butt Z, Ali I, Aslanian HR. (2017). "Privacy pants in colonoscopy: a novel approach to enhance colon cancer screening." *Gastrointest Endosc*, 85 (5), 268.
27. Lawler J. (2004). *Embarrassment Social Rules and Context of Body Care*. In: Blaikie A, Hepworth M, Holmes M, Howson A, Inglis D, Sartain S (Eds). *The Body Critical Concepts in Sociology*, 1thed. Psychology Press, 418-438.
28. Deryal Y. (2008). *Hastanın Özel Yaşamana Saygı Hakkının İki Boyutu: Hasta Sırrının Korunması ve Beden Mahremiyeti*, Ankara Üniversitesi Hukuk Fakültesi Sağlık Kurultayı, Ankara Barosu Yayınları, Ankara, 71-84.
29. Hasta Hakları Yönetmeliği, <https://www.saglik.gov.tr/TR,10461/hasta-haklari-yonetmeligi.html>, (Erişim tarihi: 28 /06/2020).
30. Baillie L. (2009). "Patient dignity in an acute hospital setting: a case study." *Int J Nurs Stud*, 46 (1), 22-36.
31. Rosenwasser LA, McCall-Hosenfeld JS, Weisman CS, Hillemeier MM, Perry AN, Chuang CH. (2013). "Barriers to colorectal cancer screening among women in rural central Pennsylvania: Primary care physicians' perspective." *Rural Remote Health*, 13 (4), 2504-2517.
32. Chung SH, Park SJ, Hong JS, Hwang JY, Lee SA, Kim KR et. el. (2013). "Comparison of double pants with single pants on satisfaction with colonoscopy." *World J Gastroentero*, 19 (26), 4177-4184
33. Marsicovetere P. (2018). *Examining, diagnosing, and treating benign anorectal conditions.* *J Am Acad Pas*, 31 (3), 32-37.
34. Brandt LJ. (2001). "Patients' attitudes and apprehensions about endoscopy: how to calm troubled waters." *Am J Gastroenterol*, 96 (2), 280- 284.
35. Sewitch MJ, Dubé C, Brien S, Jiang M, Hilsden RJ, Barkun AN, Armstrong D. (2013). "Patient-identified quality indicators for colonoscopy" services. *Can J Gastroenterol*, 27 (1), 25-32.
36. Davis TC, Dolan NC, Ferreira MR, Tomori C, Green KW, Sipler AM., Bennett CL. (2001). "The role of inadequate health literacy skills in colorectal cancer screening." *Cancer Invest*, 19 (2), 193-200.
37. Shaikh AA, Hussain SM, Rahn S, Desilets DJ. (2010). "Effect of an educational pamphlet on colon cancer screening: a randomized, prospective trial." *Eur J Gastroen Hepat*, 22 (4), 444-449.
38. Arabul M, Kandemir A, Çelik M, et.el. (2011). "Impact of an information video before colonoscopy on patient satisfaction and anxiety." *Turk J Gastroenterol*, 23 (5), 523-529.
39. Erdağı Oral S. (2018). *Kolonoskopi Uygulanan Hastalarda Beden İmajı Algısı ve Farklı Eğitim Programlarının Utanma Duygusuna Etkisi*. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doktora Tezi.
40. Liu CJ, Fleck T, Goldfarb J, Green C, Porter, E. (2011). "Attitudes to colorectal cancer screening after reading the prevention information." *J Cancer Educ*, 26 (4), 701-707.

COVID-19'un Klinik Yönetimi ve Hemşirelik

Clinical Management and Nursing of COVID-19

Hatice DEMİRAĞ¹, Sevilay HİNTİSTAN²

ÖZ

“COVID-19” hastalığı, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından 11 Mart 2020 tarihinde pandemi olarak ilan edilen ve ciddi akut solunum sendromu koronavirüs 2'nin (SARS-CoV-2) neden olduğu bulaşıcı bir hastalıktır. Dünya genelinde hızla yayılan COVID-19 salgını her geçen gün morbitide ve mortalite sayısının artmasına neden olmaktadır. Hasta ile en çok temas eden hemşireler, hastalığın klinik yönetiminde ve enfeksiyonun önlenmesinde önemli derecede rol almaktadırlar. Bu derlemenin amacı, COVID-19'un risk faktörleri, bulaş yolu, tanı, tedavi hakkında bilgi vermek, klinik semptomları tanımlamak ve COVID-19 enfeksiyonu ile hastaneye başvuran hastaların klinik yönetiminde optimum hemşirelik yönetimini tartışmaktır.

Anahtar kelimeler: COVID-19, Hemşirelik, Klinik Yönetim

ABSTRACT

“COVID-19” disease is an infectious disease that was declared as a pandemic by the World Health Organization (WHO) on March 11, 2020 and is caused by severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2). The COVID-19 epidemic, which is spreading worldwide, causes morbidity and mortality increase day by day. Nurses who have the most contact with the patient play an important role in clinical management of the disease and prevention of infection. The purpose of this review is to provide information about the risk factors, transmission route, diagnosis and treatment of COVID-19, to identify clinical symptoms, and to discuss optimal nursing management in the clinical management of patients admitted to the hospital with COVID-19 infection.

Keywords: COVID-19, Nursing, Clinical Management

¹Öğr. Gör. Gümüşhane Üniversitesi, Tıbbi Hizmetler ve Teknikler Bölümü, İlk ve Acil Yardım Programı, Gümüşhane, hatice_etbas@hotmail.com, ORCID: 0000-0002-2393-563X

²Prof. Dr. Karadeniz Teknik Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Trabzon, Türkiye, Mail: sevilayhindistan@gmail.com, ORCID: 0000-0002-5907-5723

GİRİŞ

Bugün, bilim topluluğu insanlar için potansiyel olarak tehlikeli olan 7 Coronavirüs tanımlamıştır. Bunlar; solunum yolunun major enfeksiyonları ve yaygın soğuklarda görülen HCoV-OC43 ve HCoV-HKU1'in (Betacoronavirus); HCoV-229E ve HCoV-NL63 ile diğer insan Coronavirüsleri (Betacoronavirus) olan SARS-CoV, MERS-CoV ve SARS-CoV-2'dir.¹

CO (Corona), VI (Virüs), D (Disordine/Disease) ve 19 (2019 yılı) kombinasyonundan türetilen "COVID-19" koronavirüs ailesinden biri olan, insanlarda veya hayvanlarda hastalığa neden olabilen zoonotik bir RNA virüsüdür.²⁻³ Daha ayrıntılı olarak açıklayacak olursak, COVID-19, daha önce 2019 yeni koronavirüs veya 2019-nCoV olarak bilinen ciddi akut solunum sendromu koronavirüs 2'nin (SARS-CoV-2) neden olduğu bulaşıcı bir hastalıktır.²⁻³

Genel olarak koronavirüsler ilk olarak 1960'larda keşfedilmesine rağmen COVID-19 salgını, ilk olarak 31 Aralık 2019'da Çin'in Wuhan kentinde ortaya çıkmıştır.² Ülkemizin de içinde bulunduğu Avrupa bölgesinde, Spallanzani Enstitüsü tarafından ilk iki koronavirüs vakasının (İtalya'ya seyahat eden Çinli turistler olduğu) 30 Ocak 2020'de İtalya'da ortaya çıktığı bildirilmiştir.⁴ Bu vaka bildirimleriyle beraber Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) Acil Durum Komitesi tarafından 30 Ocak 2020'de "uluslararası sağlık acil durumu", salgının birçok ülkeye yayılmasıyla da 11 Mart 2020 tarihinde hastalık pandemi olarak ilan edilmiştir. DSÖ, COVID-19'un 200'den fazla ülkeye yayıldığını ve 475 binden fazla insanın yaşamını kaybettiğini bildirmiştir. Bugün hala Dünya genelinde hızla yayılan COVID-19 salgını her geçen gün morbitide ve mortalite sayısının artmasına neden olmaktadır.⁵ Ülkemizde de ise, ilk COVID-19 tanısı 10 Mart 2020 tarihinde konmuş ve ilk can kaybı 17 Mart'ta yaşanmıştır.⁶

Hasta ile en çok temas eden hemşireler, hastalığın klinik yönetiminde ve enfeksiyonun önlenmesinde önemli derecede rol almaktadırlar. Bulaşın ve yayılımın önlenmesi için; etkili bir aşılamanın yanında,

her hemşire hastalık, klinik özellikleri ve klinik yönetimi konusunda bilgi sahibi olmalıdırlar. Hemşireler, COVID-19'lu hastaya uyguladıkları bakım ve tedavi sırasında hastalara veya kontamine tıbbi malzeme, cihazlar ve ekipmanlara bulaşıcı materyallere doğrudan veya dolaylı maruz kalma potansiyeline sahiptirler. Yine hastane içerisinde yayılımın azaltılması, hastalara bulaş önlemede de büyük sorumlulukları vardır.⁷ Bulaşmayı önlemenin ve yavaşlatmanın en iyi yolu COVID-19 virüsünün nasıl yayıldığı ve yayılımı önleme hakkında bilgi sahibi olmaktır.⁸ Bu derlemenin amacı, COVID-19'un risk faktörleri, bulaş yolu, tanı, tedavi hakkında bilgi vermek, klinik semptomları tanımlamak ve COVID-19 enfeksiyonu ile hastaneye başvuran hastaların klinik yönetiminde optimum hemşirelik yönetimini tartışmaktır.

Risk Faktörleri

Şimdiye kadarki mevcut bilgilere dayanarak, COVID-19'dan kaynaklanan ciddi hastalık riski yüksek olan kişiler aşağıda belirtilmiştir:

- 65 yaş ve üstü kişiler
- Huzurevinde veya uzun süreli bakım tesisinde yaşayan kişiler
- Kronik akciğer hastalığı olan veya orta/şiddetli astımı olan kişiler
- Komplikasyonları olan kalp hastalığı olan kişiler
- Kanser tedavisi de dahil olmak üzere immün yetmezliği olan kişiler
- Şiddetli obezite (vücut kitle indeksi [(VKI) ≥ 40]) veya özellikle altta yatan bazı tıbbi rahatsızlıkları olan, özellikle de diyabet, böbrek yetmezliği veya karaciğer hastalığı olanlar gibi iyi kontrol altına alınmamış kişiler de risk altında olabilir.
- Gebe kadınlar ciddi viral hastalıklar açısından risk altında olmaları nedeniyle izlenmelidir, ancak bugüne kadar COVID-19 hakkındaki veriler artmış risk göstermemiştir.⁹

Yaşlı hastalarda vaka-ölüm oranı 60-69 yaş: %3,6; 70-79 yaş: %8; ≥ 80 yıl: %14.8

olarak bildirilmiştir. Herhangi bir kronik hastalığı olmayan kişilerde vaka-ölüm oranı %0.9'dur. Ancak kardiyovasküler hastalığı (%10.5), diyabet (%7), kronik solunum hastalığı (%6), hipertansiyon (%6) ve kanser (%6) hastalarında bu oran daha yüksektir. Solunum yetmezliği, septik şok veya çoklu organ fonksiyon bozukluğu gelişen hastalar için ise ölüm oranı %49'dur. Genel popülasyonda ise %2.3 olarak bildirilmektedir.¹⁰

Çocuklarda henüz klinik seyir ve risk faktörleri hakkında sınırlı bilgi olmasına karşın, çocuklarda belirti ve semptomlar yetişkinlere göre daha hafif olabilmektedir.¹⁰⁻¹³ Literatürde, COVID-19 hastalarının yalnızca %2,1'inin 20 yaşın altında olduğu¹⁰ ve 13 aylık bir hastada akut solunum sıkıntısı sendromu ve septik şok gibi komplikasyonlar bildirilmiştir.¹³

Bulaşma Yolu

COVID-19'un bulaşma yoluyla ilgili literatürde farklı bilgiler yer almaktadır.^{1,3} İncelenen bir literatüre göre; virüsün ilk olarak yarasalardan insanlara bulaştığı tahmin edilmektedir.³ David'in (2020) bildirdiğine göre; SARS-CoV-2'nin etiopatogenezinin Çin'in Wuhan pazarlarında bulunan son derece zehirli bir yılan olan "Bungarus multicinctus" ile ilişkili olabileceği konusunda bilimsel hipotezler bulunmaktadır.¹

COVID-19 virüsü bulaşmış insanların çoğu özel tedavi gerektirmeden hafif, orta şiddette solunum hastalığı belirtileri yaşayarak hastalığı atlattığı beklenirken, 60 yaş üzerindeki kişiler ve kronik hastalığa (kardiyovasküler hastalık, diyabet, kronik solunum hastalığı, kanser vb) sahip kişilerde hastalığın ciddi seyrettiği bildirilmektedir.⁸ Hastalığın, insandan insana bulaştığı tahmin edilmektedir. Virüsün taşıyıcısı olan veya virüsle enfekte kişilerle 2 metreden (6 fit) daha az mesafede yakın temasta bulunma, öksürme veya aksırma ile damlacık yoluyla [2 metreden (6 fit) daha az mesafede], balgam, serum, kan gibi enfeksiyöz sekresyonlarla ve kontamine yüzeyler veya nesnelere temasla bulaşabilmektedir.¹⁴⁻¹⁵

Genel Belirti ve Bulgular

COVID-19 tanısı doğrulanmış pnömonili hastaların klinik prezentasyonunu tanımlayan bir raporda, kuluçka süresi 2-7 gün (ortalama 4 gün) olarak tahmin edilmektedir.¹⁶ Diğer koronavirüslerle (örneğin MERS-CoV, SARS-CoV) yapılan çalışmaların verilerine göre ise, kuluçka süresinin 2-14 gün arasında değişebileceği bildirilmektedir. Hastaneye başvuran hastaların hastalık başlangıcında en sık bildirilen belirti ve semptomları arasında aralıklı veya sürekli ateş (%77-98), öksürük (%46-82), miyalji veya yorgunluk (%11-52) ve nefes darlığı (%3-31) bulunmaktadır.¹⁷⁻²² Yapılan bir çalışmada, 1.099 COVID-19 hastasının %44'ünde hastaneye kabulde, %89'unda ise hastanede yatış sırasında ateş geliştiği bildirilmiştir.²³ Daha az bildirilen diğer solunumsal semptomlar arasında ise boğaz ağrısı, baş ağrısı, balgam üretimi ile öksürük ve/veya hemoptizi bulunmaktadır. Bazı hastaların ise ateş ve alt solunum yolu belirti ve semptomları gelişmeden önce ishal ve bulantı gibi gastrointestinal semptomlar yaşadıkları bildirilmiştir.^{22,24} Bütün bu semptomlara ilaveten çocuklarda burun tıkanıklığı ve rinore görülebilmektedir.¹¹⁻¹³

Laboratuvar ve Radyografik Bulgular

Henüz laboratuvar ve radyografik bulgularla ilgili sınırlı kaynak bulunmaktadır. Hastalarda kan testinde görülen yaygın laboratuvar anormallikleri arasında lökopeni (%9-34), lökositoz (%24-30), lenfopeni (%63-83), trombositopeni (%36) ve yüksek alanin aminotransferaz ve aspartat aminotransferaz düzeyleri (%37) yer almaktadır.^{17,21,23} Hastaların çoğunda başvuru sırasında serum prokalsitonin düzeyleri normal olabilirken, akciğer bilgisayarlı tomografi (BT) görüntülerinde bilateral tutulum ve buzlu cam görünümü olabilmektedir.²⁵ Semptom başlangıcından sonraki ilk 3 gün içerisinde SARS-CoV-2 viral RNA seviyeleri, burundan toplanan örneklerde boğazdan daha yüksek görülebilmektedir.²⁶ Ayrıca, SARS-CoV-2 RNA'sı kan ve dışkı örneklerinde de görülmektedir.^{24,27} Xia, Tong, Liu, Shen ve Gou (2020) yaptıkları bir çalışmada, konjonktivitli COVID-19 tanısı almış

pnömonili hastaların gözyaşı ve konjonktival sekresyonlarında SARS-CoV-2'yi tespit ettiklerini bildirmişlerdir.²⁸

Tanı Testi

Devletlerin, Amerika Hastalık Kontrol ve Korunma Merkezleri'nden [Centers for Disease Control and Prevention (CDC)] temin ettikleri solunum örneklerinde COVID-19'a neden olan virüsü tanımlayabilen laboratuvar testleri vardır. Devlet ve yerel halk sağlığı departmanları CDC'den testler alırken; tıbbi sağlayıcılar, ticari üreticiler tarafından geliştirilen testler almaktadır. Tüm bu testler, Gerçek Zamanlı Ters Transkriptaz (RT) - Poliomeraz Zincir Reaksiyonu (PCR) Teşhis Panelleridir.²⁹ Bu testlerin uzun sürmesi nedeniyle yeni bir tanı testi arayışına giren Yu ve arkadaşları (2020), 15-40 dk arasında sonuç veren iLACO (isothermal LAMP based method for COVID-19= COVID-19 için izotermal LAMP tabanlı yöntem) adı verdikleri tanı testi geliştirmişlerdir.³⁰ Ayrıca, CDC'nin COVID-19 için bir seroloji testi geliştirdiği bildirilmektedir.²⁹

COVID-19 Testi için Öncelikli Kişiler

Bir kişiye tanı testinin uygulanıp uygulanmayacağı, COVID-19 ile uyumlu belirti ve bulgularının olup olmaması, COVID-19'lu bir hasta ile temas durumu gibi çeşitli faktörlere göre klinisyenler tarafından karar verilmelidir. COVID-19 testinin yapılması gereken öncelikli kişiler vardır. Bunlar;

- Subjektif veya objektif ateşi teyit edilmiş kişiler
- COVID-19 olduğundan şüphelenilen bir kişiye laboratuvar onayı olmadan maruz kalan sağlık personelleri
- Uzun süre bir COVID-19 vakasının yaklaşık 6 feet (2 metre) yakınında bulunan kişiler (Bir COVID-19 vakası ile hastane ortamında aynı bekleme alanını veya hasta odasını paylaşmak, aynı evi paylaşmak veya hastanede ziyaret etmek)

- COVID-19 vakasının bulaşıcı sekresyonları (örneğin; öksürük) ile doğrudan temas eden kişiler veya sağlık personeli
- Hastanede yatan hastalar
- Semptomatik sağlık çalışanları
- Uzun süreli bakım evlerinde yaşayan ve semptomları olan hastalar
- 65 yaş ve üstü semptomları olan hastalar
- COVID-19 belirtileri olan kronik hastalığa sahip kişiler
- COVID-19 vaka sayısının çok olduğu bölgelerde yaşayan hafif semptomları olan kişilerdir.³¹

COVID-19 Hastalarında Tedavi

Hafif klinik prezentasyonu olan hastalar başlangıçta hastaneye yatmayı gerektirmeyebilir. Ancak, hastalığın ikinci haftasında hastalık alt solunum yolu hastalığına ilerledikçe klinik belirtiler ve semptomlar kötüleşebilir. Bir hastayı yatarak ya da ayakta tedavi ortamında izleme kararı; sadece klinik tabloya değil, aynı zamanda hastanın izleme, ev izolasyonu ve hastanın ev ortamında bulaşma riskine girme yeteneğine de bağlıdır.³²

COVID-19 hastalarının tedavisi için henüz Amerika Gıda ve İlaç İdaresi (US Food and Drug Administration (FDA)) onaylı bir ilaç yoktur. Ancak Dünya genelinde daha önce klinik çalışmalarda kullanılan iki ajan önerilmekte ve bazı ilaçlar denenmektedir.³³ Bunlar;

Remdesivir

RNA transkripsiyonunun erken sonlandırılması yoluyla viral replikasyonu inhibe eden ve SARS-CoV-2'ye karşı in-vitro aktiviteye ve ilgili betacoronavirüslere karşı in-vitro ve in-vivo aktiviteye sahip geniş bir antiviral aktiviteye sahip, araştırma amaçlı bir intravenöz ilaçtır.³⁴

Hidroksiklorokin ve Klorokin

Sıtmanın ve bazı enflamatuvar durumların tedavisinde kullanılan oral reçeteli

ilaçlardır. Sıtma tedavisi ve kemoprofilaksi için klorokin; romatoid artrit, sistemik lupus eritematozus ve porfiryra kutanea tarda tedavisinde hidrosiklorokin kullanılmaktadır. Her iki ilaç da SARS-CoV, SARS-CoV-2 ve diğer koronavirüslere karşı in-vitro aktiviteye sahiptir ancak hidrosiklorokin SARS-CoV-2'ye karşı nispeten daha yüksek bir potansiyele mevcuttur.³⁴⁻³⁵

Hidrosiklorokin, Amerika Birleşik Devletleri'nde şu anda SARS-CoV-2 enfeksiyonunun maruziyet öncesi veya maruziyet sonrası profilaksisi ve hafif, orta ve şiddetli COVID-19'lu hastaların tedavisi için klinik çalışmalarda araştırılmaktadır.³³ Çin'de yapılan bir çalışmada, COVID-19 hastalarının klorokin tedavisinin virolojik fayda sağladığı ve bu nedenle COVID-19'un tedavisine antiviral olarak klorokin eklendiği bildirilmiştir.³⁵ Yine birçok ülkede hastaneye yatırılmış COVID-19 hastalarının tedavisi için klorokin veya hidrosiklorokin önerilmektedir. Ancak klorokin ve hidrosiklorokin, karaciğer veya böbrek fonksiyon bozukluğu ve immünosupresyonu olan hastalarda uzun süreli kullanımlarda kardiyotoksositeye (uzamış QT sendromu) neden olabileceği için dikkatli kullanılmalıdır. Ayrıca, güncellenen uluslararası klavuzlarda Hidrosiklorokin ve Klorokin'in COVID-19'lu hastalarda kullanımına ilişkin güvenlik endişeleri olduğu bildirilmektedir.³³

Diğer ilaçlar

Lopinavir-ritonavir, Çin'de yapılan yeni bir klinik çalışmada pnömoni tanısıyla yatan COVID-19 hastalarının tedavisinde faydalı olmadığı bildirilmiştir.³⁶ Bu nedenle Lopinavir-ritonavir ve bazı ilaçlar DSÖ klinik çalışmalarında araştırılmaktadır.³³

Aşı

COVID-19 ile ilişkili klinik hastalık spektrumunu karakterize etmek için sınırlı bilgi mevcuttur. Şu an, COVID-19 için aşı veya spesifik tedavi mevcut değildir.³²

COVID-19 Hastalarının Klinik Yönetiminde Hemşirelik

COVID-19'un mevcut klinik yönetimi; enfeksiyon önleme ve kontrol önlemleri ile oksijen desteği ve mekanik ventilasyon desteği de dahil olmak üzere destekleyici bakımı içermektedir. Hemşireler, COVID-19'lu hastaya uyguladıkları bakım ve tedavi sırasında hastalara veya bulaşıcı materyallere (kontamine tıbbi malzemeler, cihazlar ve ekipmanlar) doğrudan veya dolaylı maruz kalma potansiyeline sahiptirler. Yine hastane içerisinde yayılımın azaltılması/önlenmesi, hastalara bulaşın önlenmesinde önemli sorumlulukları vardır.⁷⁻⁸ Bulaşmayı önlemenin ve yavaşlatmanın en iyi yolu COVID-19 virüsünün nasıl yayıldığı ve yayılımı önleme hakkında bilgi sahibi olmaktır.⁹ Bu bağlamda birçok uluslararası kuruluşun olduğu gibi Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezleri'nin de COVID-19 şüphesi olan veya tanısı onaylanmış hastalar için enfeksiyon önleme ve kontrol önerileri bulunmaktadır.⁷ Bu öneriler doğrultusunda hemşirelerin COVID-19'lu hastada veya henüz tanılanmamış hastalarda hemşireliği nasıl yöneteceği aşağıda özetlenmiştir:

Hastane İçi Yayılımın Önlenmesi (Maruziyet Riskini Önleme)

Bir hasta hastaneye gelmeden, hastaneye varışında, muayene boyunca veya hospitalizasyon süresinde, hasta odası temizlenip dezenfekte edilene kadar solunum patojenlerine maruziyeti en aza indirilmeli ve özellikle riskli gruplar (örneğin; sağlık personeli, 65 yaş üstü kişiler, kronik hastalığı olan kişiler) korunmalıdır. Grup terapisi gibi grup sağlık hizmetleri, acil olmayan ameliyatlara ve ayaktan tedavilere iptal edilmelidir.⁷

Hastane Öncesi

Rutin tıbbi bakım için randevuları planlanan hastalarda solunum yolu enfeksiyonu belirtileri (örneğin; öksürük, boğaz ağrısı, ateş vb) gelişmesi durumunda randevular hemşire tarafından yeniden planlanmalıdır.⁷

Hastane İçindeyken veya Muayane Sırası

Hemşire, COVID-19 veya diğer solunum yolu enfeksiyonu semptomları olan tüm kişilerin ve sağlık personelinin, muayene süresince (zorunlu rutin muayeneler gibi) solunum hijyeni ve öksürük görgü kuralları, el hijyeni ve triyaj prosedürlerine uymasını sağlamak için hastane girişleri, kafeterya, bekleme salonları ve asansör gibi yerlere görsel eğitim materyalleri (resim veya pdf gibi) hazırlayarak asmalıdır. Bu materyallerde verilen talimatlar, öksürme veya hapsirme sırasında burun ve ağız örtmek için malzemenin nasıl kullanılacağını, dokuların ve kontamine maddelerin atık kaplarına nasıl atılacağını ve el hijyeninin nasıl ve ne zaman yapılacağını içermelidir. Hastane girişlerine, bekleme odalarına ve hasta kabullerinin yapıldığı yerlere %60-95 alkollü alkol bazlı dezenfektanlar, sensörlü prizler, solunum hijyeni ve öksürük görgü kuralları için malzeme konulmalıdır. Triage personeli ve risk grubu hastalar arasındaki yakın teması sınırlamak için hasta kabul alanlarına fiziksel bariyerler (örn. cam veya plastik pencereler) takılmalıdır. Mümkünse, hastaları hastaneye girmeden önce taramak için tesis dışında triyaj istasyonları kurulmalı ve hastane giriş kapıları en aza indirilmelidir.⁷

COVID-19 veya diğer solunum yolu enfeksiyonu şüphesi olan hastaların hızlı güvenli triyajı ve izolasyonu sağlanmalıdır. Solunum semptomları olan hastaların triyajı önceliklendirilmelidir. Hasta kabulü sırasında bulaşmayı azaltmaya yönelik bu hastalar için bir yüz maskesi ve kağıt mendil bulundurulmalı ayrıca tüm hastalara solunum yolu enfeksiyonu semptomlarının varlığı ve COVID-19 bulaşımı veya olası COVID-19 hastalarıyla temas eden bölgelere seyahat öyküsü sorulduğundan emin olunmalıdır. Hasta muayene odasında kapı kapalı olarak izole edilmeli ve eğer muayene odası hazır değilse, hasta, bakım isteyen diğer hastalar arasında bekletilmemelidir. Solunum malzemesi veya tıbbi malzeme bekleyen hastalar arasında da 2 metre (6 fit) veya daha fazla mesafe bırakılmalıdır.⁷

Hasta kabulü yapılan tüm hastaların günlük solunum yolu semptomları değerlendirilmeli, açıklanamayan ateş veya yeni başlayan solunum yolu semptomlarının varlığı sorgulanmalıdır.⁷

Standart Önlemlerle Bulaş Önleme

Standart önlemler, her bir bireyin potansiyel olarak sağlık ortamında bulaşabilecek bir patojen ile enfekte olduğunu veya kolonize olduğunu varsayar. Bu nedenle hemşire, COVID-19 enfeksiyonu ya da riski olan bireylerde, el hijyeni ve kişisel koruyucu ekipmanlarını (giyim ve çıkarılma sırasına dikkat ederek) giyme gibi standart önlemlere uymalıdır.⁷

El Hijyeni

Hemşireler ve tüm sağlık personeli, hasta temasından önce ve sonra el hijyenine dikkat etmelidir. Eldiven giymeden önce ve çıkardıktan sonra %60-95'lik alkol bazlı dezenfektanlarla veya en az 20 saniye boyunca elleri sabun ve suyla yıkayarak el hijyeni yapılmalıdır. Eller görünür şekilde kirlenmişse, su ve sabunla 20 saniye yıkadıktan sonra, alkol bazlı dezenfektan kullanılmalıdır.^{7,37}

Kişisel Koruyucu Ekipman

Hemşireler, kişisel koruyucu ekipmanların ne zaman giyileceği, hangi kişisel koruyucu ekipmanların giyileceği, kendi kendine kontaminasyonu önleyecek şekilde kişisel koruyucu ekipmanların düzgün bir şekilde nasıl takılacağı, kullanılacağı ve değiştirileceği, nasıl imha edilmesi veya dezenfekte edilmesi konusunda yeterli bilgiye sahip olmalıdır. Yeniden kullanılabilir herhangi bir kişisel koruyucu ekipman, kullanımdan sonra ve kullanım arasında uygun şekilde temizlenmeli, dekontamine edilmeli ve bakım yapılmalıdır. Kişisel koruyucu ekipmanları güvenli bir şekilde takmak ve çıkarmak için önerilen politikalara ve prosedürlere uyulmalıdır. Gerekirse bu konuda hizmet içi eğitimler düzenlenerek, sürekli sağlık personeline enfeksiyon önleme stratejileri vurgulanmalıdır. COVID-19 şüpheli veya

tanılı hastaya bakım verirken önerilen kişisel koruyucu ekipmanları (solunum maskesi veya yüz maskesi, gözlük veya yüz speri, eldiven ve önlük) kullanılmalıdır.⁷

Solunum Maskesi, Filtreli ve Filtresiz Yüz Maskesi

Hasta odasına veya bakım alanına girmeden önce bir solunum maskesi veya yüz maskesi (eğer solunum maskesi yoksa) takılmalıdır. Ayrıca, bulaşı önlemek için hastaya da maske takılması önerilmektedir.⁷

Öksürüğü veya solunum sekresyonları ile bulaş şüphesi olan hastalarda, öksürüğü indüklemesi beklenen işlemlerde (örn, balgam indüksiyonu, hava yollarının açık emilimi) ve tanı için solunum örnekleri alınırken kişisel koruyucu ekipmanın yanı sıra yüz maskesi yerine daha yüksek seviyede koruma sunan hava filtreli yüz maskesi veya N95 maskeleri kullanılmalıdır. Tek kullanımlık maskeler, hastanın odasından veya bakım alanından çıkıp, kapı kapatıldıktan sonra çıkarılıp atılmalı ve el hijyeni uygulanmalıdır.^{7,37}

Yeniden kullanılabilir respiratörler (örn, elektrikli hava temizleme respiratörleri) kullanılırsa, yeniden kullanımdan önce üretici firmanın yeniden işleme talimatlarına göre temizlenmeli ve dezenfekte edilmelidir.⁷

Göz Koruması

Kişisel gözlükler ve kontakt lensler yeterli göz koruması özelliğine sahip değildir. Hasta odasına veya bakım alanına girmeden önce gözlük veya yüzün önünü ve yanlarını örten tek kullanımlık bir yüz speri takılmalıdır. Hasta odasından veya bakım alanından ayrılmadan önce göz koruması çıkarılmalıdır. Tek kullanımlık olmayan göz koruma ekipmanları yeniden kullanılmadan önce üreticinin yeniden işleme talimatlarına göre temizlenmeli ve dezenfekte edilmelidir. Tek kullanımlık göz koruma ekipmanları ise kullanımdan sonra atılmalıdır.⁷

Eldiven

Hasta odasına veya bakım alanına girişte temiz, steril olmayan, tek kullanımlık eldivenler takılmalıdır. Yırtılmış veya aşırı kirlenmiş eldivenler değiştirilmelidir. Hasta odasından veya bakım alanından çıkarken eldivenler çıkarılıp atılmalı ve el hijyeni uygulanmalıdır.⁷

Önlük

Hasta odasına veya bölgesine girişte temiz bir izolasyon kıyafeti giyilmeli (önlük gibi) ve kirlenmesi durumunda değiştirilmelidir. Hasta odasından veya bakım alanından ayrılmadan önce önlük çıkarılmalı ve atık kutusuna veya özel bir çamaşır kabına atılmalıdır. Tek kullanımlık önlükler kullanımdan sonra atılmalıdır. Kumaş önlükler her kullanımdan sonra yıkanmalıdır.⁷

Önlük sıkıntısı varsa, önlük giyimi konusunda öncelik solunum yollarına yapılan işlemlerde, pansuman, banyo/duş, transfer, hijyen sağlamak, çarşafı değiştirme, çamaşır değiştirme veya tuvalet yardım, cihaz bakımı veya kullanımı, yara bakımı gibi kontamine vücut salgılarının sıçraması beklenen bakım faaliyetleri ve hastayla yüksek temasta bulunulan bakım faaliyetlerine verilmelidir.⁷

Ayakkabı

Sıklıkla ameliyathanelerde çalışanlar için önerilmektedir.³⁸

İzolasyon ve Hastane İçi Transport

COVID-19 şüphesi veya tanısı olan hastanın hastaneye yatış ihtiyacı ekip işbirliği ile değerlendirilmelidir. Hastaneye yatış tıbbi olarak gerekli değilse, bireyin durumu izin veriyorsa evde bakım tercih edilebilmektedir. Tüm hastalar, temel enfeksiyon kontrol uygulamalarına kesinlikle uymalıdır. Hastaneye yatışına karar verilmiş hastalar, içerisinde özel banyosu olan, tek kişilik özel enfeksiyon izolasyon odalarına (saatte en az 6 kez hava değişimi olan negatif basınçlı odalar) yerleştirilmelidir ve bu odaların saatte 12 kez hava değişimi

önerilmektedir. Bu odalardan gelen hava doğrudan dışarıya atılmalı veya yüksek devirdaimden önce yüksek verimli bir partikül hava (HEPA) filtresinden geçirilmelidir. Oda kapıları, odaya giriş veya odadan çıkılması dışında kapalı tutulmalı ve giriş ve çıkışlar en aza indirilmelidir.⁷

COVID-19 enfeksiyonu olan hastaya bakım veren hemşire ayrı olmalıdır. Hasta sayısı arttığı ve personelin yetersiz kaldığı durumlarda sadece aynı solunum patojeni olan hastalar aynı odaya yerleştirilmelidir. Örneğin, COVID-19 olan bir hasta, tanı konulmamış bir solunum yolu enfeksiyonu olan bir hasta ile aynı odaya yerleştirilmemelidir.⁷

Solunum maskeleri ve yüz maskelerinin yetersiz olduğu durumlarda, COVID-19 tanısı doğrulanmış hastalara bakım veren sağlık personeli hastadan hastaya geçişlerde aynı göz koruma malzemesi (gözlük veya göz siperi) ve maskesini giymeye devam ederken, eldiven ve önlüğünü (kullanılıyorsa) değiştirip el hijyenini yapmalıdır. Mümkün olduğunca göz korumalarına, solunum maskelerine veya yüz maskelerine dokunmamaya dikkat etmeli, eğer bu ekipmanlar kirlendiyse bakım verilen ünitenin dışında çıkarılarak ellerin hijyeni sağlanmalı ve yeniden takılmalıdır.^{7,37}

Hastanın naklini ve tıbbi işlemler için oda dışına hareketi sınırlandırılmalıdır. Örneğin; tıbbi görüntüleme yapılacak hastalarda taşınabilir röntgen cihazının sağlanması gibi. Yine de, hastanın nakli veya tetkik amaçlı ünite dışına çıkması gerekiyorsa hastaya da yüz maskesi takılmalıdır. Hastalar bir yüz maskesini tolere edemezse veya mevcut değilse, ağız ve burunlarını örtmek için siper örtüler kullanılmalıdır.⁷ Hastanın transportunu yapacak görevli de mutlaka kişisel koruyucu ekipmanını giymesi gerekmektedir.³⁶

Hasta taburcu edildiğinde veya aktarıldıktan sonra, potansiyel enfeksiyöz partikülleri çıkarmak için yeterli hava değişikliği için yeterli zaman geçene kadar boş odaya girmekten kaçınılmalıdır.³⁹ Bu süre geçtikten sonra, oda rutin kullanıma

dönmeden önce uygun temizlik ve yüzey dezenfeksiyonuna tabi tutulmalıdır.⁷

Ziyaretçi Yönetimi

Ziyaretçilerin, bilinen veya şüphelenilen COVID-19 hastalarının odasına girmesi kısıtlanmalıdır. Cep telefonları veya tabletlerdeki görüntülü arama uygulamaları gibi hasta ve ziyaretçi etkileşimleri için alternatif mekanizmalar oluşturulmalıdır. Ziyaretin gerçekleşmesi gerekiyorsa, ziyaretçileri eğitmek, ziyaretçi erişimini iyi yönetmek ve izlemek için prosedürler oluşturulmalıdır.⁷

Tüm ziyaretçilere sık sık el hijyenini korumaları hastanenin ortak alanlarında solunum hijyeni ve öksürük görgü kurallarına uymaları gerektiği anlatılmalıdır. Ziyaretçiler için hastane girişine ve stratejik yerlere (örn. bekleme alanları, asansörler, kafeteryalar) hasta olduklarında ziyarete gelmemelerini öneren görsel uyarılarla (işaret, resim veya poster) hatırlatmalar yapılmalıdır. Hastalar sağlık kuruluşuna girmeden önce solunum yolu hastalığı belirtileri için pasif olarak taranmalıdır. Tüm ziyaretçiler hastaneye girdikten sonra ateş ve solunum sistemi semptomları açısından aktif olarak değerlendirilmelidir. Ateş veya solunum semptomları varsa, ziyaretçinin hastaneye girmesine izin verilmemelidir. Ziyaretçilerin taramasının başlatılacağı eşiği ve hangi noktada taramanın pasif (örneğin hastane girişteki işaretler) ya da aktif (örneğin doğrudan sorgulama) yapılacağı önceden belirlenmelidir.⁷

Ziyaretçilere hasta odalarına girmeden önce, el hijyeni, dokunulan yüzeylerin sınırlandırılması ve hasta odasında mevcut tesis politikasına göre kişisel koruyucu ekipman kullanımı konusunda talimat verilmelidir. Ziyaretçilerden sadece hasta odasını ziyaret etmeleri, hastanedeki diğer yerlere gitmemeleri istenmelidir. Risk grubundaki hastaları ziyaret edenlerin sayısı sınırlı tutulmalıdır. Ayrıca, ziyaretçilerin de hastaneye giriş noktaları sınırlandırılmalıdır.^{7,39}

Hastanın Rahatlatılması

Hastaların korkularını azaltmak/gidermek amacıyla hemşire tarafından destek ve güven verilmelidir. Hastalara COVID-19'dan iyileşme oranının yüksek ve ölüm oranının düşük olduğu ifade edilmelidir.³⁸

Diğer Önlemler

COVID-19 hastalarını tedavi eden Çinli hemşireler tarafından bazı aşırı önlemler

alınmıştır. Bunlardan bir tanesi, zorla olduğu tahmin edilmekle beraber uzun saçların enfektif materyal taşıyabileceği ve kişisel koruyucu ekipmanların (özellikle maske, gözlük) takılmasını ve çıkarılmasını engelleyen çapraz enfeksiyonu önlemek için tamamen kesilmesidir. Henüz en uygun saç uzunluğu ve duş sıklığı tartışmalıdır. Bunun dışında, hemşirelerin çalışma esnasında takı gibi aksesuarları da takmaması önerilmektedir.^{38,40}

SONUÇ VE ÖNERİLER

COVID-19 hastalığının klinik yönetiminde ve enfeksiyonun önlenmesinde hemşireler tarafından atılacak en önemli adım yeterli bilgi düzeyi ve doğru uygulamalar ile enfeksiyon zincirini kırmak olacaktır. Bunun için hemşireler, COVID-19'un nasıl bulaştığı, kimlerin risk altında olduğu, klinik belirti ve bulguları, nasıl tanı

konduğu, nasıl tedavi edildiği hakkında bilgi sahibi olmalı ve klinik yönetimi iyi planlamalı ve uygulamalıdır. Literatür bilgisinden yararlanarak güncel değişiklikleri takip etmeli ve uluslararası rehberlerden yararlanmalı ve bunu hizmet içi eğitimlerle desteklemelidir.

KAYNAKLAR

1. Tomasi DL. Coronavirus disease (COVID-19). A socioepidemiological analysis. Bennington, VAAT: Vermont Academy of Arts and Sciences LV (I), 2020; (1): p.1-5. <https://www.researchgate.net/publication/339936638>.
2. Salute MD. Nuovo Coronavirus. Roma, I: Governo-Repubblica Italiana, 2020. <http://www.salute.gov.it/nuovocoronavirus>. (Erişim Tarihi: 26.03.2020).
3. De Rio C, Malani PN. Novel Coronavirus-Important Information for Clinicians. JAMA, 2020; 323(11): 1039-40. doi:10.1001/jama.2020.1490.
4. Salute MD. COVID-19- Situazione in Italia. Roma, I: Governo-Repubblica Italiana, 2020. <http://www.salute.gov.it/portale/nuovocoronavirus/dettaglioContenutiNuovoCoronavirus.jsp?lingua=italiano&id=5351&area=nuovoCoronavirus&menu=vuoto>. (Erişim Tarihi: 26.03.2020).
5. World Health Organization (WHO). Coronavirus disease (COVID-19) outbreak situation, 2020. <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019>. (Erişim Tarihi: 24.06.2020).
6. T.C. Sağlık Bakanlığı. Türkiye'deki güncel durum: Türkiye genel koronavirüs tablosu, 2020. <https://COVID19.saglik.gov.tr/>. (Erişim Tarihi: 31.03.2020).
7. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Coronavirus Disease 2019 (COVID-19): Interim Infection Prevention and Control Recommendations for Patients with Suspected or Confirmed Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) in Healthcare Settings, 2020. https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/infection-control/control-recommendations.html?CDC_AA_refVal=https%3A%2F%2Fwww.cdc.gov%2Fcoronavirus%2F2019-ncov%2Fhcp%2Finfection-control.html. (Erişim Tarihi: 27.03.2020).
8. World Health Organization (WHO). Coronavirus, 2020. https://www.who.int/health-topics/coronavirus#tab=tab_1. (Erişim Tarihi: 27.03.2020).
9. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Coronavirus Disease 2019 (COVID-19): Who is at risk for severe disease from COVID-19?, 2020. <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/faq.html>. (Erişim Tarihi: 27.03.2020).
10. Novel Coronavirus Pneumonia Emergency Response Epidemiology Team. The Epidemiological Characteristics of an Outbreak of 2019 Novel Coronavirus Diseases (COVID-19) in China. *Zhonghua Liu Xing Bing Xue Za Zhi*, 2020; 41(2): 145-51. DOI:10.3760/cma.j.issn.0254-6450.2020.02.003.
11. Kam KQ, Yung CF, Cui L, et al. A Well Infant with Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) with High Viral Load. *Clin Infect Dis*, 2020 Feb 28. pii: ciaa201. doi: 10.1093/cid/ciaa201. [Epub ahead of print].
12. Wei M, Yuan J, Liu Y, Fu T, Yu X, Zhang ZJ. Novel Coronavirus Infection in Hospitalized Infants Under 1 Year of Age in China. *JAMA*, 2020 Feb 14. doi: 10.1001/jama.2020.2131. [Epub ahead of print].
13. Chen F, Liu ZS, Zhang FR, et al. First case of severe childhood novel coronavirus pneumonia in China. *Zhonghua Er Ke Za Zhi*, 2020 Feb 11; 58(0): E005. doi: 10.3760/cma.j.issn.0578-1310.2020.0005. [Epub ahead of print].
14. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Coronavirus Disease 2019 (COVID-19): What Healthcare Personnel Should Know about Caring for Patients with Confirmed or Possible COVID-19 Infection, 2020. <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/caring-for-patients.html>. (Erişim Tarihi: 27.03.2020).
15. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). How Coronavirus Spreads, 2020. <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/prevent-getting-sick/how-COVID-spreads.html>. (Erişim Tarihi: 28.03.2020).
16. Guan WJ, Ni ZY, Hu Y, et al. China Medical Treatment Expert Group for COVID-19. Clinical Characteristics of Coronavirus Disease 2019 in China. *N Engl J Med*, 2020 Feb 28; p.1-13. doi: 10.1056/NEJMoa2002032. [Epub ahead of print].

17. Huang C, Wang Y, Li X, et al. Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. *The Lancet*, 2020; 395 (10223), 497-506. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30183-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30183-5).
18. Wang D, Hu B, Hu C, et al. (2020). Clinical Characteristics of 138 Hospitalized Patients With 2019 Novel Coronavirus-Infected Pneumonia in Wuhan. *JAMA*, 2020; 323 (11), 1061-69. doi:10.1001/jama.2020.1585.
19. Chan JF, Yuan S, Kok K, et al. A familial cluster of pneumonia associated with the 2019 novel coronavirus indicating person-to-person transmission: A Study of a family cluster. *The Lancet*, 2020; 395(10223): 514-23. DOI: 10.1016/S0140-6736(20)30154-9.
20. Holshue ML, DeBolt C, Lindquist S, et al. First Case of 2019 Novel Coronavirus in the United States. *N Engl J Med*, 2020; 382, 929-36. doi: 10.1056/NEJMoa2001191.
21. Chen N, Zhou M, Dong X, Qu J, Gong F. Epidemiological and clinical characteristics of 99 cases of 2019 novel coronavirus pneumonia in Wuhan, China: a descriptive study. *The Lancet*, 2020; 395 (10223), 507-13. DOI: 10.1016/S0140-6736(20)30211-7.
22. Hoehl S, Berger A, Kortebusch M, et al. Evidence of SARS-CoV-2 Infection in Returning Travelers from Wuhan, China. *New England Journal of Medicine*. *N Engl J Med*, 2020; 382 (13): 1278-80. DOI: 10.1056/NEJMc2001899.
23. Li Q, Guan X, Wu P, et al. Early Transmission Dynamics in Wuhan, China, of Novel Coronavirus-Infected Pneumonia. *N Engl J Med*, 2020; 382 (13), 1199-207. DOI: 10.1056/NEJMoa2001316.
24. Chen W, Lan Y, Yuan X, et al. Detectable 2019-nCoV viral RNA in blood is a strong indicator for the further clinical severity. *Emerg Microbes Infect*, 2020; 9 (1), 469-73. DOI: 10.1080/22221751.2020.1732837.
25. Shi H, Han X, Jiang N, et al. Radiological findings from 81 patients with COVID-19 pneumonia in Wuhan, China: a descriptive study. *Lancet Infect Dis*, 2020; 20, 425-34. doi: 10.1016/S1473-3099(20)30086-4.
26. Zou L, Ruan F, Huang M, et al. SARS-CoV-2 Viral Load in Upper Respiratory Specimens of Infected Patients. *N Engl J Med*, 2020; 382 (12), 1177-9. doi: 10.1056/NEJMc2001737.
27. Young BE, Ong SWX, Kalimuddin S, et al. Epidemiologic Features and Clinical Course of Patients Infected With SARS-CoV-2 in Singapore. *JAMA*, 2020; 323(15), 1488-94. doi: 10.1001/jama.2020.3204.
28. Xia J, Tong J, Liu M, Shen Y, Gou D. Evaluation of coronavirus tears and conjunctival secretions of patient with SARS-CoV-2 infection. *J Med Virol*, 2020, p.1-6. <https://doi.org/10.1002/jmv.25725>.
29. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Coronavirus Disease 2019 (COVID-19): Highlights of CDC's Response, 2020. https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/cases-updates/summary.html#anchor_1582494216224. (Erişim Tarihi: 29.03.2020).
30. Yu L, Wu S, Hao X, et al. Rapid colorimetric detection of COVID-19 coronavirus using a reverse transcriptional loop-mediated isothermal amplification (RT-LAMP) diagnostic platform: iLACO. *MedRxiv*, 2020 February 24. doi: <https://doi.org/10.1101/2020.02.20.20025874>. [Epub ahead of print].
31. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Coronavirus Disease 2019 (COVID-19): Evaluating and Testing Persons for Coronavirus Disease 2019 (COVID-19), 2020. <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/clinical-criteria.html>. (Erişim Tarihi: 29.03.2020).
32. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Coronavirus Disease 2019 (COVID-19): Interim Clinical Guidance for Management of Patients with Confirmed Coronavirus Disease (COVID-19), 2020. <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/clinical-guidance-management-patients.html>. (Erişim Tarihi: 29.03.2020).
33. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Coronavirus Disease 2019 (COVID-19): Information for Clinicians on Therapeutic Options for COVID-19 Patients, 2020. <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/therapeutic-options.html>. (Erişim Tarihi: 29.03.2020).
34. Wang M, Cao R, Zhang L, et al. (2020). Remdesivir and chloroquine effectively inhibit the recently emerged novel coronavirus (2019-nCoV) in vitro. *Cell Res*, 2020; 30 (3), 269-71. doi: 10.1038/s41422-020-0282-0.
35. Yao X, Ye F, Zhang M, et al. In Vitro Antiviral Activity and Projection of Optimized Dosing Design of Hydroxychloroquine for the Treatment of Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 (SARS-CoV-2). *Clin Infect Dis*, 2020 Mar 9. pii: ciaa237. doi: 10.1093/cid/ciaa237. [Epub ahead of print].
36. Cao B, Wang Y, Wen D, et al. A Trial of Lopinavir-Ritonavir in Adults Hospitalized with Severe COVID-19. *N Engl J Med*, 2020 March 18, 1-13. doi: 10.1056/NEJMoa2001282. [Epub ahead of print].
37. World Health Organization (WHO). Coronavirus disease (COVID-19) advice for the public: When and how to use masks, 2020. <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/advice-for-public/when-and-how-to-use-masks>. (Erişim Tarihi: 02.04.2020).
38. Millar RC. *Journal of Evidence-based Nursing Practice*. *J Evidence-based Nurs Pract*, 2020; 1 (1), 4-8.
39. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Environmental Infection Control Guidelines. Ventilation Specifications: Table B.3. Pressure relationships and ventilation of certain areas of nursing facilities, 2020. <https://www.cdc.gov/infectioncontrol/guidelines/environmental/appendix/air.html#tableb3>. (Erişim Tarihi: 30.03.2020).
40. Li J for Quartz. China is being accused of mistreating coronavirus nurses for propaganda, 2020. <https://qz.com/1804040/chinas-coverage-of-coronavirus-nurses-provokes-backlash/>. (Erişim Tarihi: 01.04.2020).