

E-ISSN 2148-5348
ISSN 1300-0853

sted

'Bilimsel
ve Dostça'

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

MAYIS | MAY
HAZİRAN | JUNE
2021 | 2021
CİLT 30 | VOLUME 30
SAYI 3 | ISSUE 3

3



**Kurucu Editörler / Founding Editors**

Dr. Füsün Sayek

Prof. Dr. Şükrü Hatun

Editör/ Editor

Prof. Dr. Orhan Odabaşı

Yardımcı Editör / Assistant Editor

Dr. Aylin Sena Beliner

Hakem Kurulu / Advisory Board**Acil Tıp / Emergency Medicine**

Doç. Dr. Bülent Erbil

Deri Hastalıkları / Dermatology

Prof. Dr. Ertan Yılmaz

İç Hastalıkları / Internal Medicine

Prof. Dr. Erdal Akalın

Adli Tıp / Forensic Medicine

Prof. Dr. Ümit Biçer

Dr. Durmuş Evcüman

Prof. Dr. Hamit Hancı

Prof. Dr. Aysun Balseven Odabaşı

Tıp Tarihi ve Etik / Medical History and Ethics

Prof. Dr. Berna Arda

Prof. Dr. Nüket Örnek Büken

Prof. Dr. Murat Akova

Prof. Dr. Önder Ergönül

Prof. Dr. Çetin Turgan

Prof. Dr. Serhat Ünal

Aile Hekimliği / Family Medicine

Doç. Dr. Mehmet Özen

Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon / Physical Medicine and Rehabilitation

Doç. Dr. Deniz Erdoğan

Prof. Dr. Yeşim Gökçe Kutsal

Kadın Hastalıkları ve Doğum / Gynaecology and Obstetrics

Prof. Dr. Polat Dursun

Prof. Dr. Haldun Güner

Dr. Görker Sel

Beslenme ve Diyetetik / Nutrition and Dietetics

Prof. Dr. Gülden Pekcan

Doç. Dr. Hülya Yardımcı

Genel Cerrahi / Surgery

Prof. Dr. Osman Abbasoğlu

Prof. Dr. Semih Baskan

Dr. Naki Bulut

Prof. Dr. İskender Sayek

Prof. Dr. Cem Terzi

Kulak Burun Boğaz Hastalıkları / Otorhinolaryngology

Prof. Dr. Orhan Yılmaz

Nöroloji / Neurology

Prof. Dr. Özden Şener

Çocuk Cerrahisi / Paediatric Surgery

Prof. Dr. Onur Özen

Ortopedi ve Travmatoloji/ Orthopaedics

Prof. Dr. Sinan Adıyaman

Prof. Dr. Muharrem Yazıcı

Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları/ Paediatrics

Prof. Dr. Ufuk Beyazova

Dr. Ali Süha Çalikoğlu

Prof. Dr. Zela Ekinci

Prof. Dr. Şükrü Hatun

Prof. Dr. Nural Kiper

Prof. Dr. Serdar Kula

Prof. Dr. Figen Şahin

Dr. Emrah Şeyhoğlu

Prof. Dr. S. Songül Yalçın

Dr. Öğr. Üyesi Yılmaz Yıldız

Dr. Adnan Yüce

Genel Pratisyenlik / General Practice

Dr. Binnaz Başaran

Dr. Remzi Karşı

Dr. Alfert Sağdıç

Dr. Mustafa Sülkü

Dr. Hakan Şen

Dr. Fatih Şua Tapar

Psikiyatri / Psychiatry

Prof. Dr. Berna Uluğ

Prof. Dr. Aylin Uluşahin

Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları/ Paediatric Psychiatry

Prof. Dr. Bahar Gökler

Doç. Dr. Dilşat Foto Özdemir

Halk Sağlığı / Public Health Medicine

Prof. Dr. Gazanfer Aksakoğlu

Prof. Dr. Dilek Aslan

Doç. Dr. Özen Aşut

Prof. Dr. Deniz Çalışkan

Prof. Dr. Muzaffer Eskiocak

Prof. Dr. Sibel Sakarya

Prof. Dr. Şevkat Bahar Özvarış

Prof. Dr. Özlem Sankaya

Tıbbi Farmakoloji / Medical Pharmacology

Prof. Dr. Alper İskit

Tıp Bilişimi / Medical Informatic

Doç. Dr. Arif Onan

Tıp Eğitimi / Medical Education

Prof. Dr. Melih Elçin

Tıp Hukuku / Medical Law

Av. Mustafa Güler

Sahibi ve Sorumlu Yazı İşleri Müdürü / Owner and Responsible Editor

Prof. Dr. Rasime Şebnem Korur

Hazırlık ve Tasarım / Preparation and Design

Dr. Vahdet Mesut Ayan

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

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

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

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

Yayın İdare Merkezi ve İletişim Adresi

Türk Tabipleri Birliği Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi
GMK Bulvarı Şehit Daniş Tunalıgil Sok. No: 2 Kat: 4, 06570 Maltepe/Ankara

Tel: 0 (312) 231 31 79 (pbx) | Faks: 0 (312) 231 19 52 - 53
<http://www.ttb.org.tr/STED/> | sted@ttb.org.tr

Basım Yeri: Printcenter Sultan Selim Mah. Libadiye Sok. No:3 4. Levent 34416 İstanbul

Tel: 0 (212) 371 03 00

Baskı Tarihi: Nisan 2021

Araştırma / Research

- Meme Kanseri Hastalarının Ailesel Öykü Varlığı ile Kanser Tanısı Alma Evresi Arasındaki İlişki
Relationship Between Presence of Familial History of Breast Cancer Patients and
Stage of Cancer Diagnosis
Nermin Eroğlu, İlknur Özkan 152
- Hemşirelik Öğrencilerinin Bakım Odaklı Hemşire-Hasta Etkileşimine Yönelik
Tutum ve Davranışlarının Belirlenmesi
Determination of Nursing Students Attitude and Behavior For Care-Oriented
Nursing-Patient Interaction
Gözde Özsezer, Sibel Karaca Sivrikaya, Merve Ataç 160
- Hemşirelik Öğrencilerinde Covid-19 Korkusu İle Hemşirelik Mesleğine Yönelik Tutum Arasındaki İlişki
The Relationship Between Fear Of Covid-19 And Attitude Towards Nursing Profession
Among Nursing Students
Enes Çalışkan, Maral Kargın, Filiz Ersöğütü 170
- Annelerin Çocuklarına D Vitamini Vermelerini Etkileyen Etmenlerin Belirlenmesi
Determination of Factors That Affect Mothers Giving Vitamin D
Supplements to Their Children
Ayla Açıkgöz, Ayşe Gülay Şahan 181
- Gençlerin Genital Hijyen Tutumlarını Etkileyen Faktörler
Factors Affecting Young People's Genital Hygiene Attitudes
Hülya Türkmen, Emine Nur Karagüzel 190
- Sağlık Eğitimi Alan Üniversiteli Kadın Öğrencilerde Kişiler Arası Şiddetin Sağlık Üzerine Etkisi
Effect Of Interpersonal Violence On Female University Students
Who Receive Health Education In Turkey
Onur Soylu, Fadime Kaya 200

Derleme / Review Article

- İskemik İnmelerde Risk Faktörlerinin Yönetiminde Kılavuz Karşılaştırması
Comparison of Guidelines in Risk Factor Management of Ischemic Stroke
Oğuzhan Fırat, Merve Karakuş, Ethem Murat Arsava, Mehmet Akif Topçuoğlu, Kutay Demirkan 211
- Emzirme Danışmanlığında Hemşirenin Rolü
Role Of Nursing In Lactatin Consultancy
Öznur Tiryaki, Sevin Altınkaynak 218



Kapak Fotoğrafi: Kamile Kurt'un "Krom Madeninde Gün Batımı" adlı eseri. TTBB-Sted 2018 Fotoğraf yarışması arşivinden

Merhaba,

Türkiye’de işyerleri gözetildiğinde yıldırı (mobbing) en sıklıkla sağlık alanında gözleniyor. İkinci sıklıkla yıldırı olayları eğitim kurumlarında ardından üniversitelerde görülüyor. Sonrasında silahlı kuvvetler ve emniyet kurumları geliyor. Bu kurumlarda çalışanların uğradıkları yıldırı sonrasında sağlıkları bozuluyor hatta intiharlar yaşıyor.

Bir işyerinde, bir kişi ya da bir grup tarafından hedef seçilen bir kişi ya da gruba karşı yıldırı uygulanabiliyor. Yıldırıyı yapan “zorba” maruz kalan “kurban” çoğunlukla sessiz kalıp izleyen “seyirciler” arasında yaşıyor.

Yıldırı yöneticiler tarafından çalışanlara uygulanabileceği gibi çalışanların arasında da gerçekleşebiliyor. Kasıtlı yapılıyor. Zorba, kurbanı, pasifize etme ve işten uzaklaştırma amacıyla yıldırı uyguluyor.

Tekrarlanmayan, sistematik yapılmayan kabalık, nezaketsizlik, düzeysizlik gibi eylemler yıldırı olarak tanımlanmıyor. Ancak özellikle bir kişiyi seçerek sistematik olarak kaba davranılıyorsa yıldırı olarak değerlendirmek gerekli.

Sonuçlanan disiplin suçlarına verilen cezalar, yasal zorunluluğu olan; tayin ve geçici görevlendirmeler, işe son verilmesi yıldırı olarak tanımlanmıyor. Ancak örneğin geçici görevlendirmelerin keyfiyetle yapılması, birilerinin cezalandırılması amacıyla yapılması ise yıldırı olarak tanımlanıyor.

Zorbanın çeşitli nedenlerle, haftada en az bir kez ve en az altı ay süreyle, sistemli ve tekrarlanan, insan onuru ile bağdaşmayan, eylem, işlem ve ihmallerle yapılan ve mağdurun ekonomik, psikolojik, fiziksel ve sosyal statüsünde olumsuzluklar oluşturan olayların bütünü yıldırı – bezdiri (mobbing) olarak tanımlanıyor.

Zorba, kurbanı yıldırı uygularken, olaylara tanık olan seyircilerin sessiz kalması zorbayı cesaretlendiriyor. Yaygınlaştırması ve yeni kurbanlar seçmesi için uygun ortam yaratıyor. Zorba, kurbanını yıldırı hedefine ulaştığında, mağduriyetini sonlandırmak için işten ayrıldığında, tayinini isteyip ya da emekli olduğunda yeni kurbanlar seçmekte sistematik zorbalığına devam etmektedir.

Hakkını arayan kurban çoğu kez bir üst yöneticiye başvurduğunda ya beklediği ilgiyi göremiyor ya da kendisi haksız bulunuyor. Çoğunlukla böylesi durumlarda hak arama yollarını bilemediği için ve çevresindeki çalışanlarında desteğini göremediği için mağdur ortamdan kendisini güvende

hissettiği ortama çekiyor, odasına kapanıyor, diğer çalışanlarla iletişimini kesiyor. Bir açıdan zorbanın istediği gerçekleşiyor, kurban yalnızlaşıyor.

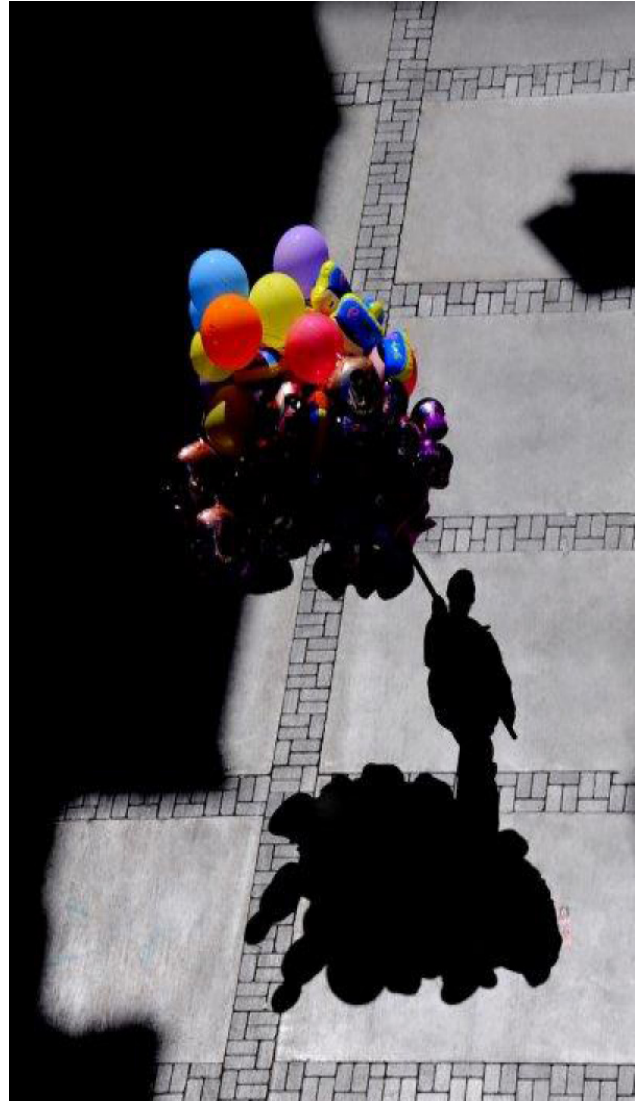
Zorba her fırsatı değerlendiriyor. Kurbanı hakkında söylentiler çıkarıyor. Çalışma motivasyonunu yitiren kurban işe geç kaldığında, hastaların şikayetleri olduğunda soruşturmalar açıyor. Disiplin süreçleri hızla işletiliyor, cezalar veriliyor.

Kurban işlerini aksatan, sorumsuz, iletişim sorunları olan, huysuz, birlikte çalışılması zor olan biri olarak damgalanıyor.

Kurban ya da seyirci olabilirsiniz. Önce farkında olalım yaşananın adını koyalım.

Tanrıyı doğru koyduğumuzda sağaltım ve esenlendirme için ilk adımı atacağız.

Bilimsel ve dostça kalın.



Kapak Fotoğrafi: Kamile Kurt'un "Baloncu" adlı eseri. TTB-Sted 2018 Fotoğraf yarışması arşivinden.

Meme Kanserli Hastaların Ailesel Öykü Varlığı ile Kanser Tanısı Alma Evresi Arasındaki İlişki

Relationship Between Presence of Familial History of Breast Cancer Patients and
Stage of Cancer Diagnosis

Nermin Eroğlu¹, İlknur Özkan²



DOI: 10.17942/sted.720584

Geliş/Received : 15.04.2020
Kabul/ Accepted : 28.05.2021

Öz

Amaç: Meme kanserli hastaların ailesel öykü varlığı ile kanser tanısı alma evresi arasındaki ilişkinin incelenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak planlanmış ve uygulanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Çalışmaya, Ekim-Aralık 2019 tarihleri arasında kemoterapi ünitesine başvuran 144 hasta dahil edilmiştir. Çalışma verileri hastalara araştırma hakkında bilgi verilerek, yüz yüze görüşülerek, anket formu kullanılarak toplanmıştır.

Bulgular: Hastaların %27.8'inin ailesinde meme kanseri öyküsünün olduğu, meme kanseri tanısını en çok II. Evre (%58.3) ve ailesel meme kanseri öyküsüne göre kanser tanılama evrelerinin dağılımı istatistiksel olarak anlamlı ($p=0.000$) ve I. evrede ailesel meme kanseri öyküsü olanlar olmayanlara göre yüksek, IV evrede ise düşük olarak belirlenmiştir. Ailesel meme kanseri öyküsü olanların % 28.2'sinin, olmayanların ise %21.0'ünün kendi kendine meme muayenesinde ilk kez kitleyi fark ettiği ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p=0.000$, $p=0.014$).

Sonuç : Hastaların ailesel meme kanseri öyküsünün olması, meme kanseri tanılama evrelerini, memedeki kitleyi ilk fark etme şekillerini etkilediğini, hastaların ailesel meme kanseri öyküsünü risk faktörü olarak algılamalarının erken dönemde tanılama etkili bir faktör olduğunu düşündürmektedir.

Anahtar sözcükler: Meme kanseri, Aile öyküsü, Kanser tanısı, Evre

Abstract

Objective: It was planned and applied descriptively and cross-sectionally to examine the relationship between the family history of breast cancer patients and the stage of cancer diagnosis.

Material and Method: 144 patients who applied to the chemotherapy unit between October and December 2019 were included in the study.

Results: According to those who had a history of breast cancer in the family of 27.8% of the patients, the diagnosis of breast cancer was mostly II(58.3%) and the distribution of cancer diagnosis stages according to familial breast cancer history ($p = 0.000$) and those who did not have a family history of breast cancer in stage I high, and low in IV stage. It was found that 28.2% of those with a family history of breast cancer, 21.0% of those who did not, were aware of the mass for the first time in self-examination and the difference was statistically significant ($p = 0.000$, $p = 0.014$).

Conclusion: Having a family history of breast cancer suggests that it affects the stages of breast cancer diagnosis, how they first notice the breast mass, and that patients perceive the familial breast cancer history as a risk factor is an effective factor in early diagnosis.

Key words:Breast cancer, Family history, Cancer Diagnosis, Stage

¹Dr. Öğr. Üyesi, Fenerbahçe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü (Orcid no: 0000 0003 4780 3049)

²Dr. Öğr. Üyesi, Akdeniz Üniversitesi, Kumluca Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü (Orcid no: 0000 0002 0826 5682)

Giriş

Dünya’da ve Türkiye’de kadınlarda en sık görülen ve en fazla ölüme neden olan kanser türü olan meme kanserinde1 erken teşhis ile sağ kalım ve tedavi oranı %90 artmaktadır (1). Meme kanseri, Türkiye’de kadınlarda en sık görülen kanser türüdür. 2008 yılında insidans oranı 100.000’de 40.7 iken, bu oran 2014’te 43’e yükselmiştir (2). Türkiye’de meme kanseri görülme sıklığı diğer gelişmekte olan ülkelere benzer, ancak ölüm oranı bu ülkelere göre daha yüksektir (3). Kanserle savaşmanın en iyi yolu, bilinen risk faktörlerini kontrol ederek gelişimini önlemektir. Meme kanseri için en önemli risk faktörleri kadın cinsiyeti, ilerleyen yaş ve aile öyküsüdür. Meme kanserli kadınların birinci derece akrabalarının (anne, kız kardeşi ve kızları) genel popülasyona göre daha yüksek risk altında olduğu ve aile öyküsünün olguların % 5-10’unda rol oynadığı bildirilmektedir(4). Türkiye’de yapılan araştırmalarda %5.4 ile %25.9 arasında değişen(5,6,7,8) genetik risk olduğu bildirilmiştir. Yapılan bir çalışma, tüm yaş gruplarında meme kanseri oranının, meme kanseri olan kadın kız kardeşlerde, ailesel meme kanseri olmayan kadınlara kıyasla daha fazla olduğunu göstermiştir(9). Erken tanı ve tedavi, yüksek riskli gruplarda kansere bağlı ölümlerin önlenmesi ve azaltılmasında çok önemlidir(10, 11). Aile öyküsü değişmez bir risk faktörüdür ve mevcut olduğunda tarama programları ve tıbbi danışmanlık ile erken tanı mümkün olabilir(12).

Aile öyküsü olan ve olmayan kadınlarda fırsatçı tarama programları ve tıbbi danışmanlık ile erken tanı mümkün olabilir (13). Meme kanserinin sık görülmesi, sıklığının giderek artması, erken evrelerde tedavi edilebilir olması ve erken tanılmanın mümkün olması meme kanserinin önemini daha da arttırmaktadır (14).

Ailesel meme kanseri öyküsünün varlığı bireylerin meme kanseri konusundaki risk algılarını etkileyen bir durumdur. Risk algıları, insanların hastalık veya diğer sağlığa zararlı durumlar hakkındaki inançlarını ve duygularını ifade eder ve birçok sağlık davranışı teorisinde merkezi bir rol oynar(15,16). Bu teorilere göre, algılanan risk, hem koruyucu eylemde bulunma motivasyonunun hem de tehdidi hafifletmeye yönelik sağlık davranışlarının daha sonraki performansının önemli bir yordayıcısıdır(17).

Bu noktadan hareketle bu araştırma meme kanserli kadınların meme kanseri tanılama evresi üzerine hastaların ailesel öykü varlığının ilişkisini belirlemek amacıyla planlanmıştır.

Gereç veYöntem

Araştırmanın Tipi

Bu araştırma tanımlayıcı tipte planlanmıştır.

Araştırma soruları

1. Meme kanserli hastalarda ailesel meme kanseri öyküsü var mı?
2. Meme kanserli hastalarda meme kanseri tanılama evresi ile ailesel öykü varlığı arasında ilişki var mı?

Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, İstanbul ilinde özel bir onkoloji hastanesinin kemoterapi ünitesine gelen hastalar oluşturdu. Araştırmada örneklem seçimine gidilmeden, Ekim-Aralık 2019 tarihleri arasında kemoterapi ünitesine başvuran, araştırmaya dahil edilme kriterlerine uyan ve araştırmaya katılmaya gönüllü meme kanseri tanısı konulmuş olan 144 hasta dahil edilmiştir.

Veri Toplama Araçları

Araştırmanın verileri, araştırmacılar tarafından hazırlanan hasta bilgi formu ile toplanmıştır.

Hasta Bilgi Formu: Araştırmacılar tarafından literatür doğrultusunda geliştirilen Hasta Bilgi Formu üç bölümden oluşturuldu. Birinci bölümde, hastaların sosyo-demografik özelliklerini (yaş, eğitimi, medeni durumu, mesleği, yaşadığı yer, birlikte yaşadığı kişiler, gelir düzeyi ve sosyal güvence, ailede kanser öyküsü varlığı) belirlemeye yönelik 9 soru, ikinci bölümde ise hastaların hastalıklarına ilişkin özelliklerini (kanseri türü, süresi, evresi, hastalığı ile ilgili bilgi alma durumu) belirlemeye yönelik 4 soru ve kendi kendine meme muayenesi yapma, klinik meme muayenesi yaptırma, mamografi yaptırma ile ilgili 3 sorudan toplam 16 sorudan oluşmaktadır.

Veri Toplama Yöntemi

Çalışmaya katılan hastalara yüz yüze görüşülerek çalışma hakkında ortalama 10 dakika bilgi verildi ve bilgilendirilmiş onam formu imzalatıldı. Çalışmaya katılan hastaların sorulara eksiksiz yanıt vermeleri istenmiştir.

Verilerin Değerlendirilmesi

Çalışmadan elde edilen bulguların analizi SPSS 21.0 İstatistik paket programı ile değerlendirildi. Tanımlayıcı istatistiksel metotlar (yüzde, ortalama, standart sapma, min-max) yanı sıra ölçümler arası ilişkilerin incelenmesinde veriler normal dağılıma uymadığı için nonparametrik testlerden Ki-kare bağımsızlık testi kullanıldı, $p < 0.05$ anlamlılık düzeyinde değerlendirildi.

Araştırmanın Etiği: Araştırmanın yürütülebilmesi için Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinikler Etik Kurulu (31.10.2019/96) ve çalışmanın yapıldığı özel hastaneden uygulama izni alınmıştır.

Araştırmanın Sınırlılıkları: Bu çalışmanın bazı sınırlılıkları vardır. Çalışma kesitsel olduğu ve tek bir merkezde yapıldığı için çalışmadan elde eden sonuçlar Türkiye'deki tüm meme kanserli hastalar için genellenemez. İkinci bir sınırlılık, meme kanseri tanılama evresini etkileyen birçok faktör olabilir. Bu çalışmada sadece ailesel meme kanseri öyküsü ele alınmıştır. Çalışmanın daha büyük örneklem gruplarında, meme kanseri tanılama evresini etkileyebilecek diğer faktörlerle birlikte ele alınarak incelenmesi önerilmektedir.

Diğer taraftan çalışma, ailesel meme kanseri öyküsünün meme kanseri tanılama evresinde önemini ortaya koyma açısından dikkat çekicidir.

Bulgular

Tablo 1. Hastaların Tanıtıcı Özellikleri

	X±SD (Min-Max)	
Yaş	52.33±10.33 (31-78)	
	N=144	%
Eğitim		
Okur-yazar	11	7.6
İlköğretim	37	25.7
Ortaöğretim	52	36.1
Üniversite	44	30.6
Medeni Durum		
Evli	137	95.1
Bekar	7	4.9
Meslek		
Ev hanımı	73	50.7
Memur	25	17.4
Serbest	20	13.9
Emekli	26	18.1
Yaşanılan Yer		
İl	49	34.0
İlçe	87	60.4
Köy	8	5.6
Gelir Durumu		
Gelir Giderden az	102	70.8
Gelir Gidere eşit	42	29.2
Ailesinde Meme Kanseri Öyküsü		
Evet	39	27.8
Hayır	105	72.2
Kanser Süresi		
1 yıldan az	108	75.0
1-5 yıl	36	25.0
Kanser Evresi		
I. Evre	18	12.5
II. Evre	84	58.3
III. Evre	14	9.7
IV. Evre	28	19.4
Hastalığı ile ilgili bilgi alma durumu		
Evet	144	100.0
Hayır	0	0.0
Meme Kanseri Tarama Davranışları		
Kendi kendine düzenli muayene	33	22.9
Düzenli Klinik muayenesi	20	13.9
Mamografi	10	6.9
Arada aklıma gelirse kendi kendine muayene	10	6.9
Hiç yapmıyordum	71	49.4

Meme kanseri hastalarının yaş ortalamalarının 52.33 ± 10.33 yıl olduğu, %97.2'sinin kadın, %36.1'inin orta öğretim mezunu, %95.1'inin evli, %50.7'sinin ev hanımı olduğu, %60.4'ünün ilçede yaşadığı ve %70.8'inin gelirini giderinden az algıladığı belirlenmiştir. Hastaların %27.8'inin ailesinde meme kanseri öyküsü olduğu, %75.0'unun 1 yıldan daha az süredir tanı aldığı, %58.3'ünün II. evrede kanser tanısı aldığı, tamamının hastalıkları ile ilgili bilgi aldığı, meme kanseri tanısı almadan önce %22.9'unun kendi kendine düzenli meme muayenesi yaptığı belirlenmiştir (Tablo 1).

Hastaların tanı konulan kanser evrelerine göre kanser tanısı alma sürelerinin dağılımına bakıldığında 1 yıldan az süredir tanı alan hastaların %75.9'unun hastalığın II. evresinde olduğu, 1-5 yıldır tanı alanların ise %66.8'inin hastalığın IV. evresinde olduğu belirlenmiştir (Tablo 2). Hastaların tanı konulan kanser evrelerine göre kanser tanısı alma sürelerinin dağılımının istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p=0.000$; Tablo 2)

Tablo 2. Hastaların tanı konulan kanser evrelerine göre kanser tanısı alma sürelerinin dağılımı

	Kanser Süresi			
	1 yıldan az n (%)	1-5 yıl n (%)	Total n (%)	X ² p
Tanı Konulan Kanser Evresi	12 (11.1)	6(16.7)	18(12.5)	78.730 0.000
I. Evre	82(75.9)	2(5.6)	84 (58.3)	
II. Evre	10(9.3)	4(11.1)	14(9.7)	
III. Evre	4 (3.7)	24 (66.8)	28 (19.5)	
IV. Evre				

*X²: Ki kare bağımsızlık testi, †p<0.05

Tablo 3. Hastaların ailesel meme öyküsüne göre tanılanma evreleri ve kitleyi ilk fark etme şekli

	Ailesel Meme Kanseri Öyküsü			X ² p
	Evet n (%)	Hayır n (%)	Total	
I.Evre	8 (20.5)	10(9.5)	18(12.5)	21.004 0.000*
II. Evre	17(43.6)	67(63.8)	84 (58.3)	
III.Evre	10(25.6)	4(3.8)	14(9.7)	
IV. Evre	4 (10.3)	24 (22.9)	28 (19.5)	
Memede Kitleyi ilk Fark Etme Şekli	10 (25.6)	49 (46.7)	59 (40.9)	10.658 0.014*
Tesadüfen dokunduğumda fark ettim	9 (23.1)	23 (21.9)	32 (22.3)	
Eşim cinsel ilişki esnasında fark etti	11 (28.2)	22 (21.0)	33 (22.9)	
Düzenli Meme Muayenesinde Fark ettim	9 (23.1)	11 (10.5)	20 (13.9)	
Düzenli hekim kontrollerimde fark edildi				

*X²: Ki kare bağımsızlık testi, †p<0.05

Hastaların ailesel meme öyküsüne göre tanılanma evreleri incelendiğinde ailesel meme öyküsü olanların %20.5'inin, ailesel meme kanseri öyküsü olmayanların ise %9.5'inin hastalığın I. evresinde tanı konulduğu belirlenmiştir. Ailesel meme kanseri öyküsü olanların % 10.3'ü, ailesel kanser öyküsü olmayanların %22.9'u hastalığın IV. Evresinde tanı konulduğu bulunmuştur. Hastaların ailesel meme kanseri öyküsüne göre kanser tanı alma evrelerin dağılımının istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (p=0.000). Ailesel meme kanseri öyküsü olan hastaların %28.2'sinin, ailesel meme kanseri öyküsü olmayan hastaların ise %21.0'ünün Kendi Kendine Düzenli Meme Muayenesinde ilk kez kitleyi fark ettikleri belirlenmiştir. Hastaların ailesel meme kanseri öyküsüne göre memede kitleyi ilk fark etme şeklinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (p=0.014; Tablo 3).

Tartışma

Bu çalışmada, meme kanseri tanılama evresi üzerine kadınların ailesel meme kanseri öyküsünün varlığı ile ilişkisi incelenmiştir. Türkiye'de kadınların ailesel meme kanseri öyküsünün varlığının meme kanseri tanılama evresi üzerine etkisini inceleyen bir çalışmaya rastlanılmamıştır, bu açıdan literatüre katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Meme kanserli hastaların sosyo-demografik özellikleri incelendiğinde yaş ortalamalarının 52.33 ± 10.33 yıl olduğu, yarıdan fazlasının eğitim durumunun okuryazar ya da ilköğretim mezunu oldukları, tamamına yakın kısmının evli, yarısının ev hanımı olduğu ve büyük çoğunluğunun gelir durumunu kötü olarak tanımladığı belirlenmiştir. Benzer olarak, Çalışkan ve ark. (2017), yaptığı çalışmada meme kanserli kadınların yaş ortalaması 53.8 ± 7.3 , %51.4'ünün ilköğretim mezunu olduğu(15), Çidem ve ark. (2019) çalışmasında da, yaş ortalamasının 49.51 ± 9.29 , %93.0'inin evli, %58.5'inin okuryazar olmadığı, %98.1'inin ev hanımı, %12.0'inin sağlık güvencesinin olmadığı, %23.1'inin gelir durumunun kötü olduğu saptanmıştır(18). Yine Türkiye'de yapılan başka bir çalışmada 813 kadında yapılan çalışmada, okuma yazma bilmeyen, ekonomik gelir düzeyi düşük ve kırsal bölgede oturan hastalarda olumsuz prognostik özelliklere sahip meme kanseri daha fazla oranda bulunmuştur(19). Türkiye dışında da yapılan bazı çalışmalarda, tanı sırasında

sosyoekonomik durum ve meme kanseri evresi ve tanısı sonrası sağ kalımdaki sosyoekonomik eşitsizlikler arasında negatif ilişkiler olduğu bildirilmiştir(20, 21). Çalışmalar, sosyoekonomik ve demografik faktörlerin sağlık hizmetlerine erişimi, kanser farkındalığını ve kadının mamografi taraması, klinik meme muayenesi ve kendi kendine meme muayenesi gibi koruyucu yöntemlere karşı tutumlarını etkileyebileceğini göstermektedir(22,23). Bu çalışmanın örneklemini oluşturan hastaların sosyo-demografik özellikleri de literatürü destekler niteliktedir.

Çalışmada meme kanserli hastaların önemli bir bölümünde (%27.8) ailesinde meme kanseri öyküsü olduğu saptanmıştır. Aile öyküsü ve meme kanseri ilişkisi önemli ve araştırılan bir durumdur (24,25). Sohbet ve ark. (2017)'nin Türkiye'de 2862 kadında yaptığı çalışmada ailede meme kanseri varlığı, tüm risk faktörleri arasında en güçlü belirleyici olarak bulunmuştur. İngiltere'de genel nüfusundan 103.738 kadınla 2002-2013 yılları arasında gerçekleştirilen başka bir kohort çalışmasında aile öyküsü skoru kullanılarak birinci derece aile öyküsü ile ilgili meme kanseri riskini analiz edilmiştir. Aynı çalışmada meme kanseri riski aile öyküsünde kanser olanlarda önemli derecede artmıştır ve ailesinde meme kanseri iki veya daha fazla akrabası olma en güçlü konvansiyonel ailesel risk faktörü olarak belirlenmiş ve kadınların riskinde 2.5 kat (% 95 CI 1.83-3.47) artış gözlenmiştir (26, 27). Yapılan diğer çalışmalarda da ailesinde meme kanseri olanlarda meme kanseri olma riskinin yüksek olduğu belirtilmektedir (22,23). Bu çalışmada da meme kanserli hastalarda ailesel meme kanseri öyküsünün varlığının oranı çalışmalara uyumlu olarak yüksek bulunmuştur.

Çalışmada kadınların çok az bir bölümünün meme kanseri tarama davranışlarını uyguladığı saptanmıştır. Benzer şekilde Türkiye'de yapılan diğer çalışmalarda da kadınların büyük çoğunluğunun kendi kendine meme muayenesi yapmadığı, düzenli klinik muayeneye gitmediği, mamografi çekmediği belirlenmiştir (28, 27). Sohbet ve arkadaşlarının (2014) çalışmasında kadınların %86.7'sinin (27), Şimşek (2012)'in yaptığı çalışmada kadınların %87.2'sinin kendi kendine meme muayenesi yapmadığı belirlenmiştir. Çalışmada tarama davranışlarına katılım oranları, kadınların yarısına yakın

memesindeki kitleyi tesadüfen fark etmelerinin ve önemli bir bölümüne IV. Evrede tanı konulmasının nedenini açıkça göstermektedir (29).

Araştırmada, hastaların tanı konulan kanser evrelerine göre kanser tanısı alma sürelerinin dağılımına bakıldığında 1 yıldan az süredir tanı alan hastaların büyük çoğunluğunun (%75.9) hastalığın II. evresinde olduğu belirlenmiştir (Tablo 2). IV evrede meme kanseri tanısı konulan hastaların oranı da (%19.5) küçümsenmeyecek bir değer olarak belirlenmiştir. Yapılan çalışmalarda genelde meme kanseri tanısı almalarının üzerinden geçen süre 1 yıldan az ve II. Evrede tanı konulduğu belirlenmiştir (30, 31, 32).

Hastaların ailesel meme kanseri öyküsüne göre kanser tanılama evrelerinin dağılımının istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p=0.000$). I. evrede ailesel meme kanseri öyküsü olanlar olmayanlara göre yüksek iken; IV evrede ise ailede meme kanseri öyküsü olanlar olmayanlara göre düşük olarak belirlenmiştir. Bu durum ailesinde meme kanseri öyküsü olanların risk algısının yüksek olması, düzenli tarama davranışlarındaki motivasyonlarının yüksek olmasını sağlayarak erken evrede tanı almalarına neden olmuş olabilir.

Hastaların ailesel meme kanseri öyküsüne göre memede kitleyi ilk fark etme şeklinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p=0.014$). Memedeki kitleyi ilk defa kendi kendine düzenli meme muayenesinde veya düzenli hekim kontrollerinde fark etme oranı ailesinde meme kanseri öyküsü olanlarda daha yüksek olarak belirlenmiştir (Tablo 3). Çalışmalarda da ailede meme kanseri öyküsü olan kadınların kendi kendine muayeneyi daha düzenli gerçekleştirdiğini bildirilmiştir (33, 34). Ailede meme kanseri öyküsünün varlığı kendi kendine meme muayenesinin önemli bir yordayıcısı olarak bulunmuştur (35,36). Kendi kendine meme muayenesi, mamografi ve klinik meme muayenesi, meme kanserinin erken tespiti için tarama yöntemleri olarak kabul edilir (37). Bu çalışmada meme kanserli hastaların genellikle kitleyi ilk fark etme şekilleri üzücü olarak tesadüfen olmuştur ve hastaların meme kanseri tarama davranışları düşük olarak belirlenmiştir. Bu bulgular meme kanserine yönelik farkındalığı artırmak, risk algılarını etkilemek ve tarama

davranışlarına katılımı artırmak için sürekli eğitim programlarına ihtiyaç olduğunu göstermektedir.

Sonuç

Ailesel meme kanseri öyküsünün, hastaların meme kanseri tanılama evrelerini ve memedeki kitleyi ilk fark etme şekillerini etkilediği belirlenmiştir. Ailesinde meme kanseri öyküsü olanların risk algısının yüksek olarak bulunmuştur. Memedeki kitleyi ilk defa kendi kendine düzenli meme muayenesinde veya düzenli hekim kontrollerinde fark etme oranı ailesinde meme kanseri öyküsü olanlarda daha yüksek olarak bulunmuştur. Bu sonuçlar hastaların ailesel meme kanseri öyküsünü bir risk faktörü olarak algılamasının farkındalık düzeylerini ve motivasyonlarını etkileyerek tanılamada etkili bir faktör olduğunu düşündürmektedir.

Bu sonuçlar doğrultusunda; kadınların sağlıklı yaşam tarzı davranışlarını uygulamada kişisel risk algısına ihtiyacı olduğunu ve belirli bir tehdide karşı duyarlı hissedebilmesi için tehdit şiddetini algılayabilmesi gerektiği söylenebilir. Sağlık profesyonelleri tarafından meme kanserinde ailesel öykü ve diğer risk faktörleri açısından farkındalığı artırmada ve sağlık davranışlarını kazandırmada multidisipliner girişimler ve programları geliştirmek, yaygınlaştırmak, kurumsallaştırmak için daha fazla çaba sarf edilmesi gerekmektedir.

İletişim: Dr. Öğr. Üyesi Nermin Eroğlu
E-Posta: nermin.guduloglu@hotmail.com

Kaynaklar

1. Griva, F., Anagnostopoulos, F., Madoglou, S. Mammography screening and the theory of planned behavior: suggestions toward an extended model of prediction. *Women Health* 2009; 49:662-681.
2. The Ministry of Health. Health statics year book 2015. Available from: http://www.sagem.gov.tr/dosyalar/SIY_2015.pdf (Erişim Tarihi: 10.04.2020).
3. Özmen, V. Breast cancer in the world and Turkey. *J Breast Health* 2008; 4:7-12.
4. American Cancer Society. Breast Cancer Risk and Prevention. Available from: <http://www.cancer.org/cancer/breastcancer/detailedguide/breastcancer-risk-factors>.
5. Aslan, FG. The risk of breast cancer at the women. *J Breast Health* 2007; 3:63-68.
6. Kunt, HSR. Determination of breast cancer

- incidence and risk factors in women in Kütahya province: the results of screening for the year 2010- 2011. *J Breast Health* 2013; 9:130-134. [CrossRef]
7. Yılmaz, D., Bebiş, H., Ortağ, T. Determining the awareness of and compliance with breast cancer screening among Turkish residential women. *Asian Pac J Cancer Prev* 2013; 14:3281-3288. (PMID: 23803116) [CrossRef]
 8. Ertem, G., Dönmez, Y.C., Dolgun, E. Determination of the Health Belief and Attitude of Women Regarding Breast Cancer and Breast Self-Exam. *J Breast Health* 2017; 13: 62-66. (PMID: 28435747) [CrossRef]
 9. Rebora, P., Czene, K., Reilly, M. Timing of familial breast cancer in sisters. *J Natl Cancer Inst* 2008; 100: 721-727. (PMID: 18477799) [CrossRef]
 10. Rızalar, S.A.B. Early diagnosis applications of women with breast cancer. *Fırat University Medical Journal of Health Sciences* 2010; 5 73-87.
 11. Yi, M., Park, E.Y. Effects of breast health education conducted by trained breast cancer survivors. *J Adv Nurs* 2012; 68:1100-1110. (PMID: 21880060) [CrossRef]
 12. Başkan, S.K., Arıbal, N., Özyayın, N., Balcı, P., Yavuz, E. Screening and diagnosis in breast cancer (Istanbul breast cancer consensus conference 2010). *J Breast Health* 2012; 8:100-125.
 13. Bertoni, N., de Souza, MC., Crocamo, S., Szklo, M., de Almeida, LM. Is a family history of the breast cancer related to women's cancer prevention behaviors? *Int J Behav Med* 2019; 26:85-90.
 14. Taylan, S., Küçükakça Çelik, G. Ailesel meme kanseri öyküsü olan ve olmayan kadınlarda meme kanseri tanılama davranışları. *Cukurova Med J* 2020; 45(4):1467-1475.
 15. Becker, M.H. The health belief model and sick role behavior. *Health education monographs* 1974; 2(4), 409-419.
 16. Roger, R.W. A protection motivation theory of fear appeals and attitude change1. *The journal of psychology* 1975; 91(1):93-114.
 17. Ferrer, R.A., Klein, W.M., Avishai, A., Jones, K., Villegas, M., Sheeran, P. When does risk perception predict protection motivation for health threats? A person-by-situation analysis. *PloS one* 2018; 13(3).
 18. Çalışkan, İ., Demir Korkmaz, F. Meme Kanseri Cerrahisi Geçiren Kadınların Beden Algıları ve Eş Uyumlarının İncelenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi* 2017; 33:1-15.
 19. Çidem, F., Ersin, F. Kadınların Sosyal Destek ve Öz Etkililik Algılarının Meme Kanseri Erken Tanı Davranışlarına Etkisi. *Koç Üniversitesi Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi* 2019; 16(3):183-190.
 20. Kuzhan, A., Adlı, M. Sosyoekonomik-Kültürel Faktörlerin Meme Kanseri Etkisi. *Meme Sağlığı Dergisi/Journal of Breast Health* 2015; 11(1).
 21. Lundqvist, A., Andersson, E., Ahlberg, I., Nilbert, M., Gerdtham, U. Socioeconomic inequalities in breast cancer incidence and mortality in Europe—a systematic review and meta-analysis. *The European Journal of Public Health* 2016; 26(5):804-813.
 22. Feller, A., Schmidlin, K., Bordoni, A., Bouchardy, C., Bulliard, J.L., Camey, B. SNC and the NICER workinggroup. Socioeconomic and demographic disparities in breast cancer stage at presentation and survival: AS wiss population based study. *International journal of cancer* 2017; 141(8):1529-1539.
 23. Hvidberg, L., Pedersen, A.F., Wulff, C.N., Vedsted, P. Cancer awareness and socio-economic position: results from a population-based study in Denmark. *BMC cancer* 2014; 14(1):581.
 24. Quaiife, S.L., Winstanley K., Robb, K.A. Simon, A.E., Ramirez, A.J., Forbes, L.J., Wardle, J. Socioeconomic inequalities in attitudes towards cancer: an international cancer benchmarking partnership study. *European Journal of Cancer Prevention* 2015; 24(3):253.
 25. Shah, R., Rosso, K., Nathanson, S.D. Pathogenesis, prevention, diagnosis and treatment of breast cancer. *World J Clin Oncol* 2014; 5(3):283-298.
 26. Türkan, A., Kara, B., İnan, A. Meme Kanseri Tanısı Konmuş Kadınlarda Risk Faktörlerinin Güncel Veriler Işığında Gözden Geçirilmesi. *Florence Nightingale Tıp Dergisi* 2016; 2(3):186-194.
 27. Sohbet, R., Karasu, F. Kadınların Meme Kanseri Yönelik Bilgi, Davranış ve Uygulamalarının İncelenmesi. *GÜSB D* 2017; 6(4):113-121.
 28. Brewer, H.R., Jones, M.E., Schoemaker, M.J., Ashworth, A., Swerdlow, AJ., Family history and risk of breast cancer: An analysis accounting for family structure. *Breast Cancer Res Treat* 2017; 165:193–200.
 29. Ersin, F., Bahar, Z. Sağlığı Geliştirme Modelleri'nin Meme Kanseri Erken Tanı Davranışlarına Etkisi: Bir Literatür Derlemesi 2012.
 30. Gözüm, S, Karayurt, Ö, Aydın, İ. Meme Kanseri Taramalarında Champion'un Sağlık İnanç Modeli Ölçeğinin Türkçe uyarlamalarına ilişkin Sonuçlar. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi* 2004; 1:71-85.
 31. Şimşek, Z. Mevsimlik Tarım İşçilerinin ve Ailelerinin İhtiyaçlarının Belirlenmesi Araştırması Ankara, 2012.
 32. Bair, M.J., Poleshuck, E.L., Wu, J., Krebs, E., Damush, TW., Kroenke, K. Anxiety but not social stressors predict 12-month depression and pain severity. *Clinical Journal of Pain* 2013; 29:95-101.

33. Goli, F., Scheidt, C.E., Gholamrezaei A., Farzanegan M. The role of locus of control and attributional style in coping strategies and quality of life among Iranian breast cancer and colorectal cancer patients: A pilot study. *International Journal of Body Mind and Culture* 2014; 1(1):65-72.
34. Kang, J.I., Sung, N.Y., Park, S.J., Lee, C.G., Lee, B.O. The epidemiology of psychiatric disorders among women with breast cancer in South Korea: Analysis of national registry data. *Psycho-Oncology* 2013; 23(1):35-39.
35. Karayurt, O., Dramal, A. (2007). Adaptation of Champion's Health Belief Model Scale for Turkish women and evaluation of the selected variables associated with breast self-examination. *Cancer Nursing* 2007; 30(1):69-77.
36. Cavdar, I., Akyolcu, N., Özbaş A., Öztekin, D., Ayoğlu, T., Akyuz, N. Determining female physicians' and nurses' practices and attitudes toward breast self-examination in Istanbul, Turkey. In *Oncology Nursing Forum, Oncology Nursing Society* 2007; 34(6):12-18.
37. Abolfotouh, M.A., Ala'a, A.B., Mahfouz, A.A., Al-Assiri, M.H., Al-Juhani, AF, Alaskar, A.S. Using the health belief model to predict breast self examination among Saudi women. *BMC Public Health* 2015; 15(1):11-63.

Öz

Amaç: Bu çalışma, hemşirelik öğrencilerinin bakım odaklı hemşire-hasta etkileşimine yönelik tutum ve davranışlarının belirlenmesi amacıyla yapıldı.

Yöntem: Tanımlayıcı tipteki araştırma, Bandırma Onyedi Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü'nde 2017-2018 Bahar Yarıyılında 2., 3. ve 4. sınıfta öğrenim gören öğrencilerle yürütüldü. Araştırmada örneklem seçimine gidilmeyip evrenin tamamı (n=230) araştırmaya dahil edildi. Araştırma 210 öğrenci ile tamamlandı. Veriler, sosyodemografik bilgi formu ve Bakım Odaklı Hemşire-Hasta Etkileşimi Ölçeği (BOHHEÖ) kullanılarak toplandı. Ölçeği geliştiren araştırmacıdan ölçeği kullanma izni, kurumdan yazılı izin ve araştırmaya katılan öğrencilerden sözlü izin alındı. Verilerin analizi SPSS 25.0 istatistik programı ile sayı-yüzdeleri dağılımları, Mann-Whitney U, Kruskal Wallis, ANOVA testleri kullanılarak yapıldı.

Bulgular: Öğrencilerin BOHHEÖ'nün önemlilik, yeterlilik ve uygulanabilirlik boyutu toplam puan ortalamaları sırasıyla 287.72±40.01, 256.12±42.12 ve 255.68±44.95 olarak bulundu. Öğrencilerin cinsiyetine göre önemlilik ve yeterlilik boyutu; hemşirelik mesleğini seçme nedenine göre önemlilik boyutu; hasta ile ilişkilerinde güçlü yaşama durumuna göre önemlilik, yeterlilik ve uygulanabilirlik boyutu; sosyal ilişkilerinde güçlü yaşama durumuna göre uygulanabilirlik boyutu toplam puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olduğu belirlendi (p<0.05). İkinci sınıf öğrencilerinin hümanizm, umut, yardım edici ilişki, duyguların ifade edilmesi, sorun çözme ve gereksinimler alt boyutu için ölçek-yeterlilik düzeyi puan ortalamalarının diğer sınıflardan anlamlı derecede yüksek olduğu görüldü (p<0.05). Üçüncü sınıf öğrencilerinin duyarlılık alt boyutu için ölçek önemlilik, yeterlilik ve uygulanabilirlik düzeyleri puan ortalamalarının, ikinci ve dördüncü sınıf öğrencilerin puan ortalamalarından anlamlı derecede yüksek olduğu görüldü (p<0.05).

Sonuç: Öğrencilerin bakım odaklı hemşire-hasta etkileşimine ilişkin tutum ve davranışlarının olumlu yönde olduğu görülmüştür. Hemşirelik eğitimi planlanırken, öğrenci hemşirelere hastayla yapıcı ve etkin bir etkileşim içerisine girerek ve bakımın manevi boyutunu da göz ardı etmeyerek bireyi bütüncül olarak ele alma becerileri kazandıracak şekilde geliştirilmesi önerilebilir.

Anahtar sözcükler: Bakım, öğrenci hemşire, hemşire-hasta etkileşimi, tutum

Abstract

Objective: This study was conducted to determine nursing students' attitudes and behaviors towards care-oriented nurse-patient interaction.

Method: The descriptive type of research was conducted with the students of Bandırma Onyedi Eylül University, Faculty of Health Sciences, Department of Nursing in the 2017-2018 Spring Semester in the 2nd, 3rd and 4th grade. Sample selection was not used in the study, and the entire population (n=230) was included in the study. The research was completed with 210 students. Data were collected using the sociodemographic information form and the Care-Oriented Nurse-Patient Interaction Scale. Permission to use the scale was obtained from the researcher who developed the scale, written permission from the institution and verbal permission from the students participating in the study. The analysis of the data was performed using the SPSS 25.0 statistical program, number-percentage distributions, Mann-Whitney U, Kruskal Wallis, ANOVA tests.

Results: The students' total mean scores for the dimension of significance, adequacy, and applicability of Care-Oriented Nurse-Patient Interaction Scale were found as 287.72±40.01, 256.12±42.12 and 255.68±44.95, respectively. Importance and sufficiency dimension according to the gender of the students; significance dimension according to the reason to choose the nursing profession; importance, adequacy, and applicability according to the situation of having difficulties in relations with the patient; It was determined that there is a statistically significant difference between the total score averages of applicability dimension according to the situation of having difficulties in social relations (p<0.05). The mean scores of the 2nd grade students for humanism, hope, helpful relationship, expression of feelings, problem solving and needs sub-dimension were significantly higher than the other grades (p<0.05). For the sensitivity sub-dimension of third grade students, it was observed that the mean scores of the scale significance, competence and applicability levels were significantly higher than the mean scores of the second and fourth grade students (p<0.05).

Conclusion: Students' attitudes and behaviors towards care-oriented nurse-patient interaction were found to be positive. When planning nursing education, it can be suggested that student nurses develop the skills of taking a holistic approach to the individual by interacting with the patient in a constructive and effective manner and not ignoring the spiritual dimension of care.

Key words: Care, student nurse, nurse-patient interaction, attitude

¹ Arş. Gör., Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü (Orcid no: 0000-0003-4352-1124)

² Doç. Dr., Balıkesir Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü (Orcid no: 0000-0001-5271-7757)

³ Öğr. Gör., Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi (0000-0001-9556-0737)

Giriş

Hemşirelik, insanın hayatı boyunca sağlık ve hastalığa verdiği cevapları, bütüncül bir bakış açısı ile anlamaya ve hastalığa özgü bakımı, bilim ve sanata dayalı sunumunu sağlamıştır (1). Hemşire bakım için sağlık ekibinin önemli bir parçası olmakla birlikte hemşire-hasta arasındaki etkileşimi ve iletişim gereksinimlerini önemli ölçüde karşılamaktadır (2,3). Hemşirelik mesleğinde insana yardım etmede temel amaç, karşılıklı güvene dayalı bir iletişim ve etkileşim içinde hizmet verilen bireyi tanımak, bakım gereksinimlerini tanımlamak ve sonuçta sorunları ile daha etkin baş edebilir, gereksinimlerini karşılayabilir hale gelmesini sağlamaktır (4). Hemşirenin yardım etmedeki amacı bireye ulaştırabilmesinde en etkili yol hasta ile olan etkileşimidir (5,6).

Hemşirelik biliminde dijitalleşme ve yeni teknolojiler çağı ortaya çıkmış olup, bu bağlamda hemşirelik bakımının da dijitalleşme olasılığı bulunmaktadır. Dolayısıyla hemşire-hasta ilişkisinin göz ardı edildiği gerçeğinin de dikkate alınması gerekmektedir (7,8). Bu bağlamda, hemşirelik bakımının insancillaştırılması, sağlıklı/ hasta bireylerin güçlü yönlerinin doğrudan etkileşim yoluyla belirlenmesi; anlayarak, yardım etmeye yönelik eylemleri uygulayarak bütünsel bakım verilmesi anlamına gelmektedir (4,9,10). Süreç, hemşire-hasta ilişkisi içerisinde, iletişim aracılığı ile gerçekleştiği için iyi bir iletişim ve kişilerarası ilişkiler becerisi gerektirmektedir.

Bu yüzden etkileşim kavramı, hemşirelik literatüründe çoğu zaman, kişilerarası ilişkiler ve iletişim kavramları ile de ifade edilmektedir (2,11). Hemşire-hasta ilişkisi, hemşirelerin sahip olması gereken empati, aktif dinleme, koşulsuz kabullenme gibi becerileriyle de karakterize edilmektedir (2,12). Literatür, hasta merkezli bir yaklaşım uygulandığında hemşirelerin ve hastaların iyi iletişim kurabileceklerini ve bunun pozitif hemşire-hasta ilişkilerinin temel bir bileşeni olduğunu öne sürmektedir. Bu nedenle, hemşirelerin etkili etkileşim becerilerine sahip olmalarını sağlamak, hasta memnuniyetini ve olumlu bakım sonuçlarını desteklemede önem arz etmektedir (12,13). Olumlu hasta bakımı sonuçları, hemşirelerin hastalarının yaşam deneyimlerini anlamalarının yanı sıra, hastaların sağlık beklentilerine karşılık gelen

hemşirelik bakımı sağlama yeteneklerinden kaynaklanmaktadır (14).

Klinik eğitim sırasında hasta birey ile kurulan etkileşim, özellikle, hemşirelik öğrencisinin kişisel ve profesyonel gelişiminde önemli bir yere sahiptir (15). Karaöz (2003)'ün hemşirelik öğrencilerinin bakımı algılayışlarına yönelik çalışmasında, öğrenciler bakımı, çoğunlukla profesyonel/yardımcı edici ilişki şeklinde tanımlamışlardır. Ayrıca, bu ilişkinin temel elementlerinin saygı, şefkat, ilgi ve iletişim olduğunu belirtmişlerdir. İletişimin bireyi duygusal yönden desteklemek ve bakıma katılımını sağlamak adına önemli bir araç olduğu da vurgulanmıştır (16). Bu bağlamda hemşirelik öğrencilerinin eğitim sürecinde istedik tutum ve davranışları edinmesi ve mesleki gelişimin sağlanması ve uygulamaya yansıtılması açısından bakım odaklı hemşire-hasta etkileşimine yönelik tutum ve davranışlarının değerlendirilmesi önemlidir. Bu konuda yapılan çalışma sonuçlarının, hemşirelik eğitimin programlarının bakım sürecinde hasta-hemşire etkileşimi konusunda öğrencilere kazandırdığı bilgi beceri ve tutumların belirlenmesine katkıda bulunacağı düşünülmektedir (17-19).

Bu çalışma, hemşirelik öğrencilerinin bakım odaklı hemşire-hasta etkileşimine yönelik tutum ve davranışlarının belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

Gereç ve Yöntem

Araştırmanın Tipi

Bu araştırma tanımlayıcı tiptedir.

Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Bandırma Onyedi Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü'nde 2017-2018 Bahar Yarıyılında 2., 3. ve 4. sınıfta öğrenim gören öğrenciler üzerinde yapıldı. Birinci sınıf öğrencilerinin klinik uygulama deneyimi olmadığı için araştırmanın dışında tutuldu.

Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmada örneklem seçimine gidilmeyip evrenin tamamı (n=230) araştırmaya dahil edildi. Ancak çalışmaya katılmayı kabul etmeyen ve eksik form dolduran 20 öğrenci araştırmanın dışında bırakıldığından çalışma 210 öğrenci ile tamamlandı.

Verilerin Toplanması

Veriler 1 Ekim 2017-30 Kasım 2017 tarihleri

arasında toplandı. Anket uygulaması yaklaşık 15-20 dakikalık bir sürede yüz yüze görüşme tekniği ile toplandı.

Veri Toplama Araçları

Veriler toplanırken araştırmacılar tarafından literatür doğrultusunda geliştirilen sosyodemografik bilgi formu ve Bakım Odaklı Hemşire-Hasta Etkileşimi Ölçeği (BOHHEÖ) kullanıldı.

Sosyodemografik Bilgi Formu: Araştırmacılar tarafından geliştirilen "Sosyodemografik Bilgi Formu" cinsiyet, yaş, öğrenim gördükleri sınıf, hemşirelik mesleğini seçme nedeni, ilişkilerinde veya hastayla iletişimde güçlük yaşama durumu vb. soruları içermektedir.

Bakım Odaklı Hemşire-Hasta Etkileşimi Ölçeği (BOHHEÖ): Ölçeğin geçerlik ve güvenilirliği Yalçın Atar ve Atabek Aştı tarafından (2012) yapılmıştır (9). Ölçeğin üç alt boyutu vardır ve her üç alt boyutu için 70 maddelik BOHHEÖ'nün her bir alt boyutundan alınabilecek en düşük puan 70, en yüksek puan ise 350'dir. Ölçeğin Cronbach Alfa güvenilirlik katsayısı önemlilik, yeterlilik, uygulanabilirlik boyutları için sırasıyla 0,99, 0,98, ve 0,99 olarak ifade edilmiş olup BOHHEÖ'nden alınan puan arttıkça, öğrencilerin bakım odaklı hemşire-hasta etkileşimine ilişkin tutum ve davranışları olumlu yönde arttığı şeklinde değerlendirilmiştir. BOHHEÖ'nin Hümanizm, Umut, Duyarlılık, Yardım edici ilişki, Duyguların ifade edilmesi, Sorun çözme, Öğretim, Çevre, Gereksinimler ve Maneviyat olmak üzere 10 alt ölçeği bulunmaktadır. Ölçekte yer alan alt boyutlar için "önemlilik", "yeterlilik" ve "uygulanabilirlik" düzeyine ilişkin puanlama yapılmaktadır. Ölçekte yer alan maddelerin ne derecede önemli olduğu ne kadar yeterli ve uygulanabilir olduğu ayrı ayrı 5'li likert tipi ölçek (1=hiç, 2=biraz, 3=orta derecede, 4=çok, 5=son derece) üzerinde puanlanarak ölçeğin "önemlilik", "yeterlilik" ve "uygulanabilirlik" düzeylerine ilişkin puanlar elde edilmektedir. Ölçeği geliştiren araştırmacıdan yazılı olarak ölçeği kullanma izni alınmıştır.

Verilerin Değerlendirilmesi

Veriler SPSS 25.0 istatistik programı ile analiz edilerek değerlendirmede sayı-yüzdeler dağılımları, Mann-Whitney U, Kruskal Wallis,

ANOVA testleri kullanıldı.

Araştırmanın Etik Yönü

Bandırma Onyediy Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi'nden yazılı izin, ölçeği geliştiren araştırmacılar tarafından izin ve anketler uygulanmadan önce katılımcılardan bilgilendirilmiş onam alındı.

Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın yapıldığı tarihlerde, devamsızlık yapan ve eksik form dolduran öğrencilerin verilerinin çalışma kapsamı dışında tutulması; çalışmanın Bandırma Onyediy Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi'nde öğrenim gören, araştırmaya katılmayı kabul eden öğrenciler ile yapılması araştırmanın sınırlılıklarındandır.

Bulgular

Öğrencilerin yaş ortalaması $20,61 \pm 2,01$, %81,4'ü kadın ve %41'i 2.sınıf, %30,8'i 3.sınıf, %28,2'si 4. sınıfta öğrenim görmektedir. Katılımcıların %41,0'ı hemşirelik mesleğini sevdiği için seçtiğini, %61,2'si hasta ile ilişkilerinde güçlük yaşadığını ifade etmişlerdir. Öğrencilerin %12'si kendisi hasta olarak bakım alma deneyimi yaşadığını, %32,8'i bir yakınının bakımına katıldığını ve %12,3'ü bir yakınının yanında hastanede refakatçi olarak kaldığını belirtmiştir (Tablo 1).

Tablo 1. Öğrenci hemşirelerin sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımı (n=210)		
Özellikler	Sayı	%
Yaş (Ort ±ss) (20.61±2.01)		
Cinsiyet		
Kadın	171	81,4
Erkek	39	18,6
Sınıf		
2	85	41,0
3	65	30,8
4	60	28,2
Hemşirelik mesleğini seçme nedeni		
Sevdiği için	86	41,0
İş garantisi olduğu için	54	25,7
Ailesi istediği için	70	33,3
Hasta ile ilişkilerde güçlük yaşama durumu		
Evet	129	61,4
Hayır	81	38,6
Hasta bir birey olarak bakım alma deneyimi yaşama durumu		
Evet	25	11,9
Hayır	185	88,1
Bir yakınının bakımına katılma durumu		
Evet	69	32,8
Hayır	141	67,2
Hastanede bir yakınının refakatçisi olarak kalma durumu		
Evet	26	12,3
Hayır	184	87,7
Hasta veya yakınıyla olumsuz bir deneyim yaşama durumu		
Evet	121	57,6
Hayır	89	42,4
TOPLAM	210	100,0

Öğrencilerin BOHHEÖ'nün önemlilik, yeterlilik ve uygulanabilirlik boyutu toplam puan ortalamaları sırasıyla 287,72±40,01, 256,12±42,12 ve 255,68±44,95 olarak bulunmuştur. Öğrencilerin ölçek alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları Tablo 2'de sunulmuştur.

Sosyodemografik özelliklere göre ölçek toplam puan ortalamaları incelendiğinde; öğrenci hemşirelerin yaşları ile bakım odaklı hasta-hemşire etkileşimin önemlilik ve yeterlilik boyutu arasında, negatif yönde ve çok zayıf bir ilişki olduğu, cinsiyete göre önemlilik ve yeterlilik boyutu; hemşirelik mesleğini seçme nedenine göre önemlilik boyutu; hasta ile ilişkilerinde güçlük yaşama durumuna göre önemlilik, yeterlilik ve

uygulanabilirlik boyutu toplam puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). İkinci sınıf öğrencilerinin hümanizm, umut, yardım edici ilişki, duyguların ifade edilmesi, sorun çözme ve gereksinimler alt boyutu için ölçek-yeterlilik düzeyi puan ortalamalarının diğer sınıflardan anlamlı derecede yüksek olduğu görülmüştür ($p<0,05$). Üçüncü sınıf öğrencilerinin duyarlılık alt boyutu için ölçek önemlilik, yeterlilik ve uygulanabilirlik düzeyleri puan ortalamalarının, ikinci ve dördüncü sınıf öğrencilerin puan ortalamalarından anlamlı derecede yüksek olduğu görülmüştür ($p<0,05$). Öğrenci hemşirelerin sosyo-demografik özellikleri ve BOHHEÖ puanlarının karşılaştırılması Tablo 3'te verilmiştir.

Tablo 2. Öğrenci hemşirelerin bakım odaklı hemşire hasta etkileşimi ölçeği (BOHHEÖ) puan ortalamaları

Ölçek ve Alt Boyutları	Madde sayısı	Puan aralığı	Önemlilik		Yeterlilik		Uygulanabilirlik	
			Ort.±ss	Min-Maks	Ort.±ss	Min-Maks	Ort.±ss	Min-Maks
Hümanizm	6	6-30	25.43±3.12	15-30	22.12±3.78	13-30	21.03±3.78	14-30
Umut	7	7-35	29.27±3.99	16-35	25.42±3.37	17-35	26.12±3.83	15-35
Duyarlılık	6	6-30	22.24±3.71	14-30	19.22±3.92	12-30	20.18±3.91	13-30
Yardım edici ilişki	7	7-35	28.47±4.54	25-35	24.38±3.82	22-35	26.11±5.47	21-35
Duyguların ifade edilmesi	6	6-30	25.73±4.61	14-30	19.64±5.17	12-30	21.36±4.66	17-30
Sorun çözme	6	6-30	27.43±3.19	14-30	18.93±3.47	14-30	20.34±3.31	15-30
Öğretim	9	9-45	41.24±4.93	26-45	32.39±5.61	23-45	32.12±5.47	17-45
Çevre	7	7-35	34.12±3.81	24-35	25.12±4.16	17-35	24.24±4.75	22-35
Gereksinimler	10	10-50	35.29±4.83	25-50	45,79±3,80	30-50	42,20±3,66	32-50
Maneviyat	6	6-30	18.50±3.28	17-30	23.11±5.02	14-30	21.98±6.11	16-30
Ölçek toplam	70	70-350	287.72±40.01	190-350	256.12±42.12	174-350	255.68±44.95	182-350

Ort.: Ortalama; ss: Standart sapma; Min: Minimum; Maks: Maksimum

Tablo 3. Öğrenci hemşirelerin sosyo-demografik özellikleri ve BOHHEÖ puanlarının karşılaştırılması (n=210)

*p>0,05

Değişkenler	n	%	Önemlilik	Yeterlilik	Uygulanabilirlik
			X+ss	X+ss	X+ss
Yaş (Ort±ss)	210	(20,61±2,01)	r= -0,009 p= 0,672	r= -0,004 p= 0,607	r= 0,056 p= 0,871*
Cinsiyet					
Kadın	171	81,4	324,31±42,18	269,18±41,15	271,12±45,91
Erkek	39	18,6	272,75±41,83	281,72±39,66	241,36±46,72
Test ve p değeri			t= 3,12 p= 0,001	t= 1,19 p= 0,03	t= 1,29 p= 0,21*
Sınıf					
2	85	41,0	299,68±32,20	284,66±41,01	264,22±38,65
3	65	30,8	302,13±36,23	271,93±41,68	253,32±36,95
4	60	28,2	324,67±41,35	283,17±29,09	289,12±43,54
Test ve p değeri			F=4,986 p= 0,004	F= 1,854 p=0,218	F= 0,428 p=0,567*
Hemşirelik Mesleğini Seçme Nedeni					
Sevdiği için	86	40,9	321,19±35,67	292,93±36,13	281,93±26,14
İş garantisi olduğu için	54	25,7	311,11±38,27	266,54±40,02	279,34±50,51
Ailesi istediği için	70	33,3	298,26±42,33	255,78±39,98	281,12±38,91
Test ve p değeri			t= 1,79 p= 0,032	t= 2,89 p= 0,12	t= 1,8 p= 0,38*
Hasta ile ilişkilerde günlük yaşama durumu					
Yaşayan	129	61,4	284,87±47,69	266,43±44,78	250,01±42,34
Yaşamayan	81	38,6	302,77±42,46	279,12±40,05	269,42±54,16
Test ve p değeri			t= 2,61 p= 0,01	t= 4,82 p= 0,00	t=3,11 p= 0,00
Hasta bir birey olarak bakım alma deneyimi yaşama durumu					
Bakım alan	25	11,9	309,78±40,21	276,94±40,55	263,46±39,79
Bakım almayan	185	88,1	311,86±46,64	273,84±39,67	265,08±49,23
Test ve p değeri			t= 0,896 p= 0,34	t=1,103 p=0,35	t=0,034 p=0,95*
Hastanede bir yakınının refakatçisi olarak kalma durumu					
Kalan	26	12,3	323,46±42,18	289,18±36,11	290,71±44,18
Kalmayan	184	87,7	352,12±37,21	275,44±44,33	267,77±43,38
Test ve p değeri			t=0,352 p= 0,68	t=0,652 p=0,56	t=0,654 p=0,52*

Tartışma

Bu çalışmada hemşirelik öğrencilerinin bakım odaklı hemşire-hasta etkileşimine yönelik tutum ve davranışlarına ilişkin bulgular tartışılmıştır. Çalışmaya katılan öğrencilerin %40,9'u hemşirelik mesleğini sevdiği için tercih ettiğini belirtmiştir. Yapılan çalışmalarda da öğrencilerin hemşirelik mesleğini isteyerek tercih etmeleri mesleğin gelişimi ve profesyonel olarak ilerlemesi açısından oldukça önemli olduğu belirtilmektedir (20-22).

Öncesinde yaşanan bakım alma deneyimleri, yakınının bakımına katılma deneyimi hemşirelerin bakım algılarını ve davranışlarını etkileyebilmektedir (16). Bu çalışmada da öğrencilerin büyük bir çoğunluğu daha önce hasta bir birey olarak bakım alma deneyimi yaşamadığını, %67,2'si daha önce bir yakının bakımına katılmadığını, %87,7'sinin de hastanede bir yakının refakatçisi olarak kalmadığını belirtmiştir. Fakat yapılan bazı çalışmalarda hemşirelik mesleğine girmeden önce bakım verme ya da bakım alma deneyimi olan öğrencilerin bakım davranışları algılarının anlamlı şekilde daha yüksek olduğu, hasta birey ile bakım ilişkisi içerisine girme becerisini geliştirdiği ve öğrencilerin daha önce yaşadıkları bakım deneyimlerinin bakım davranışlarına olumlu yansıtıldığı saptanmıştır (22,23).

Araştırmaya katılan öğrenci hemşirelerin bakım odaklı hemşire hasta etkileşimi ölçeği puan ortalamalarına bakıldığında önemlilik puan ortalamalarının $287,72 \pm 40,01$, yeterlilik puan ortalamalarının $256,12 \pm 42,12$ ve uygulanabilirlik puan ortalamalarının $255,68 \pm 44,95$ olduğu bulunmuştur. Öğrenci hemşirelerin ölçeğin üç boyutundan aldıkları toplam puanların yüksek olduğu görülmektedir. Zaybak ve arkadaşlarının (2014) hemşirelik öğrencileriyle ($n=253$) yürüttüğü çalışmada Öğrenci hemşirelerin BOHHEÖ'nin önemlilik, yeterlilik ve uygulanabilirlik boyutları toplam puan ortalamaları sırasıyla $308,64 \pm 43,32$, $272,60 \pm 43,86$, $262,93 \pm 52,46$ olarak belirtilmektedir (17). Kalender ve arkadaşlarının (2016) bir hemşirelik yüksek okulunda yaptığı çalışmada ($n=200$) öğrencilerin BOHHEÖ'den aldıkları puanların; önemlilik için $337,63 \pm 23,8$, yeterlilik için $293,41 \pm 34,99$, uygulanabilirlik için ise $290,85 \pm 42,11$ olduğu belirtilmektedir (18). Bayraktar ve Eşer'in (2017) bir üniversite

hastanesinde çalışan hemşirelerle yaptığı çalışmada ($n=1350$) hemşirelerin BOHHEÖ'nün önemlilik, yeterlilik ve uygulanabilirlik boyutlarının toplam puan ortalamalarının sırasıyla $296,75 \pm 39,95$, $265,07 \pm 46,12$ ve $241,39 \pm 48,95$ olduğu ifade edilmektedir (24). Yılmaz ve Gökdele Çınar'ın (2017) hemşirelik son sınıf öğrencileriyle yaptığı çalışmada ($n=57$) BOHHEÖ'nin önemlilik, yeterlilik ve uygulanabilirlik boyutları için toplam puan ortalamaları sırasıyla $326,56 \pm 24,17$, $287,43 \pm 44,05$, $276,89 \pm 43,96$ olarak gösterilmektedir (19). Erzincanlı ve Yüksel'in (2018) hemşirelik öğrencileriyle ($n=258$) yaptığı çalışmada BOHHEÖ'den aldıkları puan ortalamaları, önemliliği boyutunda $310,55 \pm 40,72$, yeterlilik boyutunda $274,83 \pm 39,01$ ve uygulanabilirlik boyutunda $266,26 \pm 44,85$ olarak saptanmıştır (25). Kaçmaz ve Çam'ın psikiyatri hastalarına bakım veren hemşirelerle ($n=291$) yaptığı çalışmada ise, hemşireleri BOHHEÖ'den aldıkları ortalama puanlara bakıldığında, önemlilik boyutundan $313,08 \pm 30,45$, yeterlilik boyutundan $283,79 \pm 37,43$ ve uygulanabilirlik boyutundan $268,01 \pm 47,65$ puan aldıkları görülmektedir (26). Bu araştırmanın bulgularıyla paralel olan literatür doğrultusunda hemşirelik öğrencilerinin bakım odaklı hemşire-hasta etkileşimine ilişkin tutum ve davranışlarının olumlu olduğu söylenebilir.

Bu çalışmada sosyodemografik özelliklere göre ölçek toplam puan ortalamaları incelendiğinde; öğrenci hemşirelerin yaşları ile bakım odaklı hasta-hemşire etkileşimin önemlilik ve yeterlilik boyutu arasında, negatif yönde ve çok zayıf bir ilişki olduğu, cinsiyete göre önemlilik ve yeterlilik boyutu; hemşirelik mesleğini seçme nedenine göre önemlilik boyutu; hasta ile ilişkilerinde güçlük yaşama durumuna göre önemlilik, yeterlilik ve uygulanabilirlik boyutu toplam puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). Kalender ve arkadaşlarının (2016) sosyodemografik ve etkileşime yönelik özelliklere göre ölçek alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılmasında bir yakınının yanında refakatçi olarak kalanların, hümanizm alt boyutu için ölçek-önemlilik düzeyi ve ölçek-yeterlilik düzeyi maneviyat alt boyut puan ortalamaları ve hastalık nedeniyle hastaneye yatma durumu ile hümanizm, umut ve duyarlılık alt boyutları için ölçek-yeterlilik düzeyi puan ortalamalarının anlamlı derecede

yüksek olduğu belirtilmektedir (18). Zaybak ve arkadaşlarının (2014), BOHHEÖ ile yaptıkları çalışmada öğrenci hemşirelerin yaşları ile ölçeğin tüm alt ölçeklerinin önemlilik ve yeterlilik boyutu toplam puan ortalamaları arasında çok zayıf, negatif yönde ve anlamlı bir ilişki olduğu, cinsiyetlerine göre BOHHEÖ'nin tüm alt ölçeklerinin önemlilik ve yeterlilik boyutları ve hemşirelik mesleğini seçme nedenine göre önemlilik boyutu toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu ifade edilmektedir (17). Bayraktar ve Eşer'in çalışmasında (2017) yaş gruplarına göre, BOHHEÖ'nin tüm alt ölçeklerinin önemlilik, yeterlilik ve uygulanabilirlik boyutları toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu belirtilmektedir (24). Yılmaz ve Gökdere Çınar'ın (2017) çalışmasında ise öğrencilerin yaş ortalamaları, cinsiyet, mesleği seçme nedenleri, hasta ile ilişkilerde ve sosyal ilişkilerde güçlük yaşama durumları ile ölçeğin önemlilik, yeterlilik ve uygulanabilirlik boyutları toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır (19). Kaçmaz ve Çam'ın araştırmasında hemşirelerin yaş, cinsiyet, medeni durum, hastalarla etkileşime geçerken sorun yaşama durumu, manevi destek verme durumu ve manevi bakım ile ilgili eğitim alma durumu ile BOHHEÖ önemlilik, yeterlilik ve uygulanabilirlik boyutları toplam puan ortalamaları ile ölçek puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir (26). Yapılan çalışmalar bu çalışmanın sonuçları ile benzerlik göstermekle birlikte yaş büyük olan öğrencilerin bakım odaklı hemşire-hasta etkileşiminin önemli olduğunu düşündüğü, kendilerini bu konuda yeterli bulduklarını düşündükleri söylenebilir.

Öğrencilerin ölçeğin alt boyutlardan en yüksek puan ortalamalarının "gereksinimler" ve en düşük puan ortalamalarının ise "maneviyat" boyutunda olduğu bulunmuştur (Tablo 2). Bu araştırma ile paralel olarak Kaçmaz ve Çam'ın (2019) yaptığı çalışmasında da en yüksek puan "gereksinimler" alt boyutunda, en düşük puan ise "maneviyat" alt boyutunda olduğu görülmektedir (26). Bu araştırma sonuçlarından farklı olarak Zaybak ve arkadaşlarının (2014), Kalender ve arkadaşlarının (2016), Yılmaz ve Gökdere Çınar'ın (2017), Bayraktar ve Eşer'in (2017), Erzincanlı ve Yüksel'in (2018) çalışmasında ise en yüksek puan "gereksinimler" alt boyutunda, en düşük puan ise

"duyarlılık" alt boyutunda olduğu belirlenmiştir (17-19,24,25). Bu araştırma sonuçlarının diğer araştırma sonuçlarından farklı olmasının sebebi, örneklem farklılığının olmasından kaynaklandığı söylenebilir.

Bu araştırma sonucunda öğrencilerin yaş ve cinsiyet değişkenlerinin, BOHHEÖ puan ortalamasını etkilemediği görülmektedir (Tablo 3). Bu araştırma sonuçlarıyla benzer olarak Yılmaz ve Gökdere Çınar'ın (2017), yaptığı çalışmada da yaş ve cinsiyet değişkenlerinin BOHHEÖ puan ortalamasını etkilemediği ifade edilmektedir (19). Erzincanlı ve Yüksel'in (2018) çalışmasında ise cinsiyet ile önemlilik boyutu arasında anlamlı bir fark bulunduğu belirtilmektedir (25). Araştırma sonuçlarından farklı olarak Zaybak ve arkadaşlarının (2014) çalışmasında yaş ve cinsiyet ile BOHHEÖ puan ortalaması arasında bir ilişki bulunduğu ifade edilmektedir (17). Bu farkın, araştırmada sınıf düzeyi değişkeninin bulunmaması ve öğrenciler arasındaki yaş farklarının olmaması gibi nedenlerden kaynaklandığı söylenebilir.

Araştırmaya dahil edilen öğrencilerin mesleği seçme nedenleri, hasta ile ilişkilerde güçlük yaşama durumları ile ölçeğin önemlilik, yeterlilik ve uygulanabilirlik boyutları toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olmadığı görülmektedir (Tablo 3). Bu araştırmanın sonuçlarıyla paralel olarak Yılmaz ve Gökdere Çınar'ın (2017) çalışmasında da öğrencilerin mesleği seçme nedenleri ve hasta ile ilişkilerde güçlük yaşama durumları ile ölçek alt boyutlarının toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı ifade edilmektedir (19). Literatürdeki benzer çalışmalarda bu araştırma sonuçlarından farklı sonuçlar da bulunmaktadır. Kalender ve arkadaşlarının (2016) çalışmasında, öğrencilerin meslek tercih nedenleri ve kişilerarası ilişkide zorluk yaşama durumlarına göre ölçek düzey ve alt boyut puan ortalamaları arasında bir ilişki bulunmadığı belirtilmektedir (18). Zaybak ve arkadaşlarının (2014) çalışmasında; öğrencilerin mesleği seçme nedenlerinin ve hasta ile ilişkilerde güçlük yaşama durumlarının BOHHEÖ alt boyut puan ortalamalarını etkilediği görülmektedir (17). Bu farkın örneklem büyüklüğünden kaynaklandığı söylenebilir.

Sonuç ve Öneriler

Çalışmaya katılan hemşirelik öğrencilerinin bakım odaklı hemşire-hasta etkileşimine ilişkin tutum ve davranışlarının olumlu yönde olduğu, bakım odaklı hemşire hasta etkileşimi ölçeğinin önemlilik, yeterlilik ve uygulanabilirlik alt boyut puan ortalamaları yüksek olduğu, ölçeğin alt boyutlardan en yüksek puan ortalamalarının "gereksinimler" ve en düşük puan ortalamalarının ise "maneviyat" boyutunda olduğu, yaş ile önemlilik ve yeterlilik boyutu arasında, negatif yönde ve çok zayıf bir ilişki olduğu fakat yaş ve cinsiyet değişkenlerinin, BOHHEÖ puan ortalamasını etkilemediği görülmektedir. Araştırmaya dahil edilen öğrencilerin mesleği seçme nedenleri, hasta ile ilişkilerde güçlük yaşama durumları ile ölçeğin önemlilik, yeterlilik ve uygulanabilirlik boyutları toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olmadığı görülmektedir ($p>0.05$). Hastanede yatma veya refakatçi olarak bulunma deneyimi yaşayan öğrencilerin hastalarla daha az etkileşim sorunu yaşadığı belirlenmiştir. Hemşirelik eğitimi planlanırken, öğrenci hemşirelere hastayla yapıcı ve etkin bir etkileşim içerisine girerek ve bakımın manevi boyutunu da göz ardı etmeyerek bireyi bütüncül olarak ele alma becerileri kazandıracak şekilde geliştirilmesi ve öğrencilerin sosyal ilişkilerini güçlendirmek için okullarda sosyal etkinliklere daha fazla önem verilmesi, hemşirelik öğrencilerinin, bakım odaklı hemşire hasta etkileşiminde yeterliliklerinin ve bakımın uygulanabilirliğinin artırılması için, hemşirelik alanlarında yüksek lisans ve doktora programlarına yönlendirilmeleri, bakımda hemşire-hasta etkileşimini sağlayabilecek modellerin kullanılmasının öğretilmesi ve yaygınlaştırılması, çalışmanın sadece Bandırma Onyediy Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi'nde öğrenim gören öğrencilerle yapılması dolayısıyla, araştırma bulgularının genellenebilmesi için daha geniş örneklem grubunda planlanması önerilebilir.

İletişim: Gözde Özsezer

E-Posta: gozdeozsezer@hotmail.com

Kaynaklar

1. Velioğlu P. Hemşirelikte Kavram ve Kuramlar. İstanbul: Alaş Ofset; 1999.
2. Fleischer S, Berg A, Zimmermann M, Wüste K, Behrens J. Nurse-patient interaction and communication: A systematic literature review. *J Public Health* 2009; 17:339-53.
3. Aydın A, Hiçdurmaz D. Kişilerarası duyarlılık ve hemşirelik. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi* 2016; 7(1):45-9.
4. Tutuk A, Al D, Doğan S. Hemşirelik öğrencilerinin iletişim becerisi ve empati düzeylerinin belirlenmesi C.Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi 2002; 6:36-41.
5. Korkmaz M, Tuna Hİ. Yoğun bakım ünitesinde hemşire-hasta iletişimi. *Uluslararası Hakemli Akademik Spor Sağlık ve Tıp Bilimleri Dergisi* 2014; 11(4):14.
6. Üstün B. Çünkü iletişim çok şeyi değiştirir. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2005; 8(2):88-94.
7. Cuchetti C, Grace P. Authentic intention: Tempering the dehumanizing aspects of technology on behalf of good nursing care. *Nursing Philosophy* 2020; 21:e12255.
8. Allande Cussó R, Siles González J, Ayuso Murillo D, Gómez Salgado J. A new conceptualization of the nurse-patient relationship construct as caring interaction. *Nursing Philosophy* 2020; e12335.
9. Yalçın Atar N, Atabek Aştı T. Bakım odaklı hemşire-hasta etkileşimi ölçeğinin güvenilirlik ve geçerliği. *İ.Ü.F.N. Hem. Derg* 2012; 20(2):129-139.
10. Rodríguez A. Enfermería ante la deshumanización: una necesi- dad por ser considerada desde la losofía de Emmanuel Levinas. *Enfermería en Costa Rica* 2011; 32(1):37-41.
11. Kajander S, Salminen L, Saarikoski M, Suhonen R, Leino-Kilpi H. Competence areas of nursing students in Europe. *Nurse Education Today* 2013; 33:625-632.
12. Allande-Cussó R, Salgado JG, Macías-Seda J, Porcel-Gálvez AM. Assessment of the nurse-patient interaction competence in undergraduate nursing students. *Nurse Education Today* 2020;104627.
13. Kennedy B, Craig JB, Wetsel M, Reimels E, Wright, J. Three nursing interventions' impact on HCAHPS scores. *Journal of Nursing Care Quality* 2013; 28(4):327-334.
14. McAndrew S, Chambers M, Nolan F, Thomas B, Watts P. Measuring the evidence: Reviewing the literature of the measurement of therapeutic engagement in acute mental health inpatient wards. *International Journal of Mental Health Nursing* 2014; 23(3):212-220.
15. Suikkala A, Leino-Kilpi H. Nursing student-patient relationship: a review of the literature from 1984 to 1998. *Journal of Advanced Nursing* 2001; 33(1):42-50.
16. Karaöz, S. Hemşirelikte klinik öğretime genel bir bakış ve etkin klinik öğretim için öneriler. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi* 2003;

- 1:15-20.
17. Zaybak A, Günay İsmailoğlu E, Efteli E. Hemşirelik öğrencilerinin bakım odaklı hemşire-hasta etkileşimine yönelik tutum ve davranışları. Uluslararası Hakemli Hemşirelik Araştırmaları Dergisi 2014; 1(2):24-37.
 18. Kalender N, Tosun N, Çınar Fİ, Bağçivan G, Yaşar Z. Hemşirelik yüksekokulu öğrencilerinin bakım odaklı hemşire-hasta etkileşimine yönelik tutum ve davranışlarının değerlendirilmesi. Gülhane Tıp Derg 2016; 58: 277-281.
 19. Yılmaz D, Gökdere Çınar H. Hemşirelik bölümü son sınıf öğrencilerinin bakım odaklı hemşire-hasta etkileşimine yönelik tutumlarının incelenmesi. International Journal of Human Sciences 2017; 14(4): 3300-3309.
 20. Şirin A, Öztürk R, Bezci G, Çakar G, Çoban A. Hemşirelik öğrencilerinin meslek seçimi ve mesleği uygulamaya yönelik görüşleri. Dirim Tıp Gazetesi 2008; 83:69-75.
 21. Özpancar N, Aydın N, Akansel N. Hemşirelik 1. sınıf öğrencilerinin hemşirelik mesleği ile ilgili görüşlerinin belirlenmesi. C.U. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2008; 12(3):9-17.
 22. Cunningham S, Copp G, Collins B, Bater M. Preregistration nursing students' experience of caring for cancer patients. Eur Journal Oncol Nurs 2006; 10(1):59-67.
 23. Larsen PD, McGill JS, Palmer SJ. Factors influencing career decisions: perspectives of nursing students in three types of programs. Journal of Nurs Educ 2003; 42(4):168-73.
 24. Bayraktar D, Eşer İ. Hemşirelerin bakım odaklı hemşire-hasta etkileşimine yönelik tutum ve davranışları. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi 2017; 20(3):188-194.
 25. Erzincanlı S, Yüksel A. Öğrenci hemşirelerin bakım odaklı hemşire-hasta etkileşimine yönelik tutum ve davranışlarının bazı değişkenler açısından incelenmesi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi 2018; 21(1):10-17.
 26. Kaçmaz ED, Çam MO. Psikiyatri hastalarına bakım veren hemşirelerin bakım odaklı hemşire-hasta etkileşim düzeylerinin incelenmesi. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi 2019; 10(1):65-74.

Hemşirelik Öğrencilerinde Covid-19 Korkusu İle Hemşirelik Mesleğine Yönelik Tutum Arasındaki İlişki

The Relationship Between Fear Of Covid-19 And Attitude Towards Nursing Profession Among Nursing Students



Enes Çalıřkan¹, Maral Kargin², Filiz Ersöğütçü³

DOI: 10.17942/sted.880773

Geliş/Received : 15.02.2021
Kabul/ Accepted : 10.06.2021

Öz

Amaç: Bu araştırma COVID-19 pandemisi sürecinde hemşirelik öğrencilerinin yaşadığı COVID-19 korkusu ile hemşirelik mesleğine yönelik tutumlarının değerlendirilmesi ve bu iki durum arasındaki ilişkinin karşılıklı olarak incelenmesi amaçlanmıştır.

Yöntemler: Tanımlayıcı araştırma desenindeki çalışmada Ekim 2020- Kasım 2020 tarihleri arasında Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesinde öğrenim görmekte olan tüm hemşirelik öğrencilerine ulaşılmaya çalışılmış, 270 kişiye ulaşılabilmifitir. Veriler çevrimiçi olarak bireylere dağıtılmış olan demografik özelliklere dair sorulardan, COVID-19 korkusu ölçeği ve hemşirelik mesleğine yönelik tutum ölçeğinden oluşan anket formu ile toplanmıştır.

Bulgular: Elde edilen verilerin analizi sonucunda, katılımcıların COVID-19 korkusu düzeylerinin ortalama seviyede, hemşirelik mesleğine yönelik tutumlarının ise olumlu düzeyde olduğu görölmüştür. Bireylerin hemşirelik mesleğini tercih etme tutumu ile yaşadıkları COVID-19 korkusu arasında iki yönlü negatif yönde anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır ($r = -.125$, $p < 0.05$).

Sonuç: Hemşirelik öğrencilerinde hemşirelik mesleğine yönelik olumlu tutumun, yaş arttıkça arttığı, hissedilen COVID-19 korkusu arttıkça ise azaldığı saptanmıştır. Hemşirelik öğrencilerinin yaşadığı COVID-19 korkusunu ve hemşirelik mesleğine yönelik oluşan veya oluşabilecek olumsuz tutumlarını azaltmak, bu sürecin olumsuz etkilerinden daha düşük düzeyde etkilenmeleri sağlamak için gerekli tedbirlerin alınması ve uygulanması büyük önem arz etmektedir.

Anahtar Kelimeler: Pandemi, Hemşirelik, COVID-19 korkusu, Hemşirelik mesleğine yönelik tutum

Abstract

Purpose: The aim of this research is to evaluate the fear of COVID-19 and the attitudes of nursing students towards the nursing profession during the COVID-19 pandemic and to examine the relationship between these two situations.

Methods: In the study in the descriptive research design, it was tried to reach all nursing students studying at the Faculty of Health Sciences of Fırat University between October 2020 and November 2020, and 270 people could be reached. The data were collected with a questionnaire consisting of questions about demographic characteristics, fear of COVID-19 scale and attitude scale towards the nursing profession, which were distributed to individuals online.

Results: As a result of the analysis of the data obtained, it was seen that the COVID-19 fear levels of the participants were at an average level and their attitudes towards the nursing profession were at a positive level. It was determined that there was a two-way negative significant relationship between the attitudes of individuals to prefer the nursing profession and the fear of COVID-19 they experienced ($r = -.125$, $p < 0.05$).

Conclusions: It was determined that the positive attitude towards the nursing profession in nursing students increased as the age increased, and decreased as the fear of COVID-19 increased. It is of great importance to take and implement the necessary measures to reduce the fear of COVID-19 experienced by nursing students and their negative attitudes towards the nursing profession, and to ensure that they are less affected by the negative effects of this process.

Key words: Pandemic, Nursing, Fear of COVID-19, Attitude towards nursing profession

¹Arř. Gör.; Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü (Orcid no: 0000-0003-3858-4999)

²Dr. Öğr. Üyesi; Kıbrıs İlim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü (Orcid no: 0000-0002-7713-9583)

³Dr. Öğr. Üyesi, Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü (Orcid no: 0000-0002-5334-4830)

Giriş

Meslek; bireyin yaşamını sürdürmesi için yerine getirmesi gerekli, araştırma ve deney, uygulama süreci üzerine temellenmiş, yoğun bilgi birikimi, etik ilkeleri/kodları olan, görev, yetki ve sorumlulukları yasalarla belirlenmiş, otonom yapıya sahip, belirli bir parasal kazanç karşılığı yapılan hizmettir (1). Türk Dil Kurumu (TDK) sözlüğünde de "Meslek; Belli bir eğitim ile kazanılan sistemli bilgi ve becerilere dayalı, insanlara yararlı mal üretmek, hizmet vermek ve karşılığında para kazanmak için yapılan, kuralları belirlenmiş iş" şeklinde tanımlanmaktadır (2). Meslek seçimi, bireyin hayatına yön veren ve hayatını, geleceğini şekillendirme potansiyeli olan en önemli aşamalar arasında yer almaktadır. Yapılan işin meslek olarak algılanabilmesi için, meslek kavramının niteliğinin daha ön plana çıkartılması ile birlikte toplumsal normlar boyutunda mümkün olabilmektedir (3). Bununla birlikte, toplumun gözünde yapılan iş meslek olarak algılanır ve birey bunun farkında olursa kendisini mesleğine daha hakim kılmakta ve daha verimli bir şekilde çalışabilmektedir (4).

Meslek seçimi bir davranıştır ve bu davranışın oluşumunda tatmin edilmeyi bekleyen gereksinimler etkili olmaktadır. Kişinin tercih ettiği meslek, bireyin yaşantısına yön vererek kiminle evleneceğini, dünya görüşünü ve alışkanlıklarını etkilediği gibi, yaşam tarzını, gelirini, yaşayacağı çevreyi, ilişkide bulunacağı insanları belirlemesini de etkiler (5,6). Meslek seçimi her bireyin hayatını etkileyen en önemli kararlardan bir tanesidir. Birey bu kararı sağlıklı bir şekilde gerçekleştirebilmek için seçimlerini doğru bir şekilde yapmak zorundadır (7). Meslek seçiminin bir gelişim süreci olduğunu savunan gelişim kuramcılara göre birey, işe girme çağına gelene kadar olgunlaşan ve geri dönülmesi çok mümkün olmayan davranış biçimlerinin birikimi sonucunda, ilgi duyduğu bir mesleğe yönelmektedir (8). Ancak bu süreçte bireyin yöneldiği mesleği seçmesi, gerçek işini seçmesinden çok önce başlamaktadır. Meslek seçimi, gençler için yaşamlarındaki en önemli kararlardan birisi olmakla birlikte birçok faktörden etkilenen karmaşık bir süreçtir. Bireyin geçmişi, sosyo-demografik özellikleri, iş avantajları, yetenekleri, ilgi alanları ve kişilik özellikleri meslek seçimini etkileyen en önemli etkenler olarak sıralanabilir (9). Ayrıca bu karar sürecinde etkilendiği bir dizi değer yargısı, ilgi ve inançları,

mevcut bilgi birikimi ve kişisel özelliklerinin de etkili olduğu bilinmektedir (10).

Her zaman aktifliğini koruyan, ihtiyaç duyulan ve tercih edilen mesleklerden biri de hemşirelik mesleğidir. Hemşireliğin genel tanımı "Hemşire hastaya bakım veren, tedavisi için en iyi fiziksel, psikolojik ve sosyal ortamı yaratan hastalıklardan korunmada ve sağlığın gelişiminde öğretici sorumluluklar taşıyan kişidir" şeklindedir. Bu tanımdan da anlaşılacağı gibi hemşirelik, sağlık hizmetlerinin sunumunda ve performansında önemli bir yere sahip ve sağlıkta hizmet sunumunun kalitesini etkileyen bir meslektir. Hemşirelik mesleği, sağlık sistemi içerisinde önemli görevleri yerine getirmektedir. Sağlık hizmetlerinin tamamlayıcı bir parçası olan hemşirelik; sağlık kalitesini artırarak hastalıkların önlenmesi, bakım hizmetlerinin planlanması, örgütlenmesi ve bu hizmetlerin uygulanmasının ve değerlendirilmesinin sağlandığı meslektir. Bu nedenle görev ve sorumlulukları açısından hastaya en yakın sağlık hizmetleri sunucusu olan hemşirelerin mesleğin gerektirdiği bilgi birikimi ve kişilik özelliklerine sahip olması gerekmektedir (4).

Covid-19 salgını, dünyanın her yerindeki sağlık çalışanlarını benzeri görülmemiş bir duruma sokarak, zor şartlar altında çalışmak zorunda bıraktı. Çoğu insan kendilerini korumak için evlerinde karantinaya girerken, sağlık çalışanları virüsle ön safhalarda savaşıyor başka insanların hayatlarını kurtarmak için gece gündüz savaşmak zorunda kaldı. Virüsten dolayı dünya genelinde binlerce sağlık çalışanı enfekte oldu ya da vefat etti (11). Covid-19 pandemisi döneminde çalışmak zorunda olan sağlık çalışanları kendilerini beklemedikleri bir zamanda tedavisi olmayan bir hastalıkla mücadele etmek zorunda kalmış olarak buldu. Birçok insanın hastalanmasına ve ölmesine şahit olan sağlık çalışanları fiziksel ve psikolojik sıkıntılar yaşadı. Ölüm riskini göze alarak çalışan sağlık çalışanları bir de toplum tarafından virüsü yayabilecek riskli bir kaynak olarak görüldüğü için damgalamaya maruz kaldı (12).

Sonuç olarak pandemi döneminde aktif olarak ön safhalarda çalışan sağlık personelinin yaşadığı bu zorlu süreci gören ve hemşirelik mesleğini tercih etmiş ya da edecek olan gençlerin, hemşirelik mesleğine bakış açılarının bu durumdan olumlu ya da olumsuz nasıl etkilendiği ile ilgili literatür bilgisine ihtiyaç duyulmaktadır. Literatürdeki bu

açık göz önünde bulundurularak araştırmada sağlık bilimleri fakültesi öğrencilerinin COVID-19'a karşı duydukları korku düzeyinin hemşirelik mesleğine yönelik tutumlarını nasıl etkilediğini araştırmak ve elde edilen bilgiler ışığında literatüre katkı sağlamak amaçlanmaktadır.

Gereç ve Yöntem

Araştırma, hemşirelik öğrencilerinde COVID-19 korkusu ve hemşirelik mesleğine yönelik tutum arasındaki ilişkiyi belirlemek amacı ile tanımlayıcı kesitsel araştırma tipinde tasarlandı ve çevrimiçi anket yöntemi kullanıldı. Araştırmanın evrenini, Ekim 2020- Kasım 2020 tarihleri arasında Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesinde kayıtlı 750 öğrenci oluşturdu. Araştırmada gelişigüzel örneklem seçimine gidilerek, araştırmaya dahil edilme kriterlerine uyan ve araştırmaya katılmayı kabul eden hemşirelik öğrencilerine ulaşılmaya çalışıldı. Araştırmaya alınma ölçütlerini taşıyan 270 hemşirelik öğrencisi örnekleme oluşturdu.

Veri Toplama

Araştırmanın verileri, Kişisel Bilgi Formu, Hemşirelik Mesleğine Yönelik Tutum Ölçeği, Koronavirüs (Covid-19) Korkusu Ölçeği kullanılarak çevrimiçi anket yöntemi ile toplandı.

Kişisel Bilgi Formu: Araştırmaya katılmayı kabul eden bireylere ait tanıtıcı bilgileri toplamak amacıyla literatür taranarak geliştirilen form, bireylerin yaşı, cinsiyeti, sınıfı, kronik hastalığının varlığı ve salgınla ilgili 11 sorudan oluşmaktadır.

Hemşirelik Mesleğine Yönelik Tutum Ölçeği (HMYTÖ): Çoban tarafından 2010 yılında geliştirilmiştir. Ölçeğin Cronbach alfa katsayısı 0.91 olduğu görülmektedir. Likert tipi ölçekteki her bir ifade 1'den 5'e puanlanmıştır. Olumlu sorular için "hiç katılmıyorum" yanıtına "1", "az katılıyorum" yanıtına "2", "orta derecede katılıyorum" yanıtına "3", "çok katılıyorum" yanıtına "4" ve "tamamen katılıyorum" yanıtına "5" 22 puan verilmiştir. Denemelik 60 maddelik ölçeğin 17 maddesi olumsuz ifadeden oluştuğu için bu maddeler tersten puanlanmıştır (4, 5, 10, 17, 29, 33, 34, 35, 37, 43, 46, 49, 52, 54, 57, 58 ve 59. maddeler). HMYTÖ'nün 40 maddelik son halinin (Tablo 4.9) tersten puanlanacak maddeleri ise 21., 23., 25., 26., 28., 30., 34. ve 38. maddeleridir. Ölçekten alınan puan yükseldikçe hemşirelik mesleğine yönelik olumlu tutum

yükselir. Üçün altında ortalama puana sahip kişilerin olumsuz, üç ve üçün üstünde ortalama puana sahip kişilerin ise olumlu tutuma sahip oldukları söylenebilir (36).

Koronavirüs (Covid-19) Korkusu Ölçeği:

Tek boyut ve 7 maddeden oluşmaktadır. Ölçekte ters madde bulunmamaktadır. Ölçeğin tüm maddelerinden alınan toplam puan bireyin yaşadığı Koronavirüs (Covid-19) korkusu düzeyini yansıtmaktadır. Ölçekten alınabilecek puanlar 7 ile 35 arasında değişmektedir. Ölçekten alınan yüksek puan yüksek düzeyde Koronavirüs korkusu yaşamak anlamına gelmektedir. Arpacı, Karataş ve Baloğlu tarafından 2020 yılında geliştirilmiştir. Ölçeğin Cronbach alfa katsayısı 0.82'dir (37).

Verilerin Analizi

SPSS 22 programı kullanılarak toplamda 270 veri analiz edilmiştir. Verilerin analizinde tanımlayıcı istatistikler, Independent Samples T Test, One-Way-Anova, Kruskal Walls Test ve korelasyon analizi uygulanmıştır. Analizler sonucunda elde edilen bulgular yorumlanırken ($p < .05$) anlamlılık düzeyi esas alınmıştır.

Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmanın uygulanması için etik kurul onayı alındı (2020/ No: 416740). Araştırmada kullanılan formların başına araştırmanın amacı, içeriği, çalışmaya katılmalarının gönüllülük ilkesine dayalı olduğu ve çalışma sonuçlarının sadece bilimsel amaçlarla kullanılacağı açıklaması eklendi.

Bulgular

Tablo 1: Sosyodemografik Değişkenler		
Değişkenler	M i n - Max	Ort ± SS
Yaş	18-41	20,94 ± 2,36
	n	%
Cinsiyet		
Erkek	46	17,0
Kadın	224	83,0
Okuduğu Sınıf		
1. sınıf	70	25,9
2. sınıf	66	24,4
3. sınıf	47	17,4
4. sınıf	87	32,2
Kronik Hastalığı Olan Birey		
Evet	14	5,2
Hayır	256	94,8
Birinci derece yakınında kronik bir hastalığın varlığı		
Evet	165	61,1
Hayır	105	38,9
Hemşirelik mesleğini isteyerek seçme durumu		
Evet	170	63,0
Hayır	100	37,0
Birinci derece yakınında bir sağlık çalışanın varlığı		
Evet	80	29,6
Hayır	190	70,4
Son 2 ay içerisinde covid tanısı veya şüpheli olan biriyle yakın temas kurmuş olma durumu		
Evet	105	38,9
Hayır	165	61,1
Bireyin kendisine veya birinci derece yakınına izolasyon önlemi uygulanmış olma durumu		
Evet	129	47,8
Hayır	141	52,2
Bireyin kendisinin covid-19 ile ilgili bilgi düzeyini nasıl değerlendirdiği durumu		
Kötü	3	1,1
Orta	163	60,4
İyi	104	38,5

Tablo 1'e baktığımızda araştırmaya katılan hemşirelik öğrencilerinin yaş ortalamalarının $20,94 \pm 2,36$ olduğu, cinsiyet dağılımında 224 kişi ile kadınların çoğunluğu (%83) oluşturduğu tespit edilmiştir. Katılımcıların %32,2 sinin 4. sınıfta olduğu, %5.2'sinin kendisinde %61.1'nin ise birinci derece yakınında kronik bir hastalık olduğu görülmüştür. Öğrencilerin yarısından fazlasının (%63) hemşirelik mesleğini isteyerek seçtiği, %29.6'sının birinci derecede yakınında sağlık çalışanı olduğu saptanmıştır. Ankete gönüllü katılım sağlayan hemşirelik öğrencilerinin %38,9'unun son 2 ay içerisinde covid tanılı veya şüpheli olan biriyle yakın temas kurmuş olduğu, %47,8'nin kendisine veya birinci derece yakınına izolasyon önlemi uygulanmış olduğu ve öğrencilerin yarısından fazlasının (%60,4) COVID-19 hakkındaki bilgi düzeyinin orta düzeyde olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 2: Hemşirelik Öğrencilerinin HMTÖ ve Covid-19 Korkusu Ölçeği Puan Ortalamaları			
Ölçekler (n:270)	Min	Max	Ort ± SS
HMTÖ Hemşirelik mesleği tercihi alt boyutu	1,85	5	3,80 ± 0,61
HMTÖ Hemşirelik mesleği özellikleri alt boyutu	3	5	4,52 ± 0,35
HMTÖ Hemşirelik mesleğinin genel durumuna ilişkin tutum	3	4,78	4,07 ± 0,395
HMTÖ Puan Ortalaması	3,10	4,90	4,19 ± 0,34
Covid-19 Puan Ortalaması	7	33	15,99 ± 5,17

Tablo 2'de araştırmaya katılan hemşirelik öğrencilerinin hemşirelik mesleğine yönelik genel tutumlarını ölçen HMTÖ alt boyut puan ortalamalarına baktığımızda hemşirelik mesleği tercihi alt boyutunun ($3,80 \pm 0,61$), hemşirelik mesleği özellikleri alt boyutunun ($4,52 \pm 0,35$), hemşirelik mesleğinin genel durumuna ilişkin tutum alt boyutunun ($4,07 \pm 0,395$) olduğu ve üçünün de yüksek puan ortalamasına sahip olduğu tespit edilmiştir. HMTÖ toplam puan ortalamasının da $4,19 \pm 0,34$ ile yüksek puan ortalamasına sahip olduğu görülmüştür. Koronavirüs korkusunu ölçen ve alt boyutları bulunmayan Covid-19 korkusu ölçeği puan ortalamasının $15,99 \pm 5,17$ olduğu görülmüştür. Bu bulgular bize hemşirelik öğrencilerinin yaşadığı COVID-19 korkusu düzeyinin ortalama düzeyde, hemşirelik mesleğine karşı tutumlarının ise olumlu düzeyde olduğunu göstermiştir.

Tablo.3: HMTÖ ve Covid-19 Korkusu Ölçeği Puan Ortalamaları ile Hemşirelik Öğrencilerinin Sosyodemografik Özelliklerinin Karşılaştırılması

Değişkenler	HMTÖ Hemşirelik mesleği tercihi alt boyutu	HMTÖ Hemşirelik mesleği özellikleri alt boyutu	HMTÖ Hemşirelik mesleğinin genel durumuna ilişkin tutum alt boyutu	HMTÖ Puan Ortalaması	Covid-19 Puan Ortalaması
Cinsiyet					
Erkek	3,74±0,62	4,43±0,38	3,91±0,45	4,09±0,36	15,04±6,20
Kadın	3,82±0,61	4,54±0,34	4,11±0,37	4,21±0,34	16,18±4,93
*T/p	-0,820/.413	0,686/.062	0,170/.001	0,573/.033	0,010/.244
Okuduğu Sınıf					
1. sınıf	3,75±0,63	4,38±0,39	4,02±0,42	4,09±0,37	15,84±5,63
2. sınıf	3,72±0,63	4,52±0,36	4,04±0,41	4,15±0,35	15,72±4,74
3. sınıf	3,85±0,57	4,55±0,28	4,16±0,33	4,23±0,30	16,80±5,61
4. sınıf	3,89±0,61	4,60±0,31	4,10±0,37	4,26±0,33	15,87±4,90
**F/p	1,209/.307	5,480/.001	1,465/.224	3,423/.018	0,479/.697
Kronik Hastalığı Olan Birey					
Evet	3,43±0,64	4,47±0,38	3,89±0,53	4,00±0,34	16,92±5,60
Hayır	3,82±0,60	4,52±0,35	4,08±0,38	4,20±0,34	15,94±5,15
*T/p	0,802/.016	0,521/.616	0,056/.078	0,860/.039	0,585/.488
Birinci derece yakınında kronik bir hastalığın varlığı					
Evet	3,75±0,61	4,53±0,33	4,07±0,39	4,17±0,34	15,60±4,80
Hayır	3,89±0,60	4,49±0,38	4,08±0,39	4,21±0,35	16,60±5,67
*T/p	-1,922/.056	0,913/.362	-0,340/.734	-0,767/.444	-1,542/.124
Hemşirelik mesleğini isteyerek seçme durumu					
Evet	4,00±0,58	4,55±0,32	4,07±0,38	4,26±0,32	16,00±4,77
Hayır	3,47±0,53	4,46±0,39	4,08±0,40	4,05±0,35	15,97±5,81
*T/p	7,386/.000	2,118/.035	-0,115/.908	5,022/.000	0,055/.956
Birinci derece yakınında bir sağlık çalışanının varlığı					
Evet	3,77±0,59	4,50±0,35	4,09±0,37	4,17±0,33	15,85±5,49
Hayır	3,82±0,62	4,53±0,35	4,07±0,40	4,19±0,35	16,05±0,36
*T/p	-0,550/.582	-0,575/.566	0,538/.591	-0,442/.659	-0,293/.770
Son 2 ay içerisinde covid tanısı veya şüphelisi olan biriyle yakın temas kurmuş olma durumu					
Evet	3,81±0,58	4,53±0,32	4,07±0,39	4,19±0,34	15,18±4,66
Hayır	3,80±0,630	4,51±0,37	4,08±0,39	4,18±0,35	16,50±5,42
*T/p	0,046/.964	0,570/.569	-0,115/.909	0,258/.797	-2,138/.034
Bireyin kendisine veya birinci derece yakınına izolasyon önlemi uygulanmış olma durumu					
Evet	3,83±0,53	4,55±0,32	4,09±0,39	4,21±0,32	15,99±4,76
Hayır	3,78±0,68	4,49±0,38	4,05±0,39	4,16±0,37	15,99±5,54
*T/p	0,699/.485	1,268/.206	0,846/.398	1,203/.230	-0,001/.999
Bireyin kendisinin Covid-19 ile ilgili bilgi düzeyini nasıl değerlendirdiği durumu					
Kötü	3,28±0,22	4,83±0,28	4,40±0,25	4,23±0,11	13,66±8,08
Orta	3,82±0,62	4,48±0,37	4,06±0,38	4,17±0,36	16,34±5,18
İyi	3,79±0,60	4,57±0,30	4,09±0,41	4,21±0,32	15,50±5,08
***KW/p	3,334/.189	7,043/.030	3,604/.165	0,533/.766	2,332/.312
*Independent Samples T Test**One-Way-Anova***Kruskal Walls Test					

Elde edilen ölçek puan ortalamaları ile katılımcıların sosyodemografik özellikleri arasındaki ilişkinin incelendiği Tablo 3'e baktığımızda cinsiyet ile HMTÖ puan ortalaması ve hemşirelik mesleğinin genel durumuna ilişkin tutum alt boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu saptanmıştır ($p < 0.05$). Buna göre kadınlarda hemşirelik mesleğinin genel durumuna ve hemşirelik mesleğine yönelik olumlu tutumun erkeklerden daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Okuduğu sınıf ile ölçek puan ortalamaları arasındaki ilişki incelendiğinde okunan sınıf ile HMTÖ puan ortalaması ve hemşirelik mesleği özellikleri alt boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu saptanmıştır ($p < 0.05$). Bu sonuç 4.sınıftaki öğrencilerin diğer sınıflardaki öğrencilere kıyasla hemşirelik mesleğinin özelliklerine ve hemşirelik mesleğine daha olumlu baktıklarını göstermiştir. Bireyde kronik bir hastalık bulunma durumu ile ölçek puan ortalamaları karşılaştırıldığında, kronik hastalık bulunma durumu ile HMTÖ puan ortalaması ve hemşirelik mesleği tercihi alt boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu saptanmıştır ($p < 0.05$). Bu sonuca göre kronik bir hastalığı olmayan öğrencilerin kronik hastalığı olan öğrencilere kıyasla hemşirelik mesleğine yönelik olumlu tutumlarının ve hemşirelik mesleğini tercih etme durumlarının daha yüksek olduğu anlaşılmıştır. Birinci derece yakınında kronik hastalığın varlığı ile ölçek puan ortalamaları arasındaki ilişkiye bakıldığında, aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı belirlenmiştir. Hemşirelik mesleğini isteyerek seçme durumu ile ölçek puan ortalamaları arasındaki ilişki incelendiğinde hemşirelik mesleği tercihi alt boyutu, hemşirelik mesleği özellikleri alt boyutu ve HMTÖ puan ortalaması ile hemşirelik mesleğini isteyerek seçme durumu arasında istatistiksel olarak oldukça anlamlı bir farklılık olduğu saptanmıştır ($p < 0.05$). Bu bulgu hemşirelik mesleğini isteyerek tercih eden kişilerin istemeyerek tercih eden kişilere kıyasla hemşirelik mesleğine genel olarak daha olumlu baktıklarını göstermiştir. Birinci derece yakınında bir sağlık çalışanın varlığı ile ölçek puan ortalamaları arasındaki ilişkiye bakıldığında, aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı belirlenmiştir. Son 2 ay içerisinde covid tanısı veya şüphelisi olan biriyle yakın temas kurmuş olma durumu ile ölçek puan ortalamaları arasındaki ilişki incelendiğinde son 2 ay içerisinde

covid tanısı veya şüphelisi olan biriyle yakın temas kurmuş olma durumu ile Covid-19 puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu saptanmıştır ($p < 0.05$). Buna göre son 2 ay içerisinde COVID-19 tanısı almış veya COVID-19 şüphelisi biriyle yakın temas kurmuş kişilerin yaşadığı koronavirüs korkusunun, yaşamayan kişilere kıyasla daha yüksek olduğu görülmüştür. Ölçek puan ortalamaları ile bireyin kendisine veya birinci derece yakınına izolasyon önlemi uygulanmış olma durumu arasındaki ilişki incelendiğinde aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı belirlenmiştir. Bireyin kendinin Covid-19 ile ilgili bilgi düzeyini nasıl değerlendirdiği durumu ile ölçek puan ortalamaları arasındaki ilişki incelendiğinde ise bireyin Covid-19 ile ilgili bilgi düzeyini nasıl değerlendirdiği durumu ile hemşirelik mesleği özellikleri alt boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu saptanmıştır ($p < 0.05$). Bu bulgu bize COVID-19 bilgi düzeyinin kötü olduğunu düşünen öğrencilerin hemşirelik mesleği özellikleri hakkında olumlu tutumlarının, COVID-19 bilgi düzeylerinin orta veya iyi olduğunu düşünen öğrencilere kıyasla daha yüksek olduğu görülmüştür.

Tablo 4: Koronavirüs (Covid-19) Korkusu Ölçeği Puan Ortalaması, Hemşirelik Mesleğine Yönelik Tutum Ölçeği (HMTÖ) Puan Ortalaması ile Alt Boyut Puan Ortalamaları ve Yaş Arasındaki Korelasyon

	HMTÖ Hemşirelik mesleği tercihi alt boyutu	HMTÖ Hemşirelik mesleği özellikleri alt boyutu	HMTÖ Hemşirelik mesleğinin genel durumuna ilişkin tutum	HMTÖ Puan Ortalaması	Covid-19 Puan Ortalaması	Yaş
HMTÖ Hemşirelik mesleği tercihi alt boyutu	-	.396**	.186**	.804**	-.125*	.132*
HMTÖ Hemşirelik mesleği özellikleri alt boyutu	-	-	.565**	.830**	.061	.126*
HMTÖ Hemşirelik mesleğinin genel durumuna ilişkin tutum	-	-	-	.621**	.121*	.092
HMTÖ Puan Ortalaması	-	-	-	-	-.014	.157**
Covid-19 Puan Ortalaması	-	-	-	-	-	.067
Yaş	-	-	-	-	-	-

**Korelasyon 0.01 düzeyinde anlamlıdır (2-üçlü)* Korelasyon 0.05 düzeyinde anlamlıdır (2-üçlü).

Tablo 4 incelendiğinde HMTÖ hemşirelik mesleği tercihi alt boyutu ile HMTÖ hemşirelik mesleği özellikleri alt boyutu, HMTÖ Hemşirelik mesleğinin genel durumuna ilişkin tutum alt boyutu, HMTÖ Puan Ortalaması ve yaş arasında pozitif yönde, Covid-19 Puan Ortalaması ile ise negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür. Bu bulgu bize hemşirelik mesleği tercihinin COVID-19'a karşı duyulan korku düzeyi arttıkça azaldığını yaş arttıkça ise arttığını göstermiştir. Ayrıca bu bulgu hemşirelik mesleği özellikleri, genel durumu ve mesleğe yönelik tutum arttıkça, hemşirelik mesleği tercihinin de arttığını göstermiştir. HMTÖ Hemşirelik mesleği özellikleri alt boyutu ile HMTÖ Hemşirelik mesleğinin genel durumuna ilişkin tutum, HMTÖ toplam puan ortalaması ve yaş arasında pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür. Buna göre hemşirelik mesleği genel durumu hakkındaki olumlu tutum, hemşirelik mesleğine yönelik olumlu tutum ve yaş arttıkça, hemşirelik mesleği özellikleri hakkındaki olumlu tutum da artmaktadır. Tabloya bakıldığında HMTÖ Hemşirelik mesleğinin genel durumuna ilişkin tutum ile HMTÖ toplam puan ortalaması ve Covid-19 toplam puan ortalaması

arasında pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür. Bu sonuçta hemşirelik mesleğine yönelik olumlu tutum ve COVID-19 korkusu arttıkça, hemşirelik mesleğinin genel durumuna ilişkin olumlu tutumun arttığı anlaşılmıştır. HMTÖ toplam puan ortalaması ile yaş arasında pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür. Bu bulgu yaş arttıkça hemşirelik mesleğine yönelik olumlu tutumun da arttığını göstermiştir.

Tartışma

Araştırma hemşirelik öğrencilerinde COVID-19 korkusu ile hemşirelik mesleğine yönelik tutum arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla yapılmıştır. Araştırma bulguları literatürle tartışılmıştır. Pandemi sürecinde gerçekleştirilen araştırma hemşirelik öğrencilerinde COVID-19 korkusu düzeyinin orta seviyede olduğunu göstermiştir. Pandemi sırasında, hemşirelik öğrencilerinin koronavirüse karşı korku duyduğu ve psikolojik sıkıntılar yaşadığı literatürdeki çalışmalar ile de desteklenmiştir (13,14,15,16).

Pandemi sürecinde hemşirelik öğrencilerinin hemşirelik mesleğine yönelik tutumları incelendiğinde, mesleğe yönelik tutumlarının

olumlu yönde olduğu görülmüştür. Pandemi gibi kriz süreçlerinde katılımcılar, hemşireliğin gerçek değerini, önemini ve aynı zamanda mesleğin yüksek riskler içerdiği gerçeğini de fark etmişlerdir. COVID-19 pandemisi döneminde Swift ve ark (2020)'nin lisans hemşirelik öğrencileriyle yaptığı nitel bir çalışmada öğrenciler, pandemi sürecinde yararlı olabileceklerini ve yaptıkları işin halk tarafından olumlu karşılanmasının kariyer seçimlerini de olumlu etkileyeceğini iletmışlerdir (17).

Cinsiyet faktörü ele alındığında kadın öğrencilerin erkek öğrencilerden daha yüksek oranda COVID-19 korkusu duyduğu anlaşılmıştır. Maheshwari ve ark (2020)'nin tıp öğrencileriyle, Aslan ve Pekince (2020)'nin hemşirelik öğrencileriyle yaptıkları çalışmalarda da araştırma ile benzer sonuçlara ulaşılmıştır (18,19). Erkek öğrenciler kadın öğrencilere göre COVID-19'dan daha az korktuğu için tedbirlere dikkat etmeyecekleri ve bu nedenle erkek öğrencilerin COVID-19 tedbirleri hakkında daha fazla eğitime ihtiyaçları olacağı düşünülmektedir.

Hemşirelik mesleğine yönelik olumlu tutumun kadınlarda erkeklere oranla daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Okuyan ve ark (2020) tarafından Türkiye'de, Sun ve ark (2020) tarafından Çin'de hemşirelik öğrencileriyle gerçekleştirilen çalışmalarda da araştırma bulgusuyla paralel yönde, kadınların erkeklere kıyasla hemşirelik mesleğine karşı daha olumlu bir tutum sergilediği tespit edilmiştir (20,21). Erkek ve kadınlar arasındaki bu farkın, toplumun çoğunluğunun hemşirelik mesleğini kadın mesleği olarak görmesi ve bu nedenle erkek öğrencilerin mesleği seçerken çekingen davranmalarından kaynaklı olabileceği düşünülmektedir. (22).

Öğrencilerin sınıfları ile hemşirelik mesleğine yönelik tutumları arasındaki ilişki incelendiğinde son sınıftaki öğrencilerin diğer öğrencilere kıyasla mesleğe daha olumlu baktığı ve sınıf düşüğe bu olumlu tutumun azaldığı anlaşılmıştır. Okuyan ve ark (2020) tarafından yapılmış benzer bir çalışmada da 4. sınıftaki öğrencilerin hemşirelik mesleğini tercih etmeye daha olumlu baktıkları sonucuna varılmıştır (20). Araştırmanın sonuçları, yapılmış çalışmanın sonuçları ile benzerlik göstermektedir.

Araştırmaya katılan öğrencilerden kronik bir

hastalığa sahip olanların COVID-19 korkusunun, kronik bir hastalığa sahip olmayanlara göre daha yüksek olduğu bulunmuştur. Türkiye'de Sahin ve ark (2020) tarafından sağlık çalışanlarıyla yürütülmüş olan çalışma sonuçları araştırma bulgusuyla benzer niteliktedir (23). Kronik bir hastalığın varlığı, enfekte olma riskini arttıran ve hastalığın gidişatını olumsuz yönde etkileyen etkenlerden biri olduğundan kişilerin daha yüksek seviyelerde Covid-19 korkusu yaşamalarına neden olabilir (24).

Araştırma öğrencilerin ailesinde bir sağlık çalışanınin olmasının, öğrencinin hemşirelik mesleğini tercih etme durumunu etkilemediğini göstermiştir. Fakat araştırma bulgusunun aksine hemşirelik öğrencileri üzerinde yapılan araştırmalar, aile üyelerinden birinin hemşire olmasının bu öğrencilerin tercihlerinde önemli bir rol oynadığını göstermektedir (25,26,27).

Öğrencilerden son 2 ay içinde COVID-19 tanılı veya şüphelisi biriyle temas kuran kişilerin, kurmayan kişilere göre COVID-19 korkusu düzeyinin daha yüksek olduğu anlaşılmıştır. Araştırma bulgusuyla benzer şekilde Aslan & Pekince (2020) tarafından pandemi sürecinde hemşirelik öğrencileriyle yapılan çalışmada, koronavirüs testi pozitif çıkan kişileri tanıyan öğrencilerin COVID-19 stres düzeylerinin daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (19).

Yapılan araştırma COVID-19 korkusu ile hemşirelik mesleğine yönelik tutum düzeyi arasında negatif yönde bir ilişki olduğunu ve COVID-19 korkusunun hemşirelik mesleğine yönelik tutum düzeyini etkilediğini göstermiştir. Benzer şekilde COVID-19 pandemisi sürecinde Çin'de Sun ve ark (2020) tarafından gerçekleştirilen çalışmada da anksiyetenin profesyonel kimliği etkilediği bulunmuştur (21). Bu sonuçtan hemşirelik öğrencilerinin hayatı tehdit eden olaylarla karşılaştıklarında, duygularının ve kaygılarının mesleki kimliklerini olumsuz yönde değiştirdiği anlaşılmıştır.

Çalışmada hemşirelik öğrencilerinin çoğunluğunun COVID-19 hakkında orta veya iyi düzeyde bilgiye sahip olduğu görülmüştür. Bu bulgu, COVID-19 pandemisi sürecinde hemşirelik öğrencileriyle yapılmış çalışmaların sonuçları ile de benzerlik göstermiştir (19,28).

Analiz sonuçlarına göre katılımcıların yaşı arttıkça

hemşirelik mesleğine yönelik tutumun da olumlu yönde arttığı bulunmuştur. Literatür tarandığında bulduğumuz sonuca benzer ya da zıt yönde herhangi bir bulguya rastlanamamıştır.

Araştırma sonucunda hemşirelik öğrencilerinde COVID-19 korkusu arttıkça hemşirelik mesleğini tercih etme durumunun azaldığı görülmüştür. Güney Kore'de pandemi sürecinde yapılan bir çalışmada, COVID-19 nedeniyle katılımcıların çoğunun hemşirelik mesleğini bırakmak istediği ya da mezun olduktan sonra yapmak istemediği iletilmiştir (29). Ayrıca salgınla ilgili yapılan birkaç çalışmada da öğrencilerin salgın riskinin olduğu durumlarda, enfekte olma riskinden korktukları için klinik ortamda çalışmaktan kaçındıkları belirtilmiştir (30,31).

COVID-19 korkusu arttıkça hemşirelik mesleğinin genel durumuna ilişkin olumlu tutumun arttığı anlaşılmıştır. Bunun nedeni COVID-19'un zorlu şartlarına karşı hemşirelerin en ön safhalarda hastalıkla savaşıma devam etmesi ve hemşirelerin pandemi sürecinin yönetilmesindeki etkinliğinin ve öneminin açık şekilde görülmesinden kaynaklanıyor olabilir (32).

Yaş ile öğrencilerin yaşadığı COVID-19 korkusu arasında anlamlı bir ilişki olmadığı görülmüştür. Benzer şekilde İran'da Ahorsu ve ark (2020), İtalya'da Soraci ve ark (2020) Bangladeş'te Sakib ve ark (2020) tarafından yapılan COVID-19 korkusu çalışmalarında da yaşın hissedilen COVID-19 korkusu üzerinde bir etkisinin olmadığı belirtilmiştir (33,34,35). Araştırma bulgusundan farklı olarak, Aslan ve Pekince (2020) tarafından pandemi sürecinde hemşirelik öğrencileriyle yapılan çalışmada, 18-20 yaş arasındaki öğrencilerin yaşadığı COVID-19 korkusu ve stresin daha yüksek olduğu görülmüştür (19). Bu farklılığın, katılımcıların sadece üniversite öğrencilerinden oluşması ve çalışmanın pandeminin erken aşamalarında yapılmış olmasından kaynaklanıyor olabileceği düşünülebilir.

Sonuç ve Öneriler

Sonuç olarak, hemşirelik mesleğine yönelik tutumun birçok faktörden etkilendiği görülmüştür. Hemşirelik öğrencilerinde, öğrencilerin bulunduğu sınıf ve yaşları arttıkça bunlara paralel olarak hemşirelik mesleğine yönelik olumlu tutumlarının da arttığı görülmüştür. Öğrenciler arasında kronik

hastalığı olanların hemşirelik mesleğini tercih etme durumlarının ise daha düşük olduğu görülmüştür. Öğrenciler arasında COVID-19'a karşı duyulan korku düzeyi arttıkça, hemşirelik mesleğine yönelik olumlu tutumun azaldığı görülmüştür. COVID-19 pandemisi ve getirdiği olumsuz koşullar sağlık çalışanlarında normal insanlara kıyasla çok daha etkili olmuştur. Artan çalışma süreleri, zorlu çalışma şartları, kendisinin veya ailesinin enfekte olması korkusu gibi pandeminin beraberinde getirdiği birçok zorluk, hemşirelerin fiziksel ve ruhsal durumunu olumsuz yönde etkilediği gibi, ileride hemşire olma hayali kuran hemşirelik öğrencilerinin mesleğe karşı tutumunu da olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Geleceğin hemşireleri olacak hemşirelik öğrencilerinin mesleğe olan bakış açıları, onların alacağı eğitimin etkinliğinde ayrıca mesleğe olan arzularının şekillenmesinde rol alan önemli bir noktadır. Bu nedenle geleceğimizin yapı taşları olan hemşirelik öğrencilerinin COVID-19 salgını sürecinde yaşadığı olumsuz duygu ve düşüncelerinin belirlenmesi, pandemi sürecinde veya sonrasında yaşanabilecek olumsuz etkilerin azaltılabilmesi ve önlenbilmesi, öğrencilerin mesleğe yönelik tutumlarının olumlu yönde gelişmesinde büyük önem arz etmektedir. Pandemi sürecinde hemşirelik öğrencilerine gerekli psikososyal desteğin profesyoneller tarafından sağlanmasının ve başetme yöntemlerini içeren online eğitimlerin verilmesinin yararlı olacağı düşünülmektedir.

İletişim: Enes Çalışkan

E-Posta: enesclskn23@gmail.com

Kaynakça

1. Şirin A, Öztürk R, Bezci G, Çakar G, Çoban, A. Hemşirelik Öğrencilerinin Meslek Seçimi Ve Mesleği Uygulamaya Yönelik Görüşleri. Dirim Tıp Gazetesi;83(1):69-75.
2. Türk Dil Kurumu (TDK). Erişim adresi: <https://sozluk.gov.tr> Erişim tarihi: 14.09.2020
3. Seçer HŞ. Mesleki Yaşam Modelinin Oluşturulması Ve Mesleki Analizlerde Kullanımı. Doctoral Dissertation, Deü Sosyal Bilimleri Enstitüsü:2007.
4. Ünal A, Bilgener E. Hemşirelik Bölümü Öğrencilerinde Meslek Seçimi Ve Özyeterlilik İlişkisi. Journal Of Social, Humanities and Administrative Sciences 2019;5(20):993-1002. DOI: <http://dx.doi.org/10.31589/JOSHAS.185>
5. Özgeldi M, Kılıç E. Meslek seçiminde ailenin etkisi. Proceedings of the International Congress on

- Business and Marketing 2019;453-466
6. Olğun S, Adıbelli D. Hemşirelik Öğrencilerinin Meslek Seçimini Etkileyen Faktörler. *Acu Sağlık Bilimleri Dergisi* 2020;11(1):55-60.
 7. Lafçi KT. Gençlerin Meslek Seçiminde Karşılaştıkları Güçlükler Üzerine Bir Değerlendirme. *Use Uluslararası Sosyoloji Ve Ekonomi Dergisi*.2018;(1):97-120.
 8. Vurucu F. Meslek Lisesi Öğrencilerinin Meslek Seçimi Yeterliliği Ve Meslek Seçimini Etkileyen Faktörler. Yüksek Lisans Tezi, Yeditepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul 2010:11-59
 9. Çelik N, Üzmez U. Üniversite Öğrencilerinin Meslek Seçimini Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi: Çağrı Merkezi Hizmetleri Örneği. *Elektronik Mesleki Gelişim Ve Araştırmalar Dergisi* 2014;2(1):94-105.
 10. Özdelikara A, Ağaçdıke S, Aydın E. Hemşirelik öğrencilerinin meslek seçimi ve etkileyen faktörler. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 2016;2:83-88.
 11. Greenberg N, Docherty M, Gnanapragasam S, Wessely S. Managing Mental Health Challenges Faced By Healthcare Workers During Covid-19 Pandemic. *Bmj* 2020;368. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmj.m1211>
 12. Bagcchi, S. Stigma During The Covid-19 Pandemic. *The Lancet. Infectious Diseases* 2020;20(7):782. DOI: 10.1016/S1473-3099(20)30498-9.
 13. Al-Rabiaah A, Temsah MH, Eyadhy A, Hasan GM, Al-Zamil F, Al-Subaie S, et al. Middle East Respiratory Syndrome-Corona Virus (MERS-CoV) associated stress among medical students at a university teaching hospital in Saudi Arabia. *Journal of Infection and Public Health* 2020;13(5):687-691. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jiph.2020.01.005>.
 14. Lovrić R, Farčić N, Mikšić Š, Včev A. Studying During the COVID-19 Pandemic: A Qualitative Inductive Content Analysis of Nursing Students' Perceptions and Experiences. *Education Sciences* 2020;10(7):188. DOI: <https://doi.org/10.3390/educsci10070188>.
 15. Khalid I, Khalid TJ, Qabajah MR, Barnard AG, Qushmaq IA. Healthcare workers emotions, perceived stressors and coping strategies during a MERS-CoV outbreak. *Clinical medicine & research* 2016;14(1):7-14. DOI: 10.3121/cmr.2016.1303
 16. Wong JG, Cheung EP, Cheung V, Cheung C, Chan MT, Chua SE, et al. Psychological responses to the SARS outbreak in healthcare students in Hong Kong. *Medical teacher* 2004;26(7):657-659. DOI: <https://doi.org/10.1080/01421590400006572>
 17. Swift A, Banks L, Baleswaran A, Cooke N, Little C, McGrath L, et al. COVID-19 and student nurses: A view from England. *Journal of Clinical Nursing* 2020;29:3111-3114.
 18. Maheshwari S, Gupta PK, Sinha R, Rawat P. Knowledge, attitude, and practice towards coronavirus disease 2019 (COVID-19) among medical students: A cross-sectional study. *Journal of Acute Disease* 2020;9(3):100. DOI: 10.4103/2221-6189.283886
 19. Aslan H, Pekince H. Nursing students' views on the COVID-19 pandemic and their perceived stress levels. *Perspectives in psychiatric care* 2021;57(2):695-701. <https://doi.org/10.1111/ppc.12597>
 20. Okuyan CB, Çağlar S, Erden Ç. Hemşirelik Öğrencilerinin Ekip Çalışmasına Yönelik Tutumları, Profesyonel Değerleri ve Etkileyen Faktörler: Tanımlayıcı Bir Çalışma. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 2020;9(4):3244-332.
 21. Sun Y, Wang D, Han Z, Gao J, Zhu S, Zhang H. Disease Prevention Knowledge, Anxiety, and Professional Identity during COVID-19 Pandemic in Nursing Students in Zhengzhou, China. *Journal of Korean Academy of Nursing* 2020;50(4):533-540. DOI: <https://doi.org/10.4040/jkan.20125>
 22. Ünver S, Diri E, Ercan İ. Hemşirelik mesleğinin erkek üyelerine toplumun bakış açısı. *Türkiye Klinikleri Tıp Etiği-Hukuku-Tarihi Dergisi* 2010;18(2):96-102.
 23. Sahin T, Aslaner H, Eker OO, Gokcek MB, Dogan M. Effect of Covid-19 pandemic on anxiety and burnout levels in emergency healthcare workers: a questionnaire study. *Research Square* 2020;1-22. DOI: 10.21203/rs.3.rs-32073/v1
 24. Sandalcı B, Uyaroğlu OA, Güven GS. Covid-19'da Kronik Hastalıkların Rolü, Önemi ve Öneriler. *Flora* 2020;25(5):1-7. DOI:10.5578/flora.69700.
 25. Tunç GÇ, Akansel N, Özdemir A. Factors affecting career choices of nursing and health officer program students. *Maltepe University Journal of Nursing Science and Art* 2010;3(1):24.
 26. Hoeve YT, Jansen G, Roodbol P. The nursing profession: public image, self-concept and professional identity. A discussion paper. *Journal of Advanced Nursing* 2013;70(2):295-309. DOI: <https://doi.org/10.1111/jan.12177>
 27. Zhi X, Lu L, Pu Y, Meng A, Zhao Y, Cheng F, et al. Investigation and analysis of psychological stress and professional identity of nursing students during COVID-19 pandemic. *Indian Journal of Experimental Biology* 2020;58(06):426-448.
 28. Alshdefat A, Natarajan J, Joseph MA, Baker RA, Qutishat MG. Knowledge, Attitude and Practice of Nursing Students towards COVID-19 Pandemic in Oman. *International Journal of Nursing Education* 2021;13(1):23.
 29. Dos Santos LM. How does COVID-19 pandemic influence the sense of belonging and decision-

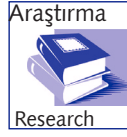
- making process of nursing students: The study of nursing students' experiences. *International journal of environmental research and public health* 2020;17(15):5603. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph17155603>
30. Elrggal ME, Karami NA, Rafea B, Alahmadi L, Al Shehri A, Alamoudi R, et al. Evaluation of preparedness of healthcare student volunteers against Middle East respiratory syndrome coronavirus (MERS-CoV) in Makkah, Saudi Arabia: a cross-sectional study. *Journal of Public Health* 2018;26(6):607-612. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10389-018-0917-5>.
31. Al-Hazmi A, Gosadi I, Somily A, Alsubaie S, Saeed AB. Knowledge, attitude and practice of secondary schools and university students toward Middle East Respiratory Syndrome epidemic in Saudi Arabia: A cross-sectional study. *Saudi journal of biological sciences* 2018;25(3):572-577. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.sjbs.2016.01.032>
32. Labrague LJ, De los Santos J. COVID-19 anxiety among front-line nurses: Predictive role of organisational support, personal resilience and social support. *Journal of nursing management* 2020;28(7):653-1661. DOI: <https://doi.org/10.1111/jonm.13121>
33. Kwasi Ahorsu D, Ying Lin C, Imani V, Saffari M, GRIFFITHS D, H Pakpour A. (2020). The Fear of COVID-19 Scale: Development and Initial Validation. *International Journal of Mental Health and Addiction* 2020. DOI: <https://doi.org/10.1007/s11469-020-00270-8>
34. Soraci P, Ferrari A, Abbiati FA, Del Fante E, De Pace R, Urso A, et al. Validation and psychometric evaluation of the Italian version of the Fear of COVID-19 Scale. *International Journal of Mental Health and Addiction* 2020;1-10. DOI: <https://doi.org/10.1007/s11469-020-00277-1>
35. Sakib N, Bhuiyan AI, Hossain S, Al Mamun F, Hosen I, Abdullah AH, et al. Psychometric validation of the Bangla Fear of COVID-19 Scale: Confirmatory factor analysis and Rasch analysis. *International Journal of Mental Health and Addiction* 2020. DOI: <https://doi.org/10.1007/s11469-020-00289-x>
36. İpek-Çoban G. Hemşirelik mesleğine yönelik tutum ölçeğinin geliştirilmesi (Doktora tezi). Atatürk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum 2020.
37. Arpacı I, Karataş K, Baloğlu M. The development and initial tests for the psychometric properties of the COVID-19 Phobia Scale (C19P-S). *Personality and Individual Differences* 2020;164:110108.



Fotograf: Kemal Göl TTB-STED Fotoğraf yarışması arşivinden

Annelerin Çocuklarına D Vitamini Vermelerini Etkileyen Etmenlerin Belirlenmesi

Determination of Factors That Affect Mothers Giving Vitamin D Supplements to Their Children



Ayla Açıkgöz¹, Ayşe Gülay Şahan²

DOI: 10.17942/sted.915361

Geliş/Received : 13.04.2021
Kabul/ Accepted : 18.06.2021

Öz

Amaç: Bu çalışmanın amacı, annelerin D vitamini desteği konusundaki bilgi ve tutumlarını belirlemek ve çocuklarına D vitamini vermeleriyle ilişkili faktörleri incelemektir.

Gereç ve Yöntem: Bu araştırmanın verileri aile sağlığı merkezlerine başvuran 0-4 yaş çocuğu olan annelerden elde edilmiştir. Veriler, literatürden yararlanılarak araştırmacılar tarafından oluşturulmuş olan bir anketle, yüz yüze görüşme yöntemiyle toplanmıştır.

Bulgular: Araştırmaya katılan 316 annenin %30,1'i D vitamini verilmediğinde çocuğun sık hastalanacağını bilmektedir. Annelerin %96,5'i çocuğunu güneşe çıkardığını belirtmiştir. Annelerin %14,9'u bebeğin/ çocuğun sadece başını açarak, %74,4'ü başını ve elini açarak, %10,2'si ise tam giysili olarak güneşe çıkarmaktadır. Annelerin %96,2'sinin çocuklarına D vitamini verdiği saptanmıştır. Annelerin %98,4'üne sağlık personeli tarafından çocuğuna D vitamini vermesi önerilmiştir. Çocuğa D vitamini verilmesinin önerilmiş olması, annenin gebeliğinde D vitamini kullanması, kemik sağlığı için güneşe çıkarmanın önemli olduğunu bilmeleri ile çocuklara D vitamini verilmesi arasında ilişki bulunmuştur ($p<0,05$).

Sonuç: Araştırmaya katılan annelerin çoğunluğu çocuğunu güneşe çıkarmakta ve çocuğuna D vitamini vermektedir. Sağlık personeli tarafından D vitamini önerilmesi, annenin gebeliğinde D vitamini kullanmış olması annenin davranışını etkilemektedir. Yapılan eğitimlerde sağlık personelinin çocukların uygun kıyafetle güneşe çıkarılmalarının önemli olduğunu anlatması gerekmektedir.

Anahtar sözcükler: D vitamini, D vitamini desteği, Çocuk sağlığı

Abstract

Introduction: The aim of this study was to determine mothers' knowledge and attitudes of vitamin D supplementation and to examine the factors associated with giving vitamin D supplements to their children.

Material and Method: The data of this study were obtained from mothers with children aged 0-4 who applied to family health centers. The data were collected using a face-to-face interview method, using a questionnaire designed by the researchers, using the literature.

Results: 30.1% of 316 mothers participating in the study know that the child will get sick frequently if vitamin D is not given. 96.5% of mothers take their children out to the sun. 14.9% of the mothers open only the head of the baby/child, 74.4% open their head and hand, and 10.2% put them in the sun fully clothed. It was found that 96.2% of mothers gave vitamin D to their children. 98.4% of mothers have been recommended by medical staff to give vitamin D to their child. A significant relationship was found between the recommendation to give vitamin D to the child, the status of the mother's use of vitamin D in her pregnancy, the mothers' knowledge that taking them out to the sun for bone health and giving vitamin D to the children ($p < 0.05$).

Conclusion: The majority of the mothers participating in the study take their children out to the sun and give vitamin D supplements to their children. The recommendation of vitamin D supplementation by the medical staff and the use of vitamin D supplements in the mother's pregnancy affect the mother's behavior. In the trainings, medical staff should explain that it is important that children be exposed to the sun with appropriate clothing.

Key words: Vitamin D, Vitamin D supplementation, Child health

¹Doç. Dr.; Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu (Orcid no: 0000-0001-7749-705X)

²Msc.; Ayşe Gülay ŞAHAN, Özel Yeni Nesil Anaokulu, Balıkesir (Orcid no: 0000-0002-6665-4563)

Giriş

D vitamini yağda çözünen bir vitamin olup, deride sentezlenen kolekalsiferol (D3 vitamini) ve besinlerle alınan ergokalsiferol (D2 vitamini) olmak üzere iki kaynağı bulunmaktadır. Güneşin ultraviyole (UVB) ışınlarının etkisiyle D3 vitamini deride 7-dehidrokolesterolden yapılmakta ve D vitamininin temel kaynağını oluşturmaktadır. D vitamininin kas gücünü ve bağışıklık sistemini artırdığı ve kemikler üzerine olan etkileri nedeniyle kalsiyum ve fosfatın düzenlenmesinde önemli görevleri olduğu bilinmektedir (1,2). Gebelik döneminde annedeki D vitamini eksikliği hem kendi sağlığını, hem de bebeğin sağlığını etkilemektedir (2,3). Fetus için gerekli olan D vitamini plasental yolla anneden fetusa geçebilmektedir. Yapılan çalışmalarda annelerin D vitamini düzeyi ile bebeklerin D vitamini düzeyleri arasında anlamlı ilişki olduğu gösterilmiştir (1-3). Yenidoğan döneminden itibaren UVB yoluyla D vitamini sentezi ve dışarıdan D vitamini desteği bebek ve çocuk sağlığı için önemlidir. Bebeklik döneminden itibaren ilk altı ayda bebekler için temel besin kaynağı olan anne sütü bebeklerin günlük D vitamini gereksinimini sağlamada yetersizdir (1). Düşük sosyoekonomik düzey, güneş koruyucu krem kullanımı, camın arkasından UVB ile temas, kundak ve kış aylarında çocukların evden dışarı çıkarılmaması, D vitamini desteği verilmemesi bebek ve çocuklarda D vitamini eksikliğine neden olmaktadır (1,4,5). D vitamini eksikliği olan bebek ve çocuklarda raşitizm görülebilmektedir (1,6). Son yıllarda yapılan kanıt değeri yüksek olan çalışmalarda D vitamini desteğinin fetal/neonatal ölüm riskini azalttığı, beş yaş altı çocuklarda pnömoni şiddetini ve nüksünü azalttığı, bebeğin sağlıklı büyüme ve gelişiminde faydalı olduğu gösterilmiştir (7-10).

Ülkemizde 2005 yılında Sağlık Bakanlığı tarafından "D Vitamini Yetersizliğinin Önlenmesi ve Kemik Sağlığının Korunması Projesi" başlatılmıştır (11,12). Doğumdan başlayarak bir yaşına kadar tüm bebeklere ücretsiz olarak birinci basamak sağlık kurumları tarafından D vitamini dağıtılmaya başlanmıştır. Ülkemiz genelinde 0-3 yaş grubunda % 1,7 - 19,0 olarak bilinen raşitizm sıklığının (6) bu projenin sonunda %0,1'e düştüğü görülmüştür (5). Genel olarak, D vitamini desteğinin iyi uygulandığı çoğu Batı ülkesinde raşitizm görülme sıklığı düşüktür. Bu ülkelerde, raşitizm yalnızca D vitamini desteği almayan

çocuklarda ve çoğunlukla D vitamini eksikliği için bilinen risk faktörlerine sahip çocuklarda bulunmaktadır (10).

Kemik sağlığı ve D vitamini destek programlarının önemi halen güncelliğini korumaktadır. (1,13,14). Ülkemizdeki 6-17 aylık çocukları temsil eden örneklerle yapılan bir çalışmada çocukların %26,8'inde D vitamini eksikliği olduğu bulunmuştur (13). Bütün bebeklere günde 400 IU D vitamini desteği önemli bir sağlık hizmeti önceliğidir. Ülkemizde yapılan çalışmalar, D vitamini eksikliği-yetersizliğinin halen sorun olmaya devam ettiğini, anneler başta olmak üzere birinci basamakta çalışan sağlık personelinin rolünü ve toplumun eğitime önem verilmesi gerektiğini göstermektedir (4,13-16). Bu nedenle, birinci basamak sağlık personelinin dikkatini bu konuya yönlendirmek, annelerin D vitamini konusundaki bilgi ve tutumlarını değerlendirmek için bu araştırma yapılmıştır.

Araştırmanın amacı Balıkesir'in Altieylül ilçesinde birinci basamak sağlık hizmetini kullanan annelerin D vitamini hakkındaki bilgilerinin ve D vitamini kullanma davranışlarının belirlenmesi, annelerin bilgi ve davranışları ile çocuklarına D vitamini vermesi arasındaki ilişkinin incelenmesidir.

Gereç ve Yöntem

Tanımlayıcı, kesitsel tipteki bu araştırma Balıkesir'in Altieylül ilçesinde birinci basamak sağlık hizmeti sunan Aile Sağlığı Merkezlerinde (ASM) yapılmıştır. Araştırmanın evreni bu ASM'lere başvuran 18 yaş üstü, 0-4 yaş çocuğu olan annelerden oluşmaktadır. Balıkesir Halk Sağlığı Müdürlüğü'nden bu ASM'lere kayıtlı 0-4 yaş grubu bebek/çocuk sayısının 5709 olduğu öğrenilmiştir. Literatürde çocuklarına düzenli olarak D vitamini veren annelerin oranı %67,2 olarak bulunmuştur (14). Araştırmada en az ulaşılabilecek örnek büyüklüğü OpenEpi programı ile %67 prevalans, %5 hata payı, %95 güven düzeyinde 321 kişi olarak hesaplanmıştır. Her ASM'nin kayıtlarından basit rasgele örnekleme yöntemiyle araştırmanın örnek listesi belirlenmiştir. Araştırmanın verileri 0-4 yaş çocuğu olan annelerden, yüz yüze görüşme yöntemiyle toplanmıştır. Veriler araştırmacılar ve araştırmacıların ulaşamadığı bölgelerde annelerle yakın temas halinde, aile sağlığı çalışanı olarak hizmet veren ebe ve hemşireler tarafından toplanmıştır. Verilerin toplanmasında

standardizasyonun sağlanabilmesi için aile sağlığı çalışanlarına verilerin nasıl toplanacağına dair birebir eğitim verilmiş, araştırmanın amacı ve içeriği anlatılmıştır. Araştırmaya başlamadan önce Balıkesir Halk Sağlığı Müdürlüğü'nden ve Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'ndan izin alınmıştır (09.02.2017, Karar no: 2017/02-43). Bu çalışmada Helsinki Deklarasyonu Prensipleri'ne uyulmuştur. Araştırmanın verileri literatürden yararlanarak araştırmacılar tarafından oluşturulmuş olan bir anketle (Veri Kayıt Formu) toplanmıştır (3,4,9,10,14,16). Katılımcı annelerin gönüllü onamları alındıktan sonra anketler doldurulmuştur. ASM'lerde çocuklarını sağlam çocuk muayenesi ve kontrolüne getiren 18 yaş ve üstü anneler bu araştırmaya dahil edilmiştir. Sözel olarak iletişim kurabilen herhangi bir konuşma, işitme ve zeka özürü olmayan anneler araştırmaya alınmıştır.

Veri Toplama Aracı ve Değişkenler

Veri Kayıt Formu: Bu anket 28 sorudan oluşmaktadır. Anket, anne ve çocuğun sosyodemografik özellikleri, bebeğin doğum zamanı, doğum ağırlığı, ilk altı ay beslenme şekli, gebelikte D vitamini kullanımı, çocuğuna D vitamini kullanımına yönelik annenin bilgi ve davranışı ile çocuğunu güneşe çıkarma alışkanlığını belirlemeye yönelik soruları içermektedir.

Araştırmanın Değişkenleri: Araştırmanın bağımlı değişkeni bebeğe düzenli olarak D vitamini verilmesi durumudur. Araştırmanın bağımsız değişkenleri annenin yaşı, öğrenim durumu, çalışma durumu, ekonomik durum algısı, sahip olduğu çocuk sayısı, gebelikte düzenli olarak D vitamini kullanma durumu, çocuğun cinsiyeti, yaşı, doğum zamanı, doğum ağırlığı, ilk altı ay beslenme şekli, bebeğe D vitamini önerilme durumu ve D vitamini kimin önerdiği, annenin çocuğunu güneşe çıkarma alışkanlığıdır.

İstatistiksel Analiz: Veriler SPSS 22.0 istatistik paket programı kullanılarak çözümlenmiştir. Araştırmada sürekli değişkenler ortalama \pm standart sapma ile, sınıflanmış değişkenler sayı ve yüzde olarak sunulmuştur. İstatistiksel çözümlenmede; bağımsız değişkenlerin bağımlı değişkenle ilişkisinde ki-kare, eğitimde ki-kare ve Fisher'in kesin testi kullanılmıştır. İstatistik

anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ kabul edilmiştir.

Bulgular

Araştırmaya toplam 316 anne katılmıştır (katılım oranı = %98,4). Araştırma grubunun özellikleri Tablo 1'de gösterilmiştir. Araştırmaya katılan annelerin %33,9'unun 26-30 yaş grubunda, %31,3'ünün ilkokul mezunu, %59,2'sinin ekonomik durumunu 'orta' olarak algıladığı ve %48,1'inin iki çocuğu olduğu belirlenmiştir. Annelerin çoğunluğu (%89,9) gebeliğinde D vitamini kullandığını belirtmiştir. Çocukların %51,3'ü erkek, %51,9'u 13-24 aylık, %93,7'sinin doğum ağırlığı ≥ 2500 gramdır. Çocukların

Tablo 1. Araştırma grubunun özellikleri (n=316)					
Anneye ait özellikler			Çocuğa ait özellikler		
	Sayı	%		Sayı	%
Yaş			Cinsiyet		
20-25	80	25,3	Kız	154	48,7
26-30	107	33,9	Erkek	162	51,3
31-35	72	22,8	Yaş		
≥ 36	57	18,0	0-6 ay	23	7,3
Öğrenim durumu			7-12 ay	31	9,8
Hiç okula gitmemiş	30	9,5	13-24 ay	164	51,9
İlk	99	31,3	25-36 ay	57	18,0
Orta	65	20,6	37-48 ay	41	13,0
Lise	75	23,7	Doğum ağırlığı		
Üniversite	47	14,9	<2500 gr	20	6,3
Çalışma Durumu			≥ 2500 gr	296	93,7
Ev Hanımı/Çalışmıyor	253	80,1	Doğum zamanı		
Memur	37	11,7	≥ 36 hafta	303	95,9
İşçi	18	5,7	<36 hafta	13	4,1
Serbest	8	2,5	İlk 6 ay beslenme		
Ekonomik durum algısı			Sadece anne sütü	228	72,2
Çok iyi	3	0,9	Anne sütü +mama	88	27,8
İyi	97	30,7			
Orta	187	59,2			
Kötü	28	8,9			
Çok kötü	1	0,3			
Çocuk Sayısı					
1	82	25,9			
2	152	48,1			
3	62	19,6			
≥ 4	20	6,3			
Gebelikte D vitamini kullandınız mı?					
Evet	284	89,9			
Hayır	32	10,1			

%95,9'u ≥ 36 hafta doğmuş, %72,2'si ilk altı ay sadece anne sütü ile beslenmiştir (Tablo 1). Araştırmaya katılan annelerin yarısından fazlasının (%56,3) anne sütünde yeterince D vitamini olmadığını bilmediği saptanmıştır. Annelerin %30,1'i D vitamini verilmediğinde bebeğinin sık hastalanacağını, %28,2'si kemiklerinin gelişemeyeceğini bilmektedir. Annelerin %96,5'i çocuğunu güneşe çıkardığını (en az 10 dakika en fazla 120 dakika, ortalama: $59,0 \pm 33,5$) belirtmiştir. Annelerin %14,9'u bebeğin/çocuğun sadece başını açarak, %74,4'ü başını ve elini açarak, %10,2'si ise tam giysili olarak güneşe çıkarmaktadır. Annelerin %96,2'sinin çocuklarına düzenli olarak D vitamini verdiği saptanmıştır. Annelerin %98,4'üne sağlık personeli tarafından çocuğuna D vitamini vermesi önerilmiştir.

Tablo 2. Annelerin çocuklarına D vitamini verilmesi konusunda bilgi ve davranışları (n=316)		
Bilgi ve davranışlar	Sayı	%
Anne sütünde D vitamini yeterli mi?		
Evet	178	56,3
Hayır	138	43,7
Bebeklere/çocuklara D vitamini verilmediğinde ne olur?		
Yürümesi gecikir	45	14,2
Dişleri geç çıkar	70	22,2
Sık hastalanır	95	30,1
Kemikleri gelişmez	89	28,2
Fikrim yok	17	5,4
Güneşe çıkarıyor musunuz? (En az 10 dk. en fazla 120 dk. ortalama: $59,0 \pm 33,5$dk.)		
Evet	305	96,5
Hayır	11	3,5
Güneşe çıkarırken çocuğun kıyafeti (n=305)		
Sadece başı açık	47	14,9
Kafa, yüz, el açık	227	74,4
Tam giysili	31	10,2
Çocuğunuza düzenli olarak D vitamini veriyor musunuz?		
Evet	304	96,2
Hayır	12	3,8
Düzenli olarak D vitamini vermeniz önerildi mi?		
Evet	311	98,4
Hayır	5	1,6
Düzenli olarak D vitamini verilmesini kim önerdi? (n=311)		
Ebe-Hemşire	140	45,0
Aile Hekimi	127	40,8
Hastaneden (doğum sonrası)	44	14,1

Önerinin en fazla ebe ve hemşireler (%45,0) tarafından yapıldığı belirlenmiştir (Tablo 2).

Gebeliğinde D vitamini kullanan annelerin çocuklarına D vitamini verme davranışının daha fazla olduğu görülmüştür ($p < 0,01$). Annenin yaşı, öğrenimi, çalışma durumu, ekonomik durum algısı ve sahip olduğu çocuk sayısı ile çocuklara

Tablo 3. Annenin özellikleri ile çocuklara D vitamini verilmesi arasındaki ilişki (n=316)				
Özellikler		Çocuğuna D vitamini		p
		Veren (%)	Vermeyen (%)	
Yaş grubu	20-25	76 (95,0)	4 (5,0)	0,189
	26-30	103 (96,3)	4 (3,7)	
	31-35	72 (100,0)	0	
	≥ 36	53 (93,0)	4 (7,0)	
Öğrenim durumu	<Lise	125 (96,9)	4 (3,1)	0,590
	\geq Lise	179 (95,7)	8 (4,3)	
Çalışma durumu	Çalışan	244 (96,4)	9 (3,6)	0,654
	Çalışmayan	60 (95,2)	3 (4,8)	
Ekonomik durum algısı	Çok iyi-İyi	99 (99,0)	1 (1,0)	0,180
	Orta	178 (95,2)	9 (4,8)	
	Kötü-Çok kötü	27 (93,1)	2 (6,9)	
Çocuk sayısı	1	78 (95,1)	4 (4,9)	0,719
	2	147 (96,7)	5 (3,3)	
	3	59 (95,2)	3 (4,8)	
	≥ 4	20 (100,0)	0	
Gebelikte düzenli olarak D vitamini kullandınız mı?	Evet	282 (99,3)	2 (0,7)	0,001
	Hayır	22 (68,8)	10 (31,2)	

Çocuğun cinsiyeti, doğum ağırlığı, doğum zamanı ve ilk altı ay beslenme şekli ile D vitamini verilmesi arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p > 0,05$). Çocuklara D vitamini vermesinin önerilmiş olması ile D vitamini verilmesi arasında anlamlı ilişki bulunmuştur ($p < 0,05$). Önerinin kimin tarafından yapıldığı ve annenin çocuğu güneşe çıkarma davranışı ile D vitamini verilmesi arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p > 0,05$). Annelere çocuğunu neden güneşe çıkardığı sorulduğunda 'kemiklerinin gelişmesi, dişlerinin çıkması için' yanıtını verenlerin çocuklarına D vitamini verme davranışının daha fazla olduğu saptanmıştır ($p < 0,003$) (Tablo 4).

Tablo 4. Çocuğa ait özellikler ile D vitamini verilmesi arasındaki ilişki (n=316)				
Özellikler		D vitamini		p
		Alan (%)	Almayan (%)	
Cinsiyet	Kız	150 (97,4)	4 (2,6)	0,277
	Erkek	154 (95,1)	8 (4,9)	
Doğum ağırlığı	<2500 gr	20 (100,0)	0	0,359
	≥2500 gr	284 (95,9)	12 (4,1)	
Doğum zamanı	≥36 hafta	291 (96,0)	12 (4,0)	0,464
	<36 hafta	13 (100,0)	0	
İlk 6 ay beslenme	Sadece anne sütü	222 (97,4)	6 (2,6)	0,081
	Annesütü+mama	82 (93,2)	6 (6,8)	
D vitamini önerildi mi?	Evet	304 (97,7)	7 (2,3)	0,001†
	Hayır	0	5 (100,0)	
Düzenli olarak D vitamini verilmesini kim önerdi?	Ebe-Hemşire	136 (97,1)	4 (2,9)	0,534
	Aile Hekimi	124 (97,6)	3 (2,4)	
	Hastaneden (doğum sonrası)	44 (100,0)	0	
Güneşe çıkarılma	Evet	294 (96,4)	11 (3,6)	0,350
	Hayır	10 (90,9)	1 (9,1)	
Çocuğun güneşe çıkarılma nedeni (n=305)	Kemiklerinin gelişmesi, dişlerinin çıkması için	263 (97,4)	7 (2,6)	0,031
	Hastalanmaması için	31 (96,4)	4 (11,4)	

†Fisher'in kesin testi

D vitamini verilmesi arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır (p>0,05) (Tablo 3).

Tartışma

Bebek ve çocuklara D vitamini verilmesi raşitizmi önlemede kullanılan düşük maliyetli ve etkili, tedavi edici bir yöntemdir (3). Araştırmamızda birinci basamak sağlık hizmetini kullanan annelerin D vitamini hakkındaki bilgilerinin ve D vitamini kullanma davranışlarının belirlenmesi, annelerin bilgi ve davranışları ile çocuklarına D vitamini vermesi arasındaki ilişkinin belirlenmesi amaçlanmıştır. Araştırmamıza katılan annelerin çoğunluğunun çocuklarına D vitamini verdiği görülmüştür. Çocuğa D vitamini vermesinin önerilmesi ve gebeliğinde D vitamini kullanması annelerin çocuklarına D vitamini verme davranışını artırmaktadır. Annelerin, çocuklara D vitamini vermenin ve güneşe çıkarmanın kemik ve diş sağlığı açısından yararlı olduğunu bilmesi

çocuğuna D vitamini verme davranışına olumlu etkisi olduğu bulunmuştur. Ülkemizde Sağlık Bakanlığı tarafından "D Vitamini Yetersizliğinin Önlenmesi ve Kemik Sağlığının Korunması Projesi" kapsamında yaklaşık 15 yıldır birinci basamak sağlık kurumlarında 0-12 aylık bebeklere tespit edildikten, yenidoğanlara ise ilk haftadan itibaren günde 400 IU (üç damla) en az 12 ay D vitamini desteği ücretsiz olarak sağlanmaktadır (12). Gebelere yönelik D vitamini desteği ise 2011 yılından beri ülke genelinde 'Gebelere D Vitamini Destek Programı' doğrultusunda uygulanmaktadır. Tüm gebelere on ikinci haftadan başlayarak doğumdan sonra altı ay boyunca D vitamini desteği ASM'ler tarafından ücretsiz olarak verilmektedir. Gebelere günde tek doz 1200 IU (dokuz damla) D vitamini desteği kullanması önerilmektedir (17). Araştırmamıza katılan annelerin çoğunluğu (%90) gebeliğinde D vitamini kullandığını belirtmiştir.

Gebeliğinde D vitamini kullanan annelerin çocuklarına D vitamini verme davranışının daha fazla olduğu görülmüştür. Araştırmalarda gebeliğinde D vitamini desteği alan annelerin D vitamini düzeyinin doğum sonrası bebeklerine de yansımış olduğu bulunmuştur (3,4,15,18,19). Kaya ve ark. (16) araştırmalarında gebelerde ve doğan bebeklerinde farklı zaman dilimlerinde D vitamini düzeyi karşılaştırması yapmışlardır. Gebelikte özellikle 36. gebelik haftasındaki annenin D vitamini düzeyi ile kord kanındaki D vitamini düzeyi arasında ilişki bulunmuştur. Ankara'da bir hastaneye başvuran gebelerde yapılan bir çalışmada ise gebelerin yarısının D vitamini kullandığı belirlenmiştir (20). Hastaneye başvuran 0-3 yaş çocukların ananelerinde yapılan bir araştırmada annelerin yaklaşık yarısının gebeliğinde D vitamini kullandığı halde, tümünün çocuğuna D vitamini verdiği, ancak yalnızca %67'sinin çocuğuna düzenli olarak D vitamini verdiği belirlenmiştir (14). Bir yaş altı bebeklerin annelerinde yapılan bir çalışmada annelerin yarısından azının gebeliğinde D vitamini kullandığı belirlenmiştir (21). İstanbul'da bir ASM'ye başvuran 0-12 aylık bebeklerin anneleriyle yapılan bir çalışmada annelerin %70'inin gebeliğinde D vitamini desteği aldığı, tüm annelerin bebeklerine D vitamini verdikleri bulunmuştur (22). Bizim çalışmamızdan farklı olarak bu çalışmalarda daha az oranda gebenin D vitamini almış olması sosyokültürel düzey farkı ve gebenin sağlık hizmetlerinden yeterince yararlanamaması gibi faktörlerden kaynaklanabilir. Annenin D vitamini desteğini benimsemiş olması bebeklerine de bu davranışını sürdürebildiğini göstermektedir. Anneye gebeliğin başlangıcından itibaren D vitamininin önemi anlatılmalı, D vitamini desteğinin hem kendi sağlığına hem de bebeğin sağlığına ve gelişimine olan etkileri vurgulanmalıdır.

Yapılan çalışmalarda bebeklere doğumdan itibaren günde 400 IU D vitaminine başlanması gerektiği belirtilmektedir (1,2,13). Kış aylarında ve özellikle güneşle doğrudan teması olmayan çocuklara D vitamini desteğine devam edilmesi önerilmektedir (2,10,23). Tüm ülkemizi temsil eden 6-17 aylık çocuklarda D vitamini düzeyi incelenen bir araştırmada bir yaşına kadar olan çocukların yaklaşık üçte birinin D vitamini düzeyinin yeterli düzeyde olduğu bulunmuştur (13). Araştırmamıza katılan annelerin %96,2'sinin çocuklarına düzenli

olarak D vitamini verdiği saptanmıştır. Birleşik krallıkta 0-11 yaş grubu çocuklarda günde 400 IU D vitamini alan çocukların sıklığı yaş gruplarına göre %57-75 arasında değişmektedir (23). Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması'nda (TBSA-2010) ülkemizde 0-5 yaş grubu çocukların %72'sine D vitamini verildiği bulunmuş, çocukların yaşı arttıkça D vitamini verilme sıklığının azaldığı bulunmuştur (24). Van'da hastaneye başvuran 0-36 aylık çocuklarda yapılan bir çalışmada çocukların %87,5'ine D vitamini verildiği bulunmuştur (25). İstanbul'da bir hastanenin sağlam çocuk polikliniğine başvuran 0-12 aylık bebeklerin annelerinde yapılan bir çalışmada annelerin dörtte üçünün çocuklarına D vitamini verdiği belirlenmiştir (21). Iğdır'da hastaneye başvuran 20-36 aylık çocuğu olan annelerde yapılan çalışmada annelerin %71'inin çocuğuna düzenli olarak D vitamini verdiği belirtilmiştir (26). Bizim çalışmamız gibi ASM'ye kayıtlı bebeklerde yapılan iki farklı çalışmada tüm annelerin bebeklerine D vitamini verdikleri saptanmıştır (22,27). Yozgat'ta çocuk polikliniğine başvuran çocuklarda yapılan bir araştırmada çocukların D vitamini kullanma sıklığı bizim ve diğer çalışmaların sonuçlarından oldukça düşük bulunmuştur (28). Bebek ve çocukların ASM'lerde aile hekimleri ve ebe/hemşireler tarafından sürekli izleniyor olması, D vitamininin ücretsiz olarak verilmesi annelerin çocuklarına D vitamini verme davranışlarını etkiliyor olabilir.

Gelişmiş ülkelerde ülke politikaları doğrultusunda annelere bebeklerine günde 400-800 IU D vitamini vermeleri konusunda eğitimler verilmektedir (10). Araştırmamızda annelere sağlık personeli tarafından çocuklarına D vitamini vermesinin önerilmiş olması ile D vitamini verilmesi arasında anlamlı ilişki bulunmuştur. Annelerin %98,4'üne sağlık personeli tarafından çocuğuna D vitamini vermesi önerilmiştir. Önerinin en fazla ebe ve hemşireler tarafından yapıldığı belirlenmiştir. TBSA-2010 çalışmasına göre 0-5 yaş grubu çocuklara D vitamini desteğini öneren kişilerin başında doktor (%80,8) gelmektedir (24). Hastanede sağlam çocuk polikliniğine başvuranlarda yapılan bir çalışmada annelerin tamamının çocuklarına D vitamini vermesi gerektiğini bildiği görülmüştür. Bu bilgiyi annelerin %49,4'ü doğum yaptığı hastaneden, %28,7'si bağlı olduğu ASM hemşiresinden, %22,2'si ise aile hekiminden

aldığını belirtmiştir (14). İzmir’de 0-1 yaş çocuğu olan annelerde yapılan çalışmada çocuklarına D vitamini vermesi gerektiği bilgisini annelerin yarısının doğum yaptığı hastaneden, dörtte birinin hemşirelerinden, diğerlerinin ise aile hekimlerinden öğrendikleri belirlenmiştir (27). Bir hastanenin sağlam çocuk polikliniğine başvuran 0-12 aylık çocukların annelerinde yapılan bir çalışmada çocuklara D vitamini vermesi önerisinin en fazla oranda doktor tarafından olduğu belirlenmiştir (21). Yetim ve ark. (26) çalışmasında D vitamini vermeyen anneler aile hekimi tarafından bu ilacın kendilerine hiç verilmediğini neden olarak göstermişlerdir. Bu sonuçlar D vitamini yetersizliği ve eksikliği ile mücadele için birinci basamak tarafından bebek ve çocuklara D vitamini verilmesi konusunda anneyi bilgilendirmenin gerekliliğini ve önemini ortaya koymaktadır.

Son yıllarda yapılan çalışmalarda annelerin D vitamininin çocuk sağlığına olan olumlu etkilerini kavramış olması çocuklarına D vitamini verme davranışını olumlu yönde etkilediğini göstermektedir (1,10,27,29). Araştırmamızda çocuğunu güneşe çıkaran annelere neden çıkardığı sorulduğunda ‘kemiklerinin gelişmesi, dişlerinin çıkması için’ yanıtını verenlerin çocuklarına D vitamini verme davranışının daha fazla olduğu saptanmıştır. Yapılan bir araştırmada, 0-3 yaş grubu çocuğu olan annelerin yarısından fazlası D vitamini verilmediğinde çocuğunun yürümesinin gecikeceğini, yaklaşık üçte biri ise dişlerinin geç çıkacağını belirtmiştir (14). 0-12 aylık çocukların annelerinde yapılan bir çalışmada annelerin çoğunluğunun çocuklara D vitamini vermenin kemik gelişimi için gerekli olduğunu bildiği gösterilmiştir (21). Birinci basamakta yapılan başka bir çalışmada annelerin yarısından fazlası D vitamini verilmediğinde bebeğinin yürümesinin gecikeceğini belirtmiştir. Yine aynı çalışmada annelerin neredeyse tamamına yakını çocuğunu güneşe çıkarmaktadır (22). Bizim araştırmamızda ve bu çalışmalarda gösterildiği gibi annelerin D vitamini ve güneşin yararları konusunda bilgi sahibi olması çocuğuna düzenli olarak D vitamini vermesini etkilemektedir. Ancak bizim çalışmamızda saptanan annelerin yarısının anne sütünde D vitamini olmadığını bilmemesi, çocuğu güneşe çıkarırken ne kadar soyması gerektiğini bilmemesi önemli bir bulgudur. Van ilinde hastaneye başvuran 0-36 aylık bebeklerin

yaklaşık yarısında D vitamini eksikliği saptanmış, yeterince doğrudan güneşle temas etmeyen, anne sütü ile beslenen bebeklere günde 400 IU D vitamininin yeterli olmadığı belirtilmiştir (25). Hindistan’da yapılan, anne ve bebeklere D vitamini desteği verilmeyen grupta yapılan bir izlem çalışmasında ilk 6 ay anne sütüyle beslenen bebeklerin güneş ışığıyla yeterince teması ile serum D vitamini düzeyi arasında önemli bir korelasyon bulunmuştur. Altıncı haftadan başlayarak 16-18 hafta boyunca haftada 30 dakikalık öğleden sonra güneşe çıkması (bedenin %40’ının doğrudan teması) bebeğin D vitamini düzeyinin yeterli olmasını sağlamıştır (30). ASM’lerde yapılan eğitimlerde sağlık personelinin anne sütünde yeterince D vitamini olmadığını belirtmesi, annelerin çocukları uygun kıyafetle güneşe çıkarmalarının önemli olduğunu anlatması önerilir.

Araştırmamızda annenin yaşı, öğrenimi, çalışma durumu, ekonomik durum algısı ve sahip olduğu çocuk sayısı ile çocuklara D vitamini verilmesi arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır. Literatürde bizim bulgumuzla uyumlu çalışmalar bulunmaktadır (14,25).

Bu çalışmanın kısıtlılıkları birinci basamakta ASM’ye başvuran annelerde yapılmış olması nedeniyle genel toplum hakkında net bir bilgi verememesi, annenin D vitamini verme davranışının gözleme dayanmayıp öz-bildirime dayalı olarak toplanmasıdır. Bu çalışmada D vitamini ölçülmesi hedeflenmemiş olmakla birlikte D vitamini düzeyi ölçülebilseydi verilerin daha doğru değerlendirilmesini sağlayabilirdi. Araştırmacılara yardımcı olan ebe/hemşirelerin standart eğitim verdikten sonra verilerin toplanmış olması, verilerin annelerle yüz yüze görüşme yöntemiyle toplanması araştırmanın güçlü yanlarından.

Sonuçlar

D vitamini çocuğun sağlıklı büyümesi ve gelişmesi için çok önemlidir. İntrauterin dönemden okul yaşına kadar olan zaman diliminde bebek ve çocuklara sunulan koruyucu sağlık hizmetlerinde birinci basamağın önemi büyüktür. Çalışmamızda sağlık çalışanları tarafından çocuklarına D vitamini vermeleri gerektiği konusunda annelerin bilgilendirildiği saptanmıştır. Annelerin tamamına yakınının D vitamini destek programına uygun olarak çocuklarına D vitamini verdikleri

belirlenmiştir. Ancak annelerin anne sütünde yeterince D vitamini olmadığı bilgisi, çocuğun derisinin doğrudan güneş ışınıyla temas etmesi gerektiği konusundaki bilgisi yetersizdir. Çocuğa D vitamininin önerilmiş olması, annenin gebeliğinde D vitamini kullanma alışkanlığı olması, D vitamini ve güneşe çıkarmanın çocuklarının kemik sağlığı için önemini bilmesi ile annelerin çocuklarına D vitamini vermesi arasında olumlu ilişki vardır. Bu sonuçlar ASM hekimlerinin ve ebe/hemşirelerinin hem gebelere hem de çocuğu olan annelere D vitamininin düzenli olarak kullanılması konusunda bilgilendirme çalışmalarında yol gösterici olabilir. Gebelikten başlayarak doğumdan sonra bir yaşına kadar D vitamini desteğinin bebek sağlığı ve gelişimi için önemi, güneş ışınıyla yeterince doğrudan temasın önemine ilişkin eğitim programları düzenlenebilir. Bu konuda toplumsal farkındalığı artırmak için afişler ve broşürler hazırlanabilir.

İletişim: Doç.Dr. Ayla Açıkgöz
E-Posta: ayla.acikgoz@deu.edu.tr

Kaynaklar

1. Randev S, Kumar P, Guglani V. Vitamin D supplementation in childhood –a review of guidelines. *Indian J Pediatr* 2018;85:194–201.
2. Dobson R, Cock HR, Brex P, Giovannoni G. Vitamin D supplementation. *Pract Neurol* 2018;18:35-42.
3. Tan ML, Abrams SA, Osborn DA. Vitamin D supplementation for term breastfed infants to prevent vitamin D deficiency and improve bone health. *Cochrane Database of Systematic Reviews Intervention* 2020; doi:10.1002/14651858.CD013046.pub2.
4. Buğrul F. Süt çocukluğu dönemindeki bebeklerin annelerine verilen D vitamininin çocuklardaki D vitamini düzeyine etkisi (uzmanlık tezi). İstanbul: İstanbul Üniversitesi Çocuk Sağlığı Enstitüsü; 2011.
5. Hatun Ş, Ozkan B, Bereket A. Vitamin D deficiency and prevention: Turkish experience. *Acta Pædiatrica* 2011;100:1195–99.
6. Hatun S, Bereket B, Çalikoğlu AS, Özkan B. Günümüzde D vitamini yetersizliği ve nutrisyonel rikets. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi* 2003;46:224–241.
7. Gupta P, Dewan P, Shah D, Sharma N, Bedi N, Kaur IR et al. Vitamin D supplementation for treatment and prevention of pneumonia in under-five children: a randomized double-blind placebo controlled trial. *Indian Pediatr* 2016;53:967-980.
8. Singh N, Kamble D, Mahantshetti NS. Effect of vitamin D supplementation in the prevention of recurrent pneumonia in under-five children. *Indian J Pediatr* 2019;86: 1105-1111.
9. Bi WG, Nuyt AM, Weiler H, Leduc L, Santamaria C, Wei SQ. Association between vitamin D supplementation during pregnancy and offspring growth, morbidity, and mortality a systematic review and meta-analysis. *JAMA Pediatr* 2018;172:635-645.
10. Bouillon R. Comparative analysis of nutritional guidelines for vitamin D. *Nat Rev Endocrinol* 2017;13: 466-479.
11. Hatun S, Bereket A, Ozkan B, Coşkun T, Köse R, Calıkoğlu AS. Free vitamin D supplementation for every infant in Turkey. *Arch Dis Child* 2007;92:373–374.
12. T.C. Sağlık Bakanlığı Ana-Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü. D vitamini yetersizliğinin önlenmesi ve kemik Sağlığının Korunması Projesi Rehberi. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi 2005;14: 4-5.
13. Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi ve T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü. Türkiye’de 6-17 aylık çocuklarda ve annelerinde hemoglobin ferritin D-vitamini düzeyi ve demir eksikliği anemisi durum belirleme yürütülen programların değerlendirilmesi araştırması. Ankara: Sağlık Bakanlığı Yayın No: 873; 2011.
14. Çataklı T, Taşar S, Oğulluk M, Dallar Bilge Y. Bir hastaneye başvuran annelerin D vitamini hakkındaki bilgileri ve kullanma tutumları. *Ege Tıp Dergisi* 2014;53:135-140.
15. Sert A, Kaya H, Yiğit Ö, Yavuz S, Karakuş Sert T. Gebelerde ve yenidoğan bebeklerde D vitamini korelasyonu. *Van Tıp Dergisi* 2020;27:197-202.
16. Kaya A, Güven AS, Gültekin A, İçağasioğlu FD, Cevit Ö. Anne-bebek ikilisinde perinatal D vitamini profilaksisinin önemi. *Perinatoloji Dergisi* 2012;20:18-23.
17. Gebelere D vitamini destek programı. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. Erişim tarihi: 13 Şubat 2021, Erişim adresi: <https://www.saglik.gov.tr/TR,11158/gebelere-d-vitamini-destek-programi.html>.
18. Perumal N, Mahmud AA, Bakui AH, Roth DE. Prenatal vitamin D supplementation and infant vitamin D status in Bangladesh. *Public Health Nutr* 2015;20:1865-1873.
19. Kepkep UA. Anne ile yenidoğan bebeğın serum D vitamini düzeylerinin ve etkileşimlerinin belirlenmesi (yüksek lisans tezi). Gaziantep: Hasan Kalyoncu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2018.
20. Çukurovalı Soykurt S, Tayfur M, Uluçam Çelen E. 20-49 yaş arası gebe kadınların D vitamini

- destekleri kullanım durumları ile beslenme ve depresyon durumlarının karşılaştırılması. *BÜSBİD* 2020; 5(1): 31-48.
21. Kara Elitok G, Bülbül L, Turan B, Akın TY, Uslu S, Bülbül A. Çocuklara önerilen D vitamini desteğinde annelerin bilgi, tutum ve davranışları. *Sakarya Tıp Dergisi* 2020;10:231-239.
 22. Şolt Kırca A, Dolgun G. Gebelerin kendileri ve bebekleri için D vitamini kullanım farkındalığı. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi* 2018;21:18-24.
 23. Moon RC, Curtis EM, Cooper C, Davies JH, Harvey NC. Vitamin D supplementation: are multivitamins sufficient? *Arch Dis Child* 2020;105:791-793.
 24. Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü, Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi. Türkiye beslenme ve sağlık araştırması 2010: beslenme durumu ve alışkanlıklarının değerlendirilmesi sonuç raporu. Ankara: Sağlık Bakanlığı Yayın No: 931; 2014.
 25. Arıca V, Arıca S, Gücük S, Edirne T. Van ilindeki 0-36 ay arası sağlıklı çocuklarda serum 25-OHD düzeyi. *Türk Pediatri Arşivi* 2010;45:286-290.
 26. Yetim A, Yetim Ç, Devcioğlu E. Iğdır'da annelerin süt çocuğu beslenmesi konusundaki bilgi ve davranışları. *Güncel Pediatri* 2015;13:7-12.
 27. Dağhan Ş, Uysal Toraman A, Yelten G, Taşkıran G, Savan F. Annelerin bebek sağlığında D vitamini kullanımına ilişkin bilgi ve uygulamaları. *Güncel Pediatri* 2019;17:58-70.
 28. Köksal T, Köksal AO. Yozgat ilindeki Süt Çocuklarında Vitamin Kullanma Sıklığı. *Türkiye Çocuk Hast Dergisi* 2013;1:33-36.
 29. Haq A, Wimalawansa SJ, Pludowski P, Anouti FA. Clinical practice guidelines for vitamin D in the United Arab Emirates. *J Steroid Biochem Mol Biol* 2018;175:4-11.
 30. Meena P, Dabas A, Shah D, Malhotra RK, Madhu SV, Gupta P. Sunlight exposure and vitamin D status in breastfed infants. *Indian Pediatr* 2017;54;105-111.



Hülya Türkmen¹, Emine Nur Karagüzel²

DOI: 10.17942/sted.767685

Geliş/Received : 10.07.2020

Kabul/ Accepted : 24.06.2021

Öz

Amaç: Araştırma gençlerin genital hijyen tutumlarını etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Yöntem: Tanımlayıcı tipte olan araştırma devlet yurdunda kalan 312 kız öğrenci ile gerçekleştirilmiştir. Verilerin toplanmasında genital hijyen davranışları ve jinekolojik öyküyü belirlemeye yönelik soruları içeren anket formu ve Genital Hijyen Davranışları Ölçeği kullanılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde Independent Samples T Testi, Anova, Kruskal Wallis Testi ve Multiple Lineer Regresyon analizi kullanılmıştır.

Bulgular: Çalışmada öğrencilerin genel hijyen davranışları ile ikamet ettiği yer, öğrenim gördüğü bölüm, genital hijyen eğitimi alma, genital bölgeyi temizleme şekli ve düzenli jinekolojik muayene yaptırma durumları arasında anlamlı ilişki bulunmuştur ($p < 0,05$). Ayrıca adet hijyeni alt boyutu ile genital hijyen eğitimi alma ve menstruasyon sırasında banyo yapma arasında anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir ($p < 0,001$). Çalışmada anormal bulgu farkındalığı alt boyutu ile genital hijyen eğitimi alma, vaginal akıntı hakkında eğitim alma ve düzenli jinekolojik muayene yaptırma durumu arasında anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır ($p < 0,05$). Öğrenim görülen bölüm, genital hijyen eğitimi alma ve düzenli jinekolojik muayene olma ile genital hijyen davranışları arasında anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur ($p < 0,05$).

Sonuç: Çalışma sonucunda sosyoekonomik düzeyin yüksek olmasının ve genital hijyen eğitimi alma durumunun öğrencilerde genital hijyen tutumunu olumlu yönde etkilediği saptanmıştır. Bu nedenle genital hijyen tutumlarında olumlu değişiklikler sağlayabileceği için öğrencilere genital hijyen eğitimi verilmesi önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Genital hijyen; Genital hijyen eğitimi; Üniversite öğrencisi

Abstract

Objective: To determine the factors that affect the genital hygiene attitudes of young people.

Methods: The descriptive study was carried out with 312 female students staying in the State dormitory. In the collection of data, a questionnaire containing questions about genital hygiene behaviors and gynecological history and Genital Hygiene Behaviors Scale were used. In the evaluation of the data, Independent Samples T Test, Anova, Kruskal Wallis Test and Multiple Linear Regression analysis were used.

Results: In the study, there was a significant relationship between the place, department, genital hygiene education, the way to clean the genital area, having regular gynecological examination and general hygiene behaviors ($p < 0.05$). It was determined that there was a significant relationship between bathing and menstrual hygiene during genital hygiene education and menstruation ($p < 0.001$). There was a significant relationship between genital hygiene education, training about vaginal discharge, and regular gynecological examination, and abnormal finding awareness ($p < 0.05$). There was a significant relationship between department, genital hygiene education, and regular gynecological examination, and genital hygiene behaviors ($p < 0.05$).

Conclusion: As a result of the study, it was determined that the high socioeconomic level and the education of genital hygiene positively affected the genital hygiene attitude of the students. For this reason, it is recommended that all students be given genital hygiene education as it can provide positive changes in genital hygiene attitudes.

Keywords: Genital hygiene; Genital hygiene training; University student

¹Dr. Öğr. Üyesi.; Balıkesir Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Bölümü (Orcid no: 0000-0001-6187-9352)

²Lisans Öğr.; Balıkesir Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Bölümü (Orcid no: 0000-0002-0879-5683)

Giriş

Üreme sağlığı açısından hastane başvurularının en sık nedeni ürogenital enfeksiyonlarıdır (1). Bu enfeksiyonlar tedavi edilebilir ve önlenabilir olmasına rağmen komplikasyonları nedeniyle kadın sağlığını olumsuz yönde etkileyebilmektedir (2). Kadınlar farklı yaş dönemlerinde farklı üreme sağlığı sorunları yaşayabilmektedirler (1-3). Genç yaş grubunda da ürogenital enfeksiyonlar genellikle sık görülmektedir (4). Dünya Sağlık Örgütü 15-24 yaş grubunu gençlik yaş grubu olarak kabul etmektedir (5). Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 2018 sonuçlarına göre ülkemizde genç kadınların toplam nüfus içindeki payı % 14,8'dir (6). Bu yaş grubunda yer alan kadınların üreme sağlığı riskinin en az olduğu düşünülmektedir gibi bir yanlış inanış söz konusudur. Bu nedenle kadınların birçok sağlık sorunu göz ardı edilebilmektedir. Oysaki bu yaş grubundaki kadınlar bilgi eksikliği ve yanlış uygulamalar nedeniyle üreme sağlığı sorunları ile karşı karşıya kalabilmektedir. Daşkan ve arkadaşlarının (2015) yaptıkları çalışmada genital akıntı şikayeti yaşayan kadınların genital hijyen uygulamalarının çoğunun yanlış olduğu ve kadınların genital hijyen konusunda eğitim gereksinimlerinin olduğu belirlenmiştir (7). Sağlıklı geçirilen gençlik dönemi sağlıklı bir yaşamın temelini oluşturduğu gibi gelecek kuşakların üreme sağlığı üzerine de olumlu etki yapmaktadır. Bu nedenle özellikle genç yaş grubundaki kadınların üreme sağlığı durumları değerlendirilmeli ve konu hakkındaki bilgi eksikliklerine yönelik eğitim verilmelidir (5, 8-10). Genital bölge, dış ortamla teması olmayan bir alan olduğu için vücudun en sıcak, nemli ve kirli bölgesi olarak kabul edilmektedir. Bu bölge mikroorganizmaların kolayca yerleşip çoğalabilmesi açısından elverişlidir. Kadınlarda üretra, anüs ve vajinanın anatomik yakınlığı ve yanlış genital hijyen alışkanlıkları nedeniyle mikroorganizmalar anüsten vajinaya veya üretraya kolaylıkla ulaşarak ürogenital enfeksiyonlara yol açabilmektedir (11, 12). Genç yaş grubunda yer alan üniversite öğrencileri eğitim-öğretim süreçlerinde barındıkları yurt gibi kalabalık ortamlarda kişisel temizlik ve genital hijyen bakımlarını yeterince yerine getirememekte ve çoğu zaman ihmal etmektedir. Bunun sonucunda da gençlerde üreme sağlığı sorunları ve özellikle ürogenital enfeksiyonlar artış göstermektedir (1, 13, 14). Ürogenital

enfeksiyonlar tedavi edilmediği takdirde ektojik gebelik, sepsis, servikal kanser, infertilite gibi çok ciddi üreme sağlığı sorunlarına ve beraberinde psikolojik sorunlara yol açabilmektedir (9, 10, 12). Bu nedenle genç kadınların genital bölge hijyenine özen göstermesi ve anormal bulguları fark ederek erken dönemde sağlık kuruluşuna başvurması üreme sağlığının korunması açısından önem taşımaktadır (15).

Genital hijyeni etkileyen birçok faktör vardır. Bunlar; bireyin sosyoekonomik düzeyinin düşük olması, düşük eğitim seviyesi, genital hijyen konusunda bilgi eksikliği, genital hijyen konusunda yanlış uygulamalar, menstruasyon döneminde hijyenik olmayan bezlerin kullanılması, sık değiştirilmeyen vajinal tamponlar, dar ve pamuklu olmayan iç çamaşırlarının kullanılması, diyabetes mellitus, immün yetersizlikler, sigara ve alkol, güvensiz cinsellik, anormal belirti ve bulguların farkında olmama, anormal belirti ve bulgulara rağmen sağlık kuruluşuna gitmeme gibi birçok etkendir (2, 7, 13, 14, 16, 17).

Genç yaş grubu kadın sağlığının korunması ve geliştirilmesi, kadınların kendi sağlıkları konusunda daha fazla sorumluluk almaları ve kendi sağlıklarının farkında olmaları ile mümkün olabilir. Genç yaş grubunda olan kadınlar, genellikle üreme sağlığının korunmasında genital hijyenin önemi hakkında yeterli bilgiye sahip değildir. Bu nedenle doğru genital hijyen davranışlarının kazandırılması için önce hijyeni etkileyen engellerin, yanlış ve yetersiz uygulamaların tespit edilmesi ve adölesan kadınlara hijyen eğitimi verilmesi gerekmektedir (1, 9, 18-20). Bu çalışma genç kadın öğrencilerin genital hijyen tutumlarını etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla gerçekleştirilmiştir.

Gereç ve Yöntem

Kesitsel ve tanımlayıcı tipte olan araştırma 15 Şubat ile 1 Mart 2020 tarihleri arasında bir devlet yurdunda kalan kadın öğrenciler ile gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın evrenini, devlet yurdunda kalan tüm öğrenciler (n = 1900) oluşturmuştur. Araştırmada Epi info Statcalc programıyla sapma 0,05 alınarak, %95 güven aralığında örnek büyüklüğü 320 olarak hesaplanmıştır. Araştırmaya gönüllü olarak katılmayı kabul eden ve anket formlarını eksiksiz dolduran toplam 312 öğrenciyle araştırma

tamamlanmıştır. Evrenin %16,4'üne ulaşılmıştır. Veriler yurdun bir odasında özbildirime dayalı olarak toplanmıştır. Ortalama 10-15 dakika sürmüştür.

Veri toplamada öğrencilerin sosyodemografik özelliklerini içeren kişisel bilgi formu ve öğrencilerin genital hijyen davranışları ve jinekolojik öykülerini belirlemeye yönelik soruları içeren ve literatür doğrultusunda hazırlanan anket formu (3, 9, 10, 17, 20, 21) (Tablo 1) ile öğrencilerin genital hijyen tutumlarını belirlemek için Genital Hijyen Davranışları Ölçeği (2) kullanılmıştır.

Genital Hijyen Davranışları Ölçeği: Kadınların hijyen davranışını belirleyen ölçeğin Türkçe geçerlilik güvenilirlik çalışması Karahan (2017) tarafından yapılmıştır (2). Ölçek 23 madde ve 3 alt boyuttan (genel hijyen davranışları, adet hijyeni ve anormal bulgu farkındalığı) oluşmaktadır. Beşli likert tipinde olan ölçekten minimum 23, maksimum 115 puan alınabilmektedir. Ölçekten alınan puan arttıkça doğru genital hijyen davranışı oranı da artmaktadır. Karahan çalışmasında Cronbach alfa değerlerini 0,80 bulmuştur. Bu çalışmada Cronbach alfa değeri 0,74 bulunmuştur.

Verilerin değerlendirilmesinde; öğrencilerin sosyodemografik özellikleri ve genital hijyen davranışları için sayı, yüzde, ortalama, standart sapma kullanılmıştır. Verilerin normal dağılım gösterip göstermediği Kolmogorov-Smirnov testi ile belirlenmiştir. Öğrencilerin genital hijyen davranışlarını etkileyen faktörlerin belirlenmesinde Independent Samples T Testi, Anova ve Kruskal Wallis Testi kullanılmıştır. Genel hijyen davranışları, adet hijyeni, anormal bulgu farkındalığı ve genital hijyen davranışlarını etkileyen bağımsız değişkenler multiple lineer regresyon analizi ile değerlendirilmiştir.

Araştırmanın yapılabilmesi için Üniversitenin Tıp Fakültesi, Klinik Araştırmalar Etik kurulundan (2020/ No: 225) ve araştırmanın gerçekleştirileceği kurumdan yazılı izin alınmıştır (2020/ No: 35255233-70). Araştırmaya katılmayı kabul eden öğrencilere araştırmanın amacı ve kimlik bilgilerinin gizli tutulacağı açıklanmış ve yazılı izinleri alınmıştır.

Bulgular

Tablo 1'de öğrencilerin sosyodemografik

özellikleri ve genital hijyen davranışları verilmiştir. Çalışmaya katılan öğrencilerin yaş ortalaması 20.75 ± 1.42 (min. 18, max. 28) olup, %82,4'ünün geliri giderine eşittir ve %43,3'ü il merkezinde yaşamaktadır. Öğrencilerin %61,5'i genital hijyen hakkında ve %63,1'i vaginal akıntı hakkında eğitim aldığını ifade etmiştir. Eğitimlerin %51,5'i sağlık personeli tarafından verilmiştir. Öğrencilerin %80,8'inin genital bölge temizliğini önden arkaya doğru yaptığı belirlenmiştir. Öğrencilerin %78,2'si düzenli menstruasyon görmekte ve %89,1'i menstruasyon sırasında banyo yapmaktadır. Öğrencilerin %36,5'inin kötü kokulu vaginal akıntı ve %33,7'sinin idrar yolu enfeksiyonu öyküsü bulunmaktadır. Öğrencilerin %43,8'inin bu gibi enfeksiyon belirtilerinin olduğu durumlarda sağlık kuruluşuna başvuru yaptığı saptanmıştır. Öğrencilerin %11,5'inin düzenli jinekolojik muayene yaptırdığı belirlenmiştir.

Tablo 2'de öğrencilerin genital hijyen davranışları yer almaktadır. Çalışmada köyde yaşayan öğrencilerin genel hijyen alışkanlıkları ortalaması il ve ilçede yaşayan öğrencilerden düşük bulunmuştur ($p = 0,022$). Gelir durumu fazla olan öğrencilerin adet hijyeni ($p = 0,027$) ve genital hijyen davranışları toplam ($p = 0,012$) puanının gelir düzeyi düşük olan öğrencilere oranla anlamlı şekilde yüksek olduğu saptanmıştır. Sağlık alanı ile ilgili bölümlerde okuyan öğrencilerin genel hijyen davranışları ($p = 0,002$), anormal bulgu farkındalığı ($p = 0,015$) ve genital hijyen davranışları toplam puanı ($p = 0,003$) diğer alanlarda okuyan öğrencilerden yüksek bulunmuştur. Genital hijyen konusunda eğitim alan öğrencilerin genel hijyen davranışları, adet hijyeni, anormal bulgu farkındalığı ve genital hijyen davranışları toplam puan ortalamalarının eğitim almayan öğrencilerden yüksek olduğu belirlenmiştir ($p < 0,001$). Genital bölge temizliğini önden arkaya doğru yapan öğrencilerin genel hijyen davranışları ($p < 0,001$), adet hijyeni ($p = 0,009$) ve genital hijyen davranışları toplam ($p < 0,001$) puan ortalaması temizliği arkadan öne doğru yapan öğrencilerden yüksek bulunmuştur. Vaginal akıntı hakkında eğitim alan öğrencilerin eğitim almayanlara göre genel hijyen davranışları, anormal bulgu farkındalığı ve genital hijyen davranışları toplam puan ortalamaları yüksek bulunmuştur ($p < 0,001$). Menstruasyon sırasında banyo yapan öğrencilerin

Tablo 1. Gençlerin Sosyodemografik Özellikleri ve Genital Hijyen Davranışları

	n	%
Yaş ortalaması	20,75±1,42 (min. 18, max.28)	
Gelir Gelir gıderden az Gelir gıdere denk Gelir gıderden fazla	29 257 26	9,3 82,4 8,3
İkamet edilen yer Köy İlçe İl	55 122 135	17,6 39,1 43,3
Bölüm Sağlık alanı ile ilgili bölümler Diğer bölümler	46 266	14,7 85,3
Genital hijyen eğitimi Aldı Almadı	192 120	61,5 38,5
Eğitimi kimden aldı Arkadaş Televizyon İnternet Sağlık personeli Aile Diğer	5 3 29 105 46 16	2,4 1,5 14,2 51,5 22,6 7,8
Genital Bölgeyi Temizleme Şekli Önden arkaya Arkadan öne	252 60	80,8 19,2
Genital Bölgeyi Temizleme Malzemesi Sadece su Sadece tuvalet kağıdı Hem su hem tuvalet kağıdı	56 37 219	17,9 11,9 70,2
Düzenli menstruasyon Evet Hayır	244 68	78,2 21,8
Menstruasyon sırasında banyo yapma Evet Hayır	278 34	89,1 10,9
Banyo yapma pozisyonu Oturarak Ayakta	22 290	7,1 92,9
Genital bölgeye krem, parfüm gibi ürünler kullanma Evet Hayır	50 262	16 84
Genital Bölgedeki Tüylerin Temizliğinde Kullanılan Materyal Ağda Jilet Eldiven Epilatör Makas Tüylenme yok	107 112 50 37 4 2	34,3 35,9 16,0 11,9 1,3 0,6
Vajinal akıntı hakkında eğitim Aldı Almadı	197 115	63,1 36,9
Kötü kokulu akıntınız oldu mu Evet Hayır	114 198	36,5 63,5
Kötü kokulu akıntı olunca ne yaptınız Sağlık kuruluşuna gittim Vajinal duş Sık çamaşır değiştirdim Hiçbirsey yapmadım Günlük ped kullandım Sirke ile genital bölge temizliği Bol su içtim	50 12 12 28 3 2 7	43,8 10,5 10,5 24,5 2,7 1,8 6,2
İdrar yolu enfeksiyonu öyküsü Evet Hayır	105 207	33,7 66,3
Düzenli jinekolojik muayene yaptırır mısınız Evet Hayır	36 276	11,5 88,5

Tablo 2. Gençlerin Genital Hijyen Davranışları

	Genel Hijyen Davranışları	Adet Hijyeni	Anormal Bulgu Farkındalığı	Genital Hijyen Davranışları Toplam
İkamet edilen yer				
Köy	44,23±5,84	33,22±3,94	11,27±3,01	89,11±10,12
İlçe	46,51±5,43	33,33±4,05	10,55±3,21	90,40±10,06
İl	46,33±4,95	33,4±4,1	10,84±3,13	90,58±9,04
p	0,022	0,960	0,370	0,623
Gelir				
Gelir giderden az	45,88±7,01	33,32±4,23	10,73±3,44	90,80±10,93
Gelir gidere denk	45,82±5,07	33,14±4,02	10,68±3,09	89,64±9,51
Gelir giderden fazla	48,06±5,89	35,13±3,75	12±3,11	95,20±8,26
p	0,070	0,027	0,076	0,012
Bölüm				
Sağlık alanı ile ilgili bölümler	48,28±4,95	34,00±3,61	11,84±2,96	94,13±9,44
Diğer bölümler	45,64±5,33	33,23±4,11	10,62±3,14	89,58±9,52
p	0,002	0,236	0,015	0,003
Genital hijyen eğitimi				
Alan	47,08±5,01	34,31±3,56	11,34±3,21	92,86±8,71
Almayan	44,35±5,48	31,81±4,29	9,94±2,84	86,10±9,59
p	< 0,001	< 0,001	< 0,001	< 0,001
Genital Bölgeyi Temizleme Şekli				
Önden arkaya	46,65±4,99	33,64±3,81	10,85±3,19	91,23±9,09
Arkadan öne	43,43±6,04	32,11±4,72	10,61±2,92	86,16±10,77
p	< 0,001	0,009	0,601	< 0,001
Vajinal akıntı hakkında eğitim				
Alan	46,89±5,35	33,64±4,11	11,35±3,06	92,01±9,57
Almayan	44,56±5,05	32,83±3,89	9,86±3,07	87,26±9,01
p	< 0,001	0,087	< 0,001	< 0,001
Menstruasyon sırasında banyo yapma				
Evet	46,14±5,17	33,61±3,92	10,75±3,09	90,51±9,51
Hayır	45,14±6,71	31,12±4,42	11,21±3,55	88,12±10,48
p	0,307	0,001	0,435	0,178
Kötü kokulu akıntı öyküsü				
Evet	45,93±5,92	33,47±4,07	10,59±3,45	90,01±10,08
Hayır	46,09±5,01	33,27±4,03	10,92±2,95	90,41±9,38
p	0,809	0,676	0,369	0,727
İdrar yolu enfeksiyonu öyküsü				
Evet	45,85±6,22	33,44±4,23	10,59±3,43	90,09±10,84
Hayır	46,12±4,87	33,29±3,95	10,91±2,98	90,34±8,98
p	0,676	0,770	0,386	0,832
Düzenli jinekolojik muayene yaptırma				
Evet	47,83±4,44	33,86±4,27	12,11±2,68	93,80±9,05
Hayır	45,8±5,42	33,28±4,01	10,63±3,16	89,79±9,62
p	0,032	0,419	0,008	0,019

Tablo 3. Genel Hijyen Davranışları, Adet Hijyeni, Anormal Bulgu Farkındalığı ve Genital Hijyen Davranışlarını Etkileyen Bağımsız Değişkenlerin Multiple Lineer Regresyon Analizi ile Değerlendirilmesi

Model 1,	B	t	p	%95 CI	
İkamet edilen yer	0,906	2,354	0,019	0,149	1,664
Bölüm	-2,045	-2,520	0,012	-3,642	-0,448
Genital Hijyen Eğitimi	-1,835	-2,860	0,005	-3,098	-0,572
Genital Bölgeyi Temizleme Şekli	-2,196	-2,844	0,005	-3,716	-0,676
Vaginal Akıntı Hakkında Eğitim	-0,783	-1,177	0,240	-2,091	0,526
Düzenli Jinekolojik Muayene	-1,786	-1,989	0,048	-3,552	-0,019
R= 0,381 R2= 0,145 Durbin-Watson=1,892 (p< 0,0001)					
Model 2					
Gelir Durumu	-0,780	-1,513	0,131	-1,794	0,234
Genital Hijyen Eğitimi	-2,295	-5,021	< 0,001	-3,195	-1,396
Genital Bölgeyi Temizleme Şekli	-0,764	-1,356	0,176	-1,872	0,345
Menstruasyon Sırasında Banyo Yapma	-2,468	-3,546	< 0,001	-3,837	-1,098
R= 0,372 R2= 0,139 Durbin-Watson=1,953 (p< 0,0001)					
Model 3					
Bölüm	-0,804	-1,650	0,100	-1,763	0,155
Genital Hijyen Eğitimi	-0,979	-2,570	0,011	-1,728	-0,230
Vaginal Akıntı Hakkında Eğitim	-0,975	-2,530	0,012	-1,734	-0,217
Düzenli Jinekolojik Muayene	-1,260	-2,340	0,020	-2,319	-0,200
R= 0,315 R2= 0,099 Durbin-Watson=2,018 (p< 0,0001)					
Model 4					
Gelir Durumu	-1,982	-1,642	0,102	-4,358	0,393
Bölüm	-3,227	-2,250	0,025	-6,049	-0,405
Genital Hijyen Eğitimi	-5,379	-4,743	< 0,001	-7,611	-3,147
Genital Bölgeyi Temizleme Şekli	-2,556	-1,875	0,062	-5,238	0,127
Vaginal Akıntı Hakkında Eğitim	-1,375	-1,169	0,243	-3,689	0,939
Düzenli Jinekolojik Muayene	-3,444	-2,176	0,030	-6,559	-0,329
R= 0,419 R2= 0,176 Durbin-Watson=1,879 (p< 0,0001)					
B: Regression Coefficient, t: Degree of freedom, p: Significance value *p < 0,01					
Model 1. Genel Hijyen Davranışları ile Bağımsız Değişkenlerin Multiple Lineer Regresyon Analizi					
Model 2. Adet Hijyeni ile Bağımsız Değişkenlerin Multiple Lineer Regresyon Analizi					
Model 3. Anormal Bulgu Farkındalığı ile Bağımsız Değişkenlerin Multiple Lineer Regresyon Analizi					
Model 4. Genital Hijyen Davranışları Toplam Puan ile Bağımsız Değişkenlerin Multiple Lineer Regresyon Analizi					

banyo yapmayanlara göre adet hijyeni puan ortalaması yüksek bulunmuştur ($p = 0,001$). Düzenli jinekolojik muayene yaptıran öğrencilerin yaptırmayanlara göre genel hijyen davranışları ($p = 0,032$), anormal bulgu farkındalığı ($p = 0,008$) ve genital hijyen davranışları toplam ($p = 0,019$) puan ortalamaları yüksek bulunmuştur.

Tablo 3'te genel hijyen davranışları, adet hijyeni, anormal bulgu farkındalığı ve genital hijyen davranışlarını etkileyen bağımsız değişkenlerin multiple lineer regresyon analizi verilmiştir. İkamet edilen yer, eğitim görülen bölüm, genital hijyen eğitimi alma durumu, genital bölgeyi temizleme şekli ve düzenli jinekolojik muayene ile genel hijyen davranışları arasında anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır ($p < 0,05$) (Model 1). Ayrıca genital hijyen eğitimi ve menstruasyon sırasında banyo yapma ile adet hijyeni arasında anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir ($p < 0,001$) (Model 2). Genital hijyen eğitimi, vaginal akıntı hakkında eğitim ve düzenli jinekolojik muayene ile anormal bulgu farkındalığı arasında anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır ($p < 0,05$) (Model 3). Öğrencilerin öğrenim gördüğü bölüm, genital hijyen eğitimi ve düzenli jinekolojik muayene ile genital hijyen davranışları arasında anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur ($p < 0,05$) (Model 4).

Tartışma

Toplumun önemli bir kısmını oluşturan genç yaş grubu kadınların doğru genital hijyen davranışlarını benimsemesi ürogenital enfeksiyonların engellenmesi açısından önemlidir (1, 2, 4). Çalışmada öğrencilerin %17,6'sının köyde yaşadığı ve köyde yaşayan öğrencilerin genel hijyen davranışları puan ortalamalarının il ve ilçede yaşayan öğrencilere göre düşük olduğu bulunmuştur. Karadeniz ve ark. (2019) ve Adıbelli ve ark.'nın (2014) çalışmasında kırsal kesimde yaşayan kadınların genital hijyen alışkanlıklarının kötü olduğunu belirlenmiştir (12, 22). Koştu ve Beydağ'ın (2009) çalışmasında gecekondu ve müstakil evde yaşayan kadınların genital hijyen davranışlarının apartmanda yaşayanlara göre daha kötü olduğu bildirilmiştir (23). Köy evlerinde tuvalet, su, kanalizasyon olanaklarının elverişsiz olması ve düşük sosyoekonomik düzeyden dolayı köyde yaşayan öğrencilerin genital hijyen davranışlarının olumsuz olduğu düşünülmektedir.

Çalışmada öğrencilerin %14,7'sinin sağlık

alanında okuduğu belirlenmiştir. Sağlık alanında okuyan öğrencilerin genel hijyen davranışları ve genital hijyen davranışları toplam puanı yüksek bulunmuştur. Demirağ ve ark. (2019) ve Bulut ve ark.'nın (2019) sağlık bölümünde okuyan öğrenciler ile gerçekleştirdikleri çalışmalarda eğitim yılı arttıkça genital hijyen davranışları puanının da arttığını bildirilmiştir (1, 13). Sağlık alanlarında okuyan öğrencilerin hijyen konusunda sürekli eğitim aldığı göz önüne alındığında bu beklenen bir sonuçtur.

Doğru genital hijyen davranışlarının kazanılması, kadınların genitoüriner enfeksiyonlardan korunması açısından önemlidir. Çalışmada öğrencilerin %61,5'inin genital hijyen eğitimi aldığı ve %51,5'inin genital hijyen eğitimi sağlık profesyonellerinden aldığı saptanmıştır. Genital hijyen eğitimi alan öğrencilerin eğitim almayan öğrencilere göre genel hijyen davranışları, adet hijyeni ve anormal bulgu farkındalığı puan ortalamaları yüksek bulunmuştur. Literatürde kadınların %40,1 ile %91,9 arasında genital hijyen eğitimi aldıkları bildirilmektedir (3, 4, 10, 17, 24). Ünsal ve ark.'nın (2010) çalışmasında yer alan kadınların %60,7'si sağlık profesyonellerinden genital hijyen eğitimi aldığını ifade etmiştir (3). Karadeniz ve ark.'nın (2019) çalışmasında genital hijyen eğitimi alan kadınların genital hijyen puanlarının eğitim almayan kadınlardan yüksek olduğu bildirilmiştir (12). Demirbağ ve ark. (2012) ve Özyazıcıoğlu ve ark.'nın (2011) çalışmasında genital hijyen eğitimi alan kişilerde eğitim öncesine göre eğitim sonrasında doğru genital hijyen davranışlarının artış gösterdiği saptanmıştır (9, 20). Dolayısıyla genital hijyen konusunda adölesan kızlara verilecek olan eğitimin genital hijyen tutumunu olumlu yönde etkileyeceği düşünülmektedir.

Doğru taharetlenme şekli önden arkaya doğru olmalıdır. Yani genital temizlik uretra, vagenden makat yönüne doğru yapılmalıdır. Çalışmada öğrencilerin %80,8'i genital bölge temizliğini önden arkaya doğru yaptığını ifade etmiştir. Literatürde kadınların %35,1 ile %93,3 oranında genital bölge temizliğini önden arkaya doğru yaptığı bildirilmektedir (3, 4, 8, 25, 26). Yapılan çalışmalarda sağlık alanında çalışan kadınların genital bölge temizliğini doğru şekilde uyguladığı belirlenmiştir (4). Özdemir ve ark.'nın (2012) çalışmasında doğru

taharetlenme biçimini uygulayan kadınların anormal genital akıntı öykülerinin az olduğu bildirilmiştir (11). Genital bölge temizleme şeklinin doğru uygulanması ürogenital enfeksiyonların önlenmesi açısından önemlidir. Genital bölge temizliği anal bölgedeki kontaminasyonu vajina ve üretraya bulaştırmamak adına önden arkaya doğru yapılmalıdır (3). Bu çalışmada öğrencilerin genital bölge temizleme şeklini doğru uygulama oranı yüksek bulunmuştur. Dolayısıyla eğitim seviyesi ile doğru temizlik alışkanlığı arasında ilişki olduğu düşünülmektedir. Çalışmada genital bölge temizliğini önden arkaya doğru yapan öğrencilerin genel hijyen davranışları ve adet hijyeni puan ortalamalarının anlamlı şekilde yüksek olduğu saptanmıştır. Benzer şekilde Sinan ve ark.'nın (2019) çalışmasında genital bölge temizliğini önden arkaya doğru yapan kadınların genital hijyen davranış puanları anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur (21).

Çalışmada öğrencilerin %70,2'si genital bölge temizliğinde hem su hem de tuvalet kağıdı kullandığını ifade etmiştir. Literatürde kadınların %65,1 ile %93,8 arasında genital bölge temizliğinde hem su hem de tuvalet kağıdı kullandığı bildirilmektedir (3, 4, 8, 15, 17, 25, 26). Sağlık alanında yer alan kadınlarla yapılan çalışmalarda hem su hem de tuvalet kağıdı kullanma sıklığı yüksek bulunmuştur (4, 17). Bu çalışmada sağlık alanı dışında diğer alanlarda okuyan üniversite öğrencileri de yer aldığı için hem su hem de tuvalet kağıdı kullanma sıklığı çok yüksek bulunmadığı düşünülmektedir. Genital bölgenin ıslak kalması mikroorganizmaların üremesini kolaylaştıracağı için genital bölge temizliğinden sonra tuvalet kağıdı ile bölgenin kurulanması önerilmektedir (3).

Menstrüasyon döneminde genital hijyen davranışları genital sağlığı etkilemektedir (10). Çalışmada öğrencilerin %78,2'sinin düzenli menstrüasyon gördüğü ve %89,1'inin menstrüasyon sırasında banyo yaptığı belirlenmiştir. Menstrüasyon sırasında banyo yapan öğrencilerin banyo yapmayan öğrencilere göre adet hijyen puanları yüksek bulunmuştur. Literatürdeki çalışmalarda menstrüasyon sırasında banyo yapma sıklığı %35,9 ile %96,2 arasındadır (3, 4, 8, 10, 15, 17, 26, 27). Bu çalışmada menstrüasyon sırasında banyo yapma alışkanlığı yüksek oranda bulunmuştur. Menstrüasyon

döneminde banyo yapmak geleneksel olarak sakıncalı görülmektedir. Ancak menstrual kan alkali yapıda olduğu için vajenin asidik yapısını bozarak enfeksiyon riskini artırabilir. Bu nedenle menstrual dönemde banyo yapmak enfeksiyonları önlemek açısından oldukça önemlidir (3, 4). Bu yanlış inancın değiştirilmesi, adölesan kadınların sağlığının korunması ve sağlıklı davranışların geliştirilmesi açısından önemlidir. Özdemir ve ark.'nın (2012) çalışmasında menstrüasyon sırasında banyo yapma alışkanlığı olan kişilerin anormal genital akıntı öykülerinin düşük olduğu belirlenmiştir (11). Çalışmada öğrencilerin %92,9'u ayakta banyo yapmaktadır. Oturarak banyo yapma enfeksiyon riskini arttırabilmektedir. Bu nedenle çalışmamızda yer alan öğrencilerin doğru pozisyonda banyo yaptığı belirlenmiştir. Ünsal ve ark.'nın (2010) çalışmasında kadınların %42,2'sinin ayakta banyo yaptığı bulunmuştur (3). Sevil ve ark.'nın (2013) çalışmasında öğrencilerin %79,4'ünün ayakta banyo yaptığı bildirilmiştir (26). Yurt koşullarında ayakta banyo yapma zorunluluğunun olmasından dolayı öğrencilerin yüksek sıklıkta doğru pozisyonda banyo yaptıkları düşünülmektedir.

Çalışmada öğrencilerin %16'sının genital bölgeye krem, parfüm gibi ürünler uyguladığı belirlenmiştir. Ünsal ve ark.'nın (2010) çalışmasında kadınların %45'inin menstrüasyon döneminde kötü kokuyu önlemek amacıyla genital bölgelerine parfüm/kolonya sürdüğü bildirilmiştir (3). Sevil ve ark.'nın (2013) çalışmasında öğrencilerin %57,3'ünün istenmeyen genital bölge kokusunu önlemek amacıyla parfüm kullandığı saptanmıştır (26). Parfüm, kolonya ve krem gibi bölgeyi tahriş edebilecek ve enfeksiyonlara neden olabilecek maddelerin genital bölgeye uygulanması son derece sakıncalıdır. Bu çalışmada genital hijyen eğitimi alma oranları yüksek olduğu için genital bölgeye zarar verebilecek maddeler konusunda öğrencilerin bilgi düzeyleri yüksektir. Bu nedenle çalışmamızda öğrencilerin genital bölgeye krem, parfüm kullanma oranının düşük bulunduğu düşünülmektedir.

Çalışmada genital yol ve idrar yolu enfeksiyonu öyküsü ile genital hijyen tutumu arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Benzer şekilde Sinan ve ark.'nın (2019) çalışmasında da genital yol enfeksiyonu ile genital hijyen tutumu

arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (21). Oysaki genital hijyen davranışları ürogenital enfeksiyonları doğrudan etkileyebilmektedir. Çalışmamızda öğrencilerin geçmiş genital yol ve idrar yolu enfeksiyon öyküleri belirlenmiş fakat geçmiş genital hijyen tutumları belirlenmemiştir. Bu nedenle öğrencilerin genital hijyen tutumlarının sonradan değiştiği düşünülmektedir. Öğrencilerin %36,5'inin kötü kokulu vaginal akıntı ve %33,7'sinin idrar yaparken yanma öyküsü bulunmaktadır. Öğrencilerin %43,8'i bu gibi şikayetleri olduğunda sağlık kuruluşuna başvurduğunu ifade etmiştir. Timur'un (2010) çalışmasında öğrencilerin %23,2'sinin anormal vaginal akıntı öyküsü bulunmaktadır ve öğrencilerin %33,5'i enfeksiyon belirtileri olduğunda doktora gittiğini ifade etmiştir (8). Bilgiç ve ark.'nın yaptığı çalışmada öğrencilerin %36'sının genital yol enfeksiyon öyküsü olduğu saptanmıştır (10). Bu çalışmada yurtda kötü hijyen koşullarından dolayı enfeksiyon oranlarının yüksek bulunduğu düşünülmektedir. Öğrencilerin kötü kokulu vaginal akıntı ve idrar yolu enfeksiyonu öykülerinin sık olmasına rağmen, sağlık kuruluşuna gitme oranlarının düşük olması dikkat çekicidir. Oysa ürogenital enfeksiyonlar, komplikasyonları göz önüne alındığında son derece önemsenmesi gereken sağlık sorunlarıdır.

Anormal bulguların algılanış biçimi kişiler arasında farklılık göstermektedir. Bu algıma biçimini kadının sosyo-ekonomik ve kültürel düzeyi, geçirdiği deneyimler ve bu konuda aldığı eğitim etkileyebilir. Bu çalışmada öğrencilerin %63,1'i vaginal akıntı hakkında eğitim almıştır. Vaginal akıntı hakkında eğitim alan öğrencilerin eğitim almayan öğrencilere göre anormal bulgu farkındalığı puan ortalamaları anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Vaginal akıntı konusunda alınan eğitim sonucunda anormal bulguların fark edilmesi beklenen bir durumdur.

Bu çalışmada öğrencilerin %11,5'inin düzenli jinekolojik muayene yaptırdığı belirlenmiştir. Düzenli jinekolojik muayene olan öğrencilerin düzenli muayene olmayanlara göre genel hijyen davranışları, anormal bulgu farkındalığı ve genital hijyen davranışları toplam puan ortalamaları yüksek bulunmuştur. Jinekolojik muayeneler sırasında sağlık profesyonelleri tarafından genellikle doğru hijyen eğitimi ve normal / anormal bulgular hakkında eğitim verilmektedir.

Dolayısıyla düzenli jinekolojik muayene yaptıran bu öğrencilerin olumlu genital hijyen tutumlarının olduğu düşünülmektedir.

Sonuç

Bu çalışma, devlet yurdunda kalan kız öğrencilerin genital hijyen tutumlarını etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yapılmıştır. Çalışma sonucunda öğrencilerde genital hijyen davranışlarının yetersiz olduğu tespit edilmiştir. Sosyoekonomik düzeyi düşük olan öğrencilerin genital hijyen davranışlarının kötü olduğu belirlenmiştir. Ayrıca genital hijyen konusunda eğitim alan ve düzenli jinekolojik muayeneye giden öğrencilerin genital hijyen davranışlarının ve anormal bulgu farkındalıklarının iyi olduğu saptanmıştır.

Çalışma sonucunda öğrencilere doğru genital hijyen uygulamaları konusunda eğitim verilmesi, hijyen konusunda yanlış inanışların düzeltilmesi, ürogenital enfeksiyonların komplikasyonları konusunda bilgi verilerek tedaviye zamanında başlanmasının öneminin anlatılması gerekmektedir. Bu nedenle, üniversitelerin yurtlarında çalışan sağlık profesyonellerinin genital hijyen uygulamaları ve normal / anormal vaginal akıntı hakkında öğrencilere danışmanlık vermeleri ve bu konularda eğitim programları yürütmeleri gerekmektedir. Ayrıca her eğitim faaliyetinden önce ve sonra öğrencilerin bilgi, tutum ve davranış düzeyleri ölçülmeli ve eğitimlerin etkinliği değerlendirilmelidir.

İletişim: Dr. Öğr. Üyesi Hülya Türkmen
E-Posta: hulyayurter@hotmail.com

Kaynaklar

1. Bulut A, Yiğitbaş Ç, Çelik G. Hemşirelik öğrencilerinin perspektifinden genital hijyen davranışları. Ankara Eğitim Araştırma Hastanesi Dergisi. 2019;52/3:227-32.
2. Karahan N. Genital Hijyen Davranışları Ölçeğinin Geliştirilmesi: Geçerlik Güvenirlik Çalışması. İstanbul Tıp Dergisi. 2017;18:157-62
3. Ünsal A, Özyazıcıoğlu N, Sezgin S. Doğu Karadenizde ki bir belde ve ona bağlı dokuz köyde yaşayan bireylerin genital hijyen davranışları. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 2010;13(2):12-19.
4. Ardahan M, Bay L. Hemşirelik yüksek okulu 1.ve 4. sınıf öğrencilerinin vajinal akıntı ve bireysel hijyen hakkındaki bilgi düzeyleri. Ege Tıp Dergisi / Ege Journal of Medicine. 2009;48(1):33-43

5. World Health Organization (WHO). Sexual health- a new focus for who progress in reproductive health research. *Sexual and Reproductive Health Journal Paper*. 2004;67(1):1-8.
6. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. (2019). 2018 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. T.C. Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Bakanlığı ve TÜBİTAK, Ankara, Türkiye.
7. Daşkan Z, Kılıç B, Baytok C, Kocairi H, Kuzu S. Genital Akıntı Şikayetiyle Polikliniğe Başvuran Kadınların Genital Hijyen Uygulamaları. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*.2015;4(1):113-24.
8. Timur S. Bir Üniversite Öğrenci Yurdunda Kalan Kız Öğrencilerin Genital Hijyen Davranışları. *e-Journal of New World Sciences Academy Medical Sciences*. 2010;5(4):39-48. Article Number:1B0020
9. Özyazıcıoğlu N, Ünsal A, Sezgin S. The effects of toilet and genital hygiene education on high school students' behavior. *international journal of caring sciences* 2011;4(3):120-5.
10. Bilgiç D, Yüksel P, Gülhan H, Şirin F, Uygun H. Üniversitede Yurtta Kalan Kız Öğrencilerin Genital Hijyen Davranışları ve Sağlık Sonuçları. *ACU Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2018. <https://doi.org/10.31067/0.2018.86>.
11. Özdemir S, Ortabağ T, Tosun B, Özdemir Ö, Bebiş H. Hemşirelik yüksek okulu öğrencilerinin genital hijyen hakkındaki bilgi düzeylerinin ve davranışlarının değerlendirilmesi. *Gülhane Tıp Dergisi*. 2012;54:120-8.
12. Karadeniz H, Öztürk R, Ertem G. Analysis of genital hygiene behaviors of women who applied to women's illnesses and birth policlinic. *Erciyes Medical Journal*. 2019;41(4):402-8. DOI: 10.14744/etd.2019.37132
13. Demirağ H, Hintistan S, Cin A, Tuncay B. Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Öğrencilerinin Genital Hijyen Davranışlarının İncelenmesi. *Bozok Tıp Dergisi* 2019;9(1):42-50
14. Gezginci E, Iyigun E, Acikel C, Özgök Yİ. Determination of genital hygiene behaviours in women with cystitis. *International Journal of Urological Nursing*. 2013;7(3):161-5.
15. Önal AE, Önoğlu N, Babaoğlu AB, Özer C, Güngör G. Personal hygiene, menstrual hygiene, genital infection, women health, Istanbul. *Nobel Medicus*. 2011;7(2):96-100.
16. Ejder Apay S, Özdemir F, Nazik E, Potur D, Hadımlı A, ve ark. Yedi Farklı İldeki Kadınların Genital Hijyen Davranışlarının Belirlenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2014;17:4
17. Topuz Ş, Büyükkayacı Duman N, Güneş A. Sağlık Bilimleri Fakültesi birinci sınıftaki kız öğrencilerin genital hijyen uygulamaları. *Turkish Journal of Clinics and Laborator*. 2015;3:85-90.
18. Koyun A, Özpulat F, Özvarış ŞB. Bir Eğitim Programı Geliştirme ve Değerlendirme Süreci: Ortaöğretim Kız Öğrencileri İçin "Genital Hijyen" Eğitim Programı. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2013;2(4):443-59.
19. Ege E, Eryılmaz G. Kadınlara verilen planlı eğitimin genital hijyen davranışlarına etkisi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 2006;9(3):8-16
20. Demirbağ BC, Çan G, Kaya S, Köksal İ. The effects of an education program on the genital hygiene behaviors of 18-49 year-old women who use intrauterine devices or oral contraceptives. *Koç Üniversitesi Hemşirelikte Eğitim ve araştırma Dergisi*.2012;9:15-20. Erişim: http://www.journalagent.com/kuhead/pdfs/KUHEAD_9_3_15_20.pdf
21. Sinan Ö, Çamözü E, Tosun B. Genital hygiene behaviors among married women and the outcomes of counseling practices. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*. 2019;21(1-2):12-22.
22. Adıbelli D, Kılıç NÖ, Akpak YK, Kılıç D. Genital hygiene behaviors and associated factors in women living in rural areas of Turkey. *El Mednifico Journal*. 2014;2(3):210-4
23. Koştü N, Beydağ KD. Jinekoloji polikliniğine başvuran kadınların genital hijyen davranışları. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 2009;12(1):66 -71.
24. Karabulutlu Ö, Kılıç M. Üniversite öğrencilerinin cinsel sağlık ve üreme sağlığı hakkındaki bilgi düzeylerinin belirlenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2011; 14(2):39-45.
25. Cangöl E, Tokuç B. Jinokoloji polikliniğine başvuran kadınlarda genital enfeksiyon sıklığı ve genital hijyen davranışları. *F.N. Hemşirelik Dergisi*. 2013;21(2):85-91.
26. Sevil S, Özdemir K, Aleattin U, Dilek A, Tijen N. An Evaluation of the relationship between genital hygiene practices, Genital Infection. *Gynecology and Obstetrics*. 2013;3(6):3-5. DOI: 10.4172/2161-0932.1000187
27. Ünal KS. Hemşirelik öğrencilerinin genital hijyen davranışları bilgi düzeylerinin belirlenmesi. *Journal of Current Researches on Health Sector*. 2017;7:24-32.

Onur Soylu¹, Fadime Kaya²

DOI: 10.17942/sted.834964

Geliş/Received : 02.12.2020
Kabul/ Accepted : 25.06.2021

Öz

Amaç: Bu çalışmanın amacı sağlık eğitimi alan üniversiteli kadın öğrencilerde kişilerarası şiddete maruz kalma sıklığını, etkileyen faktörleri ve sağlık üzerine etkisini belirlemektir.

Yöntem: Çalışmada 18-30 yaş arasında 972 kadın öğrenciye ulaşıldı. Araştırmanın verileri, Kişisel Bilgi Formu, Şiddete Maruz Kalma Anketi (ŞMA), Genel Sağlık Anketi-12 (GSA-12), Sağlıkla İlişkili Yaşam Kalitesi Ölçeği (SF-36) ile toplandı. Verilerin analizinde tanımlayıcı istatistikleri (ortalama, standart sapma, yüzdelik), Mann-Whitney U, Kruskal Wallis H Testi, Spearman Rho Korelasyon Analizi kullanıldı.

Bulgular: Yaş ortalamasının $20,63 \pm 0,067$ olduğu ve araştırma kapsamına alınan öğrencilerin yaşı, okuduğu bölüm, sınıf düzeyi, sürekli yaşanan yer, sigara kullanımı, alkol/madde kullanımı ve psikiyatrik tedavi alma durumları, ağrı yaşama durumu ve şiddete maruz kaldıktan sonraki tepkileri, ailede iletişim ve ilişkiler ve ailede psikiyatrik tedavi alma durumu, şiddetin türü ile ŞMA puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olduğu belirlendi ($p < 0,05$). Araştırma kapsamına alınan öğrencilerin ŞMA puan ortalamaları ile SF-36 alt boyutları arasında (negatif yönde, çok zayıf, zayıf düzeyde) ilişki olduğu, distress olanların olmayanlara kıyasla şiddete maruz kalma puanlarının daha yüksek olduğu belirlendi ($p < 0,05$).

Sonuçlar: Sağlık eğitimi alan üniversiteli kadın öğrencilerde şiddete maruz kalma oranları, yaşam kalitelerini, ruh sağlıklarını ve baş etme becerilerini ciddi şekilde olumsuz etkilemektedir.

Anahtar Kelimeler: Şiddet, Kadın, Sağlık meslek okulu öğrencileri.

Abstract

Objective: This study was performed with the purpose of determining the frequency of exposure to interpersonal violence, and its effects on health status of female university students who receive health education.

Method: In the study were accessed nine hundred seventy-two female students between the ages of 18-30. The data were collected via Personal Information Form, Questionnaire of Exposure to Violence (QEV), General Health Survey-12 (GHS-12), and Quality of Life Scale Related to Health-SF36. Descriptive Statistics (mean, standard deviation, percentage) Mann-Whitney U, Kruskal Wallis H Test, Spearman Rho Correlation Analysis were used for analysis data.

Results: It was determined that the mean age was 20.63 ± 0.067 and there was a significant difference ($p < 0.05$) between the age of the students included in the research scope, department attended, class level, domicile, smoking, use of alcohol/substance and conditions of receiving psychiatric treatment, condition of having pain, reactions after being subjected to violence, communication and relationships in family, condition of receiving psychiatric treatment in family, type of violence and QEV point means. It was also determined that there was a significant relationship between the QEV point means of the students included in the research scope and SF-36 sub-dimensions (in negative way, at a very weak level or a weak level), and those having distress were subjected to the violence at a higher rate in comparison with those not having distress.

Conclusions: As the exposure to violence increases, university students receiving health education have a serious negative impact on their quality of life, mental health and coping skills.

Key Words: Violence, Female, Health occupations students.

¹Uzman Hemşire; Kars İl Sağlık Müdürlüğü. (Orcid no: 0000-0003-1883-3134)

²Dr. Öğr. Üyesi; Kafkas Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı. (Orcid no: 0000-0002-7352-0387)

* Bu çalışma Onur SOYLU'nun yüksek lisans tezinden üretilmiş ve 20-22 Haziran 2019 tarihinde Erzurum'da yapılan 1. Uluslararası Hemşirelikte Yenilikçi Yaklaşımlar Kongresinde sözel bildiri olarak sunulmuştur.

Giriş

Şiddet, küresel olarak tüm Dünya'da tüm kültürlerde kadını etkileyen bir olgudur. Sessizlik içinde ürer ve kültürel normlar ile meşruiyet bulur. Uygulayıcıları kimi zaman partnerler, kocalar, kimi zaman aile ve arkadaşlar ve hatta yabancılar olabilmektedir. Halka açık alanlarda, insan olarak kadın haklarının ciddi şekilde ihlal edilmesi şeklinde olabilir. Fiziksel ve ruhsal sağlık sorunlarının önemli nedeni olarak görülmektedir(1). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), kişilerarası şiddeti "yaralanma, ölüm, psikolojik zarar, gelişme geriliği ya da yoksunluk ile sonuçlanan ya da sonuçlanma ihtimali yüksek olan başka bir kişiye, bir grup ya da topluluğa karşı fiziksel güç veya kuvveti tehdit etme veya kasten kullanma niyeti" olarak tanımlamıştır. Kişilerarası şiddet, aile ve yakın arkadaş şiddeti (tanıdıktan)ve toplumsal şiddet (yabancıdan) olmak üzere iki farklı biçimde görülmektedir(2).

Kadınlara, çocuklara ve yaşlılara karşı şiddet konusunda bilinen şeylerin çoğu nüfusa dayalı anketler ve özel araştırmalardan gelir. Bu çalışmalar fiziksel, cinsel ve psikolojik istismarın yaygın olduğunu ve dünya çapında milyonlarca kadının sağlığını ve esenliğini etkilediğini göstermektedir. Örneğin, kadınlara karşı yakın partner/ eş şiddetine ilişkin nüfusa dayalı anketler, kadınların % 20 ile % 60'ının şiddet hakkında kimseye bir şey söylemediğini ve çok azının sağlık hizmetleri de dahil olmak üzere kurumsal yardım talep ettiğini göstermektedir. Şiddet nedeniyle yaralanan kadınların % 48'inde yaralanmaya yönelik sağlık bakımına ihtiyaç duymuş ancak bunların sadece % 36'sı sağlık bakım hizmetine başvurmuştur(3).

Konu ile ilgili uluslararası literatür incelendiğinde kadına yönelik fiziksel-cinsel şiddet oranının % 3-32.7 aralığında değiştiği; yakın bir partnerden ya da bir yabancıdan kaynaklı olabildiği görülmüştür (4-7). Türkiye'de kadına yönelik şiddet ile ilgili yapılan çalışmalar incelendiğinde, üniversite örnekleminde şiddete maruziyet il bazlı çalışmalarda benzer oranlarda olduğu belirlenmiştir. Üniversite öğrencileri daha çok aile, yakın bir akraba veya arkadaş tarafından şiddete maruz kalmaktadır (8-9). Dağlar, Bilgic & Demirel'in çalışmasında üniversite öğrencilerinin yaklaşık dörtte birinin ebeveynleri tarafından şiddete uğradığı, bunların yarıya yakınının

psikolojik şiddete maruz kaldığı belirlenmiştir (8). Öner & Koruklu ise çalışmalarında öğrencilerin %80'ninin şiddete tanık olduğunu belirlemiştir. Öğrencilerin yarısından fazlasının (%64.3) ise şiddete maruz kaldığı belirlenmiştir. Şiddetin aile ve arkadaşlardan geldiği tespit edilmiştir (9).

Şiddet öyküsü olan kadınların olamayanlara kıyasla daha düşük sağlık algısına sahip oldukları; psikolojik distres, somatik şikayetler, antidepresan ya da trankilizan ilaç kullanımının anlamlı derecede daha fazla olduğu belirlenmiştir (6). Kadınlara ve kadınlara yönelik şiddet, Human İmmunodeficiency Virüs (HIV), diğer cinsel yolla bulaşan hastalıklar, istenmeyen gebelikler ve diğer üreme sağlığı sorunları içinde önemli bir risk faktörüdür. Ayrıca beyni ve sinir sistemini, gastrointestinal, genitoüriner sistemleri, bağışıklık ve endokrin fonksiyonu etkileyen diğer olumsuz sağlık sonuçlarıyla da bağlantılıdır (3,10). Şiddete maruz kalma, aynı zamanda, kardiyovasküler hastalık, kanser, kronik akciğer hastalığı, karaciğer hastalığı ve diğer bulaşıcı olmayan hastalıklar da dâhil olmak üzere ölümün önde gelen bazı nedenleri için başlıca risk faktörleri olan alkol ve madde kötüye kullanımı ve sigara gibi riskli davranışlarla güçlü bir şekilde ilişkilidir. Şiddet mağdurlarında ayrıca depresyon, kaygı, post-travmatik stres bozukluğu ve intihar davranışı riski daha yüksektir (3).

Türkiye'de kişilerarası şiddeti ele alan çalışmalar sıklıkla ergen nüfusu ya da orta yaşlı ele almaktadır. Genç erişkinlerin yer aldığı üniversite örneklemini temel alan çalışma azlığı dikkat çekicidir. Bu çalışma ile birlikte üniversite eğitimine devam eden kadın öğrencilere yönelik uygulanan şiddetin hem fiziksel hemde psikolojik sağlık üzerine etkisi konusunda yeni bilgiler edinilecektir. Yukarıdaki bilgiler ışığında bu çalışmanın amacı, sağlık eğitimi alan üniversiteli kadın öğrencilerde kişiler arası şiddetin farklı biçimlerine maruz kalma sıklığını, etkileyen faktörleri ve kişiler arası şiddetin sağlık üzerine etkisini belirlemek amacı ile yapıldı. Bu amaç doğrultusunda araştırmada;

- Sağlık eğitimi alan üniversiteli kadın öğrencilerde kişilerarası şiddete maruz kalma sıklığı nedir?
- Sağlık eğitimi alan üniversiteli kadın öğrencilerin sosyodemografik özellikleri ile şiddete maruz kalma puanları arasında ilişki var mıdır?

- Şiddete maruz kalmanın kadın öğrencilerin sağlığı (genel sağlık ve yaşam kalitesi) üzerine etkisi nasıldır?

Yöntem

Araştırmanın Tipi: Çalışma kesitsel desende yürütüldü.

Araştırmanın yeri, Evren ve Örneklemi:

Araştırma Türkiye'nin kuzeydoğu bölgesinde yer alan Kars şehrinde yürütüldü. Araştırmanın evrenini 2017-2018 eğitim öğretim döneminde Kafkas Üniversitesinin sağlık ile ilgili eğitim alan fakülte ve yüksekokullarında (sağlık bilimleri fakültesi, veterinerlik fakültesi, sağlık hizmetleri meslek yüksekokulu) öğrenim gören 1723 kadın öğrenci oluşturdu. Araştırmanın örneklemini N evren eleman sayısı biliniyorsa formülünden ($p = 0.50$, $q = 1-p=0.50$, $t = 1.96$, $S(d) = 0.03$ alınarak) hareketle minimum 659 öğrenciye ulaşılması gerektiği belirlendi. Örneklem dâhil etme kriterleri düzenli olarak okula devam etme, kadın öğrenci olma ve çalışmaya katılmayı kabul etme şeklinde belirlendi. Araştırmanın dışlama kriteri anketleri eksik doldurmaktır. 17 öğrenci anket dolum hatası yaptığı için örneklemden dışlandı. Araştırmanın nihai örneklemini dâhil etme kriterlerini karşılayan üniversiteli 972 kadın öğrenci oluşturdu.

Veri Toplama Araçları

Kişisel Bilgi Formu: Verilerin toplanmasında araştırmacılar tarafından hazırlanan "Kişisel Bilgi Formu" kullanıldı. Form üniversiteye devam eden kadın öğrencilerin sosyo-demografik özellikleri "yaş, mezun olduğu lise türü, aile tipi, okuduğu bölüm, sınıfı, akademik başarı, kiminle beraber yaşadığı, ailesinin ekonomik durumu, kardeş sayısı, anne/baba öğrenim düzeyi, zararlı alışkanlıkları (alkol, madde sigara kullanıp kullanmadığı), kendisinin ve ailesinin psikiyatrik tedavi görüp görmediği, ağrı yaşama durumu, şiddeti yönelten kişinin kim olduğu, şiddet sonrası ne yaptığını" değerlendiren sorulardan oluştu.

Şiddete Maruz Kalma Anketi (ŞMA): Şiddete maruziyet ve şiddete tanık olma biçimlerinin sıklığını değerlendiren bir ankettir. Araştırmacılar tarafından ilgili literatürden yararlanılarak geliştirdi (11,12). Anket psikolojik şiddete maruz kalmayı değerlendiren 2 madde, fiziksel şiddete maruz kalmayı değerlendiren 2 madde ve cinsel

şiddete maruz kalmayı değerlendiren 2 madde olmak üzere, likert tipinde (0 hiçbir zaman;3 hemen hemen her gün) puanlanan 6 maddeden oluşmaktadır.

Bu aşamada veri setinin faktör analizine uygunluğunun test edilmesi için Kaiser Meyer Olkin (KMO) örneklem yeterliliği testi ve Barlett testi uygulandı; KMO değeri 0.50 nin üzerinde olduğu ve Barlett testi de 0.05 önem derecesinde anlamlı olduğu için veri seti faktör analizine uygun bulundu ($KMO=0,663$; $\chi^2_{Barletttest} (15)=347,592$, $p=0,000$). Temel bileşen yöntemi kullanılarak sorular analiz edildi. Faktör analizinde özdeğeri 1 ve üzeri olan 1 faktör elde edildi. Madde toplam puan korelasyonları tüm maddeler için $p=0,01$ düzeyinde anlamlı bulundu. Korelasyon değerleri "0,452-0,678" arasında değiştiği belirlendi. Şiddete Maruz Kalma Anketinin Cronbach-Alpha iç tutarlılık katsayısı 0,617 olarak belirlendi. (12).

Sağlıkla İlişkili Yaşam Kalitesi Ölçeği (SF-36):

1992 yılında Ware ve Sherbourne'nun tarafından geliştirilmiş olup, ülkemizde ise geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasını 1999 yılında Koçyiğit ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (13). SF-36 ölçeği, özellikle fiziksel hastalığı olan hastalarda yaşam kalitesini ölçmek için geliştirilmiştir. Ancak sağlıklı bireylerde ve psikiyatrik hastalığı olanlarda da başarıyla kullanılmaktadır. SF-36; fiziksel fonksiyon, rol kısıtlamaları (fiziksel ve emosyonel sorunlara bağlı), sosyal fonksiyon, mental sağlık, vitalite (enerji), ağrı ve sağlığın genel olarak algılanması gibi sağlığın 8 boyutunu 36 madde ile incelenmektedir. Ölçeğin bir toplam puanı yoktur; yalnızca 8 alt boyutun toplam puanı hesaplanır. Türkçe formunu güvenilirliğini değerlendirdikleri çalışmalarında her bir alt ölçek için Cronbach alfa katsayısı hesaplanmış ve 0,732-0,761 arasında elde etmiştir (13,14). Mevcut çalışmada alt ölçeklerin Cronbach alfa katsayısının 0,618-0,834 arasında değiştiği belirlendi.

Genel Sağlık Anketi-12 (GSA-12): 1972 yılında Manchester Üniversitesi'nden David Goldberg tarafından geliştirilen Genel Sağlık Anketi, toplumda ve psikiyatri dışı klinik ortamlarda karşılaşılan ruhsal rahatsızlıkları saptamak amacı ile oluşturulmuş, hastanın kendisinin doldurduğu bir tarama testidir. GSA-12'nin Türkiye'de geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları Kılıç (1996,1997) tarafından gerçekleştirilmiştir (15,16). Anket sorularına verilen yanıtlardan a

ve b şıklarına "0", c ve d şıkları için "1" puan verilmekte ve katılımcılar 0-12 arasında puan alabilmektedir. Araştırmada "3 ve üzerinde" puan alanlar GSA-12 sonucuna göre ruhsal sorunlar açısından riskli grup olarak kabul edilmiştir. Cronbach's alfa değeri 0,78 olan güvenilir bir testtir. Mevcut çalışmada GSA-12'nin Cronbach's alfa değeri 0,87 olarak belirlendi.

Veri Analizi

Çalışmada elde edilen veriler SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) 20.0 programında analiz edildi. Sürekli değişkenler için ortalama ve standart sapma, kategorik değişkenler için frekans ve yüzde değerleri hesaplandı. Şiddete maruz kalma sıklığı oranı verilirken hiçbir zaman "hayır" olarak bazen, sık sık ve hemen hemen hergün "evet" olarak kabul edildi. Veri seti dağılımında ± 3 basıklık ve çarpıklık değeri arası dikkate alarak dağılım hesaplandı (17). Fark istatistikleri için ŞMA toplam puanı alındı. İki kategorili değişkenler ve ŞMA farkı Main Whitney U Analizi ile, ikiden fazla kategorisi olan değişkenler ve ŞMA farkı Kruskal Wallis H Testi ile değerlendirildi. ŞMA toplam puanı ile SF-36 toplam puanı ilişkisi Spearman Rho Korelasyon Analizi ile değerlendirildi. ŞMA

toplam puanı ile GSA-12 toplam puanı arasındaki fark Main Whitney U Analizi ile değerlendirildi. İstatistiksel anlamlılık değeri $p < 0.05$ olarak kabul edildi.

Etik Konular

Çalışmaya başlamadan önce Kafkas Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurul Başkanlığından 13/12/2017 tarihinde çalışmanın yürütülmesi için 182 sayılı Etik Kurul izni alındı. Ardından kurum izinleri alındı. Kurumlardaki öğretim elemanları konuşularak işbirliği sağlandı. Araştırma kapsamındaki kadın öğrencilerin haklarının korunması için araştırma verilerini toplamaya başlamadan önce araştırmanın yapılma amacı ve süresi açıklanarak "Aydınlatılmış Onam" yazılı olarak alındı ve gizlilik garantisi edildi.

Bulgular

Katılımcıların şiddete maruz kalma sıklıkları Tablo-1'de gösterildi. Tablo 1'e göre sağlık eğitimi alan üniversiteli kadın öğrencilerin % 21,8'inin sözel şiddete maruz kaldığı % 52,6'sının tanıklık ettiği, % 14,8'inin fiziksel şiddete maruz kaldığı % 49,4'ünün tanıklık ettiği, % 7,6'sının cinsel şiddete maruz kaldığı % 19,5'inin ise tanık olduğu belirlendi.

Tablo 1. Şiddete Maruz Kalma Sıklığı ile İlgili Bulgular (n=972)		
ŞMA Maddeleri	Hayır	Evet
Geçmişte veya yakın zamanda ne sıklıkta tehdit edildiniz?	760 (% 78,2)	212(%21,8)
Geçmişte veya yakın zamanda ne sıklıkta başka birisinin tehdit edildiğini gördünüz?	461 (% 47,7)	511(%52,6)
Geçmişte veya yakın zamanda ne sıklıkta tokatlandınız, yumruklandınız ya da size bir cisimle vuruldu?	828 (% 85,2)	144(% 14,8)
Geçmişte veya yakın zamanda ne sıklıkta başka birisinin tokatlandığını yumrukladığını ya da bir cisimle ona vurulduğunu gördünüz?	492 (% 50,9)	480(% 49,4)
Geçmişte veya yakın zamanda ne sıklıkta vücudunuzda dokunulmasını istemediğiniz özel bir bölgeye dokunuldu?	898 (% 92,4)	74 (% 7,6)
Geçmişte veya yakın zamanda ne sıklıkta başka birisini vücudunda dokunulmasını istemediği özel bir bölgesine dokunulduğunu gördünüz?	783 (% 80,5)	189(% 19,5)

Tablo 2. Tanımlayıcı Özellikler ile ŞMA Puanlarının Karşılaştırılması ile İlgili Bulgular					
Değişkenler	Şiddete Maruz Kalma Anketi (ŞMA)				
	n	X ±SS		r	p
Bireysel Özellikler					
Yaş	971	20,69±2,03		0,084	0,009**
Kardeş Sayısı	972	4,99±2,48		0,055	0,086
Akademik başarı	972	2,01±0,62		0,015	0,648
	n	Mean Rank	Z	KWX ² /sd	p
Mezun Olunan Lise					
Düz Lise	717	495,31	-1,677		0,094
Meslek Lisesi	255	461,73			
Okuduğunuz Bölüm					
Hemşirelik	307	500,24			
Ebelik	128	523,13			
Veterinerlik	91	465,26			
Anestezi	95	513,14			
Yaşlı Bakımı	47	490,77		20,723/10	0,023*
Evde Hasta Bakımı	47	417,48			
Tıbbi Laboratuvar Teknikleri	30	393,45			
İlk ve Acil Yardım	82	456,71			
Tıbbi Dökümantasyon ve Sekreterlik	57	406,84			
Tıbbi Görüntüleme Teknikleri	58	556,76			
Tıbbi Tanıtım ve Pazarlama	30	461,08			
Sınıf					
1. Sınıf	404	43643			
2. Sınıf	352	526,01			
3. Sınıf	98	517,19		23,898/4	0,000**
4. Sınıf	102	506,09			
5. Sınıf	16	568,81			
Kiminle Birlikte Yaşadığı					
Evde Ailemle	239	471,87			
Akrabalarımın Yanında	7	536,64		0,561/3	0,905
Evde Arkadaşımınla	115	486,20			
Yurtta	593	477,39			
Sürekli Yaşanılan Yer					
Şehir	567	501,94			
İlçe/Kasaba	263	481,00		6,889/2	0,032*
Köy	142	435,02			
Sigara Kullanımı					
Evet	144	557,92	-3,382		0,001**
Hayır	828	474,08			
Alkol/Madde Kullanımı					
Evet	50	608,38	-3,222		0,001**
Hayır	922	479,89			

Tablo 2. Tanımlayıcı Özellikler ile ŞMA Puanlarının Karşılaştırılması ile İlgili Bulgular

Psikiyatrik Tedavi Alma Durumu					
Evet	109	615,73	-5,214		0,000**
Hayır	863	470,18			
Ağrı Yaşama Durumu					
Hiç yaşamadım	192	435,58			
Bir ve İkisini Yaşadım	607	474,90		29,366/2	0,000**
Üç ya da Daha Fazlasını Yaşadım	173	583,72			
Şiddeti Yönelten Kişi					
Aile/Yakın Arkadaş/Partner	284	194,76	-3,659		0,000**
Toplumsal	83	147,17			
Aile Tipi					
Çekirdek Aile	744	482,98			
Geniş Aile	195	490,43	1,536/2		0,464
Anne/Baba Ayrı Boşanmış	33	542,55			
Ailesi Yok	0				
Aile Gelir Durumu					
Kötü	34	596,66			
Orta	782	484,76	3,332/2		0,189
İyi	156	477,12			
Baba Eğitim Durumu					
Okuryazar Değil	53	491,88			
Okur Yazar	55	537,08			
İlkokul	325	488,54	4,373/5		0,497
Ortaokul	204	481,83			
Lise	221	462,57			
Lisans ve Lisans Üstü	114	508,51			
Anne Eğitim Durumu					
Okuryazar Değil	272	491,16			
Okur Yazar	78	536,06			
İlkokul	344	478,18	4,052/5		0,542
Ortaokul	147	480,60			
Lise	98	483,33			
Lisans ve Lisans Üstü	32	437,20			
Ailede Psikiyatrik Tedavi Alma Durumu					
Evet	146	586,10	-4,754		0,000**
Hayır	826	468,90			
Aile ile İletişim ve İlişkiler					
Kötü	15	806,87			
Orta	220	564,89	47,090/2		0,000**
İyi	737	456,58			

n: Örneklem sayısı, X: ortalama, SS: Standart Sapma, r: Spearman Rho Korelasyon Analizi, Z: Mann-Whitney U Testi, KWX2 : Kruskal Wallis Testi, sd: Serbestlik derecesi, * p < 0,05, ** p < 0,01

Araştırma kapsamına alınan öğrencilerin yaşı ile ŞMA puan ortalamaları arasında pozitif yönde çok zayıf düzeyde anlamlı ilişkili olduğu ($p < 0,01$) belirlendi. Okunan bölüm ile ŞMA puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark belirlendi ($p < 0,05$). Farkın gruplar arasında kaybolduğu görüldü. Sınıf düzeyi ve ŞMA puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olduğu belirlendi ($p < 0,01$). Farkın birinci ve ikinci sınıf arasında olduğu belirlendi ($p = 0,000$). Sürekli Yaşanılan yer ile ŞMA puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olduğu belirlendi ($p < 0,05$). Farkın yaşam yeri köy ve şehir olanlar arasında olduğu belirlendi ($p = 0,028$). Sigara kullanımı, alkol/madde kullanımı ve psikiyatrik tedavi alma durumları ile ŞMA puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olduğu belirlendi ($p < 0,01$). Ağrı yaşama durumu ile ŞMA puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olduğu belirlendi ($p < 0,01$). Farkın " hiç yaşamayanlar ile üç veya daha fazlasını yaşayanlar ($p = 0,000$) ve bir-ikisini yaşayanlar ile üç veya daha fazlasını yaşayanlar ($p = 0,000$)" arasında olduğu belirlendi. Şiddeti yönelten kişiler ile ŞMA puanı arasında anlamlı bir fark olduğu belirlendi ($p < 0,05$).

Ailede psikiyatrik tedavi alma durumu ile ŞMA puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olduğu belirlendi ($p < 0,01$). Ailede iletişim ve ilişkiler ile ŞMA puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olduğu belirlendi ($p < 0,01$). Farkın hangi gruptan kaynaklandığını anlamak amacı ile yapılan ileri analiz sonucunda, ailede iletişim ve ilişkilerin iyi olduğu grup ile kötü arasında ($p = 0,000$); iyi olan grup ile orta olan grup arasında ($p = 0,000$) ve orta olan grup ile kötü olan grup arasında ($p = 0,003$) anlamlı bir fark olduğu belirlendi.

Öte taraftan kardeş sayısı, mezun olunan lise türü, akademik başarı, kiminle birlikte yaşadığı, aile tipi, aile gelir durumu, baba ve anne eğitim durumu ile ŞMA puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark ya da ilişki olmadığı belirlendi ($p > 0,05$).

Tablo 3'te katılımcıların şiddete maruz kaldıktan sonra ne yaptıklarına ilişkin özellikler yer almaktadır. Katılımcıların çoğunlukla aileden birisine haber verme seçeneğini seçtikleri görülmektedir. Öte taraftan şiddete uğradıktan sonra ne yaptığı ile ŞMA puan ortalamaları arasındaki fark incelendiğinde; hiç bir şey

yapmama ve şiddetle karşılık verme ile ŞMA puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunurken ($p < 0,05$); aile, okul/öğretmenler, arkadaşlar ile paylaşma ve emniyet güçlerine haber verme ile ŞMA puan ortalamaları arasında fark olmadığı belirlendi ($p > 0,05$).

Tablo 3. Sağlık Eğitimi Alan Üniversiteli Kız Öğrencilerin Şiddete Uğradıktan Sonra Ne Yaptığına İlişkin Özellikler ile ŞMA Puanlarının Karşılaştırılması ile İlgili Bulgular

Değişkenler	Şiddete Maruz Kalma Anketi (ŞMA)			
	n	Mean Rank	Z	p
**Şiddete Uğradıktan Sonra Ne Yapıldığı				
Hiç birşey Yapmadım				
Evet	123	284,22	-2,471	0,013*
Hayır	388	247,06		
Şiddetle Aynen Karşılık Verdim				
Evet	113	281,78	-2,137	0,033*
Hayır	398	248,68		
Aile Bireylerinden Birisine Haber Verdim				
Evet	140	253,71	-0,219	0,827
Hayır	371	256,87		
Arkadaşlarım ile Paylaştım				
Evet	144	246,95	-0,882	0,378
Hayır	367	259,95		
Hocalarım/Okul İdaresi İle Paylaştım				
Evet	9	311,33	-1,152	0,249
Hayır	502	255,01		
Emniyet Güçlerine Haber Verdim				
Evet	68	248,76	-0,441	0,659
Hayır	443	257,11		
n: Örneklem sayısı, Z: Mann-Whitney U Testi, * $p < 0,05$, **Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.				

Araştırma kapsamına alınan öğrencilerin ŞMA puan ortalamaları ile SF-36 alt boyutları arasındaki ilişki incelendiğinde; Fiziksel Fonksiyon, Ağrı, Fiziksel Rol Kısıtlılığı, Mental Sağlık, Canlılık, Emosyonel Rol Kısıtlılığı ve Genel Sağlık arasında (negatif yönde, çok zayıf düzeyde) ve Sosyal Fonksiyon arasında (negatif yönde zayıf düzeyde) anlamlı bir ilişki olduğu belirlendi ($p < 0,01$). Araştırma kapsamına alınan öğrencilerin ŞMA puan ortalamaları ile GSA-12 puan ortalamaları arasındaki fark incelendiğinde; hiç bir şey

Tablo 4. Sağlık Eğitimi Alan Üniversiteli Kız Öğrencilerin ŞMA Puanları ile SF-36 ve GSA-12 Puanlarının Karşılaştırılması ile İlgili Bulgular

Değişkenler	Şiddete Maruz Kalma Anketi (ŞMA)			
	n	X ±SS	r	p
SF-36				
Fiziksel Fonksiyon	972	81,29±17,78	-0,115	0,001**
Ağrı	972	73,35±20,00	-0,218	0,001**
Fiziksel Rol Kısıtlılığı	972	69,65±36,95	-0,203	0,001**
Sosyal Fonksiyon	972	63,59±25,11	-0,261	0,001**
Mental Sağlık	972	60,87±18,07	-0,173	0,001**
Canlılık	972	52,52±20,51	-0,160	0,001**
Emosyonel Rol Kısıtlılığı	972	50,00±42,34	-0,235	0,001**
Genel Sağlık	972	57,49±17,06	-0,206	0,001**
GSA-12	n	Mean Rank	Z	p
Distres Yok (<3)	628	450,70	-5,491	0,000**
Distres Var (>3)	344	551,85		

SF-36: Sağlıkla İlişkili Yaşam Kalitesi Ölçeği, GSA-12: Genel Sağlık Anketi-12, n: örneklem sayısı, X: ortalama, SS: Standart Sapma, r: Spearman Rho Korelasyon Analizi, Z : , Mann-Whitney U Testi, ** p < 0,01

Tartışma

Mevcut çalışmada, sağlık eğitimi alan üniversiteli kadın öğrencilerde kişiler arası şiddetin farklı biçimlerine maruz kalma sıklığını, etkileyen faktörleri ve kişiler arası şiddetin sağlık üzerine etkisini belirlemek amaçlandı. Öğrencilerin % 21,8'inin sözel şiddete maruz kaldığı % 52,6'sının tanıklık ettiği, % 14,8'inin fiziksel şiddete maruz kaldığı % 49,4'ünün tanıklık ettiği, % 7,6'sının cinsel şiddete maruz kaldığı % 19,5'inin ise tanık olduğu belirlendi. Şiddete maruz kalan öğrenciler şiddeti yöneltenin aileden biri, arkadaş ya da partner olduğunu bildirdi. Ulusal ve uluslararası çalışmalarda (18-20) bu yaş grubundaki kadınların birince sırada sözel/duygusal/psikolojik şiddete maruz kaldıkları, ikinci sırada fiziksel şiddete maruz kaldıkları ve son sırada cinsel şiddete maruz kaldıkları belirlenmiştir. Şiddete doğrudan maruz kalma ve tanık olma oranları irdelendiğinde mevcut çalışmada öğrenciler daha fazla oranda tanıklık ettiklerini bildirmiştir. Bu sonuç literatür ile uyumludur (8). Martin Baena, Talavera, & Montero Piñar, 2013-2014 akademik yılında Valencia Üniversitesinde 18-25 yaş arası okuyan kadınlar arasında yürüttükleri çalışmanın sonuçlarına göre kadınlar şiddeti % 10,3'ünün yakın partnerleri, % 5,4 partner dışı biri, % 1,4 arkadaş, % 2,2 sınıf arkadaşı, % 1,1 tanınmayan biri ve % 0,7 ailesinden birinin yönelttiğini ifade etmiştir (10).

Çalışma sonuçları göz önüne alındığında şiddet çoğunlukla tanıdık birilerinden ve sıklıkla sözel ya da fiziksel şiddete maruz kalma biçiminde ortaya çıkmaktadır.

Araştırma kapsamına alınan öğrencilerin kardeş sayısı ve akademik başarı, mezun olunan lise türü, kiminle birlikte yaşadığına yönelik bireysel özellikler ile ŞMA puan ortalamaları arasındaki anlamlı bir fark olmadığı öte taraftan yaş, okunulan bölüm, sınıf düzeyi, sürekli yaşanılan yer ile ŞMA puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark ya da ilişki olduğu (p < 0.05) belirlendi. Buna göre yaş arttıkça, sınıf düzeyi arttıkça ve şehirde yaşadıkça şiddete maruz kalma oranı istatistiksel açıdan anlamlı bir şekilde yükselmektedir. Eğitim süresi uzadıkça şiddete maruziyet geçen süre içerisinde devam etmektedir. Bu durum şiddete maruz kalan öğrencilerin zaman içerisinde maruziyetlerinin devam ettiğinin göstergesi olabilir. Mevcut literatür incelendiğinde yaş ile şiddete maruz kalma oranı arasında ilişki olmadığını belirleyen (10, 21, 22) ve yaş arttıkça şiddete maruz kalma sıklığının arttığını belirleyen (23) çalışmalar mevcuttur. Pengpid ve Peltzer Afrika, Asya ve Amerika kıtasından 22 ülkeden 16979 üniversite öğrencisi üzerinde partner şiddeti üzerine yaptıkları çalışmalarında, kadın öğrencilerin üniversitede 4. yılında olma, fiziksel ya da

cinsel şiddete maruziyet ile ilişkili belirlenmiştir (24). Mevcut çalışma sonuçları üniversitelerde özellikle fakülte yöneticilerinin kadın öğrencilerin şiddete maruz kalmasını önlemeye yönelik acil önlem almasını gerektirmektedir. Şiddete maruz kalan kadınlar bildirimde bulunmaları için teşvik edilmelidir. Mevcut çalışma sonuçları ile paralel şekilde, devam edilen bölümler arasında farklı şiddete maruz kalma oranlarını belirleyen çalışma da mevcuttur (23). İlgili literatür incelendiğinde, gerek ulusal gerekse de uluslar arası literatürün çoğunlukla partner şiddeti üzerinde odaklandığı görüldü. Ulusal çalışmalarda sadece kadın üniversiteli öğrenciler üzerine yapılan çalışma sayısı dikkat çekici şekilde düşüktü.

Mevcut çalışmada sigara içenlerde içmeyenlere göre, alkol/madde kullananlarda kullanmayanlara göre, psikiyatrik tedavi alanlarda almayanlara göre, aile/yakın arkadaş/partner tarafından şiddete maruz kalanların tanımadıkları birinden maruz kalanlara göre anlamlı düzeyde daha fazla şiddete maruz kaldıkları belirlendi ($p < 0,01$). Literatürde tıbbi hastalık ve/veya psikiyatrik bozukluğu olanlarda (18), sigara kullananlarda (24), alkol madde kullananlarda (25) daha fazla şiddete maruz kalma oranları belirlemiştir. Demir ve Biçer bir üniversitesinin dört farklı biriminde ilk ve son sınıflarda öğrenim gören öğrenciler üzerinde yaptıkları çalışmada, öğrencilerin alkol ve sigara kullanma durumları ile flört şiddetine maruz kalma durumları arasında anlamlı fark olduğu belirlenmiştir. Buna göre flört şiddetine uğrayanların % 20,1'i alkol, % 25,5'i sigara kullandığını belirlemiştir (21). Yukarıdaki literatür incelendiğinde sigara alkol kullanımı, psikiyatrik bir rahatsızlığa sahip olma şiddete maruziyet için ilişkili birer faktör olarak görülmektedir.

Araştırma kapsamına alınan öğrencilerin şiddete maruz kaldıktan sonra ne yaptıkları ile ŞMA puanları arasındaki ilişki incelendiğinde hiçbir şey yapamayanların ve şiddete aynen karşılık verenlerin ŞMA puanlarının istatistiksel açıdan daha fazla olduğu belirlendi ($p < 0,05$). Bu sonuçlar şiddete daha fazla maruz kalanların, kullandıkları baş etme mekanizmalarından çoğunluğunun "etkisiz baş etme mekanizması" olduğunu göstermektedir. Şiddet karşısında üniversite öğrencilerinin tepkilerini inceleyen çalışmalara bakıldığında öğrencileri, ağlama/ darılma/ kırılma/ konuşmama, duruma itiraz

etme, sözle karşılık verme/bağırma, fiziksel olarak karşılık verme, hiç tepki vermeme/içine kapanma olduğu belirlenmiştir (26). Karatay ve arkadaşları üniversitede öğrenim gören ve yurttan kalan öğrenciler üzerinde yaptıkları araştırmanın sonuçlarına göre, duygusal ilişkisinde partnerine şiddet uyguladığında partnerin tepkisi sırasıyla; tepki vermedi % 26,8, küstü sonra gönlünü aldım % 33,9, o da bana şiddet uyguladı % 20,5, ilişkiyi bitirdi % 15,7 şeklindedir (19). Bu sonuçlar üniversiteli kadın öğrencilerin bir sorunla karşılaştıklarında/öfkelendiklerinde/ şiddete maruz kaldıklarında etkili baş etme biçimlerini kullanmadıkları göstermektedir. Bu sonuç şiddete maruz kalma durumunda ne yapacağını bilmeme, korkma, bu konudaki farkındalık eksikliği ile açıklanabilir.

Mevcut çalışmada ailede psikiyatrik tedavi alanların almayanlara göre, istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde daha fazla şiddete maruz kaldığı, aile ile iletişim ve ilişkileri kötü olanların orta ve iyi olanlara göre anlamlı düzeyde daha fazla şiddete maruz kaldıkları belirlendi ($p < 0,05$). Adinew ve Hagos çocukluğunda anne-baba arasındaki şiddete tanık olma, ile yaşam boyu cinsel şiddete maruz kalma arasında pozitif ilişki belirlemiştir (25). Literatürde ailede psikiyatrik tedavi alan birilerinin olması, ailede iletişim ve ilişkilerin kötü olması ile şiddete maruz kalma konusunda çalışmaya rastlanmadı. Bu sonuçlar, ailede iletişim ve ilişkilerin kötü olmasının şiddete maruz kalmayı tetikleyen bir faktör olarak ortaya çıktığını göstermektedir. Ailede psikiyatrik tedavi alan bir üyenin varlığı da aile içi bir stresör olmaktadır. Bu durum diğer faktörler ile ele alındığında şiddete maruziyet için ilişkili faktör olarak ortaya çıkmış olabilir.

Çalışma kapsamında son araştırma sorusunun cevabına yönelik olarak, ŞMA puan ile SF-36 ilişkisi ve GSA-12 farkı analiz edildi. Buna göre şiddete maruz kalma puanı arttıkça yaşam kalitesi alt boyut puanlarının tamamının azaldığı görüldü. Ayrıca Distresi olanların olmayanlara göre daha fazla oranda şiddete maruz kaldığı tespit edildi ($p < 0,01$). Aynı zamanda araştırma kapsamına alınan öğrencilerin diğer önemli bir bulgusu ağrı yaşama durumudur. Buna göre ağrı yaşama durumu ile ŞMA puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olduğu ($p < 0,01$) üç ya da daha fazla ağrı yaşayanların hiç yaşamayanlara ve bir-ikisini yaşayanlara kıyasla anlamlı düzeyde daha fazla şiddete

maruz kaldıkları belirlendi ($p < 0,05$). Björklund ve arkadaşları Finlandiya üniversitesinde 905 üniversite öğrencisinde şiddete maruz kalmanın sağlık üzerine ve sağlık hizmeti kullanımı üzerine etkisini değerlendirdikleri çalışmalarında şiddete maruz kalmanın “psikolojik belirtiler, ruh sağlığı belirtileri ve alkol kötüye kullanımı belirtileri” üzerinde arttırıcı etkisi belirlenmiştir. Kadın şiddet mağdurlarında özellikle; genel semptomlar, abdominal semptomlar, ruh sağlığı semptomları, psikolojik semptomlar ve alkol kötüye kullanım semptomları istatistiksel açıdan daha yüksektir (27). Önemli diğer bir sonuç distres varlığına yöneliktir. Martin Baena, Talavera & Montero Piñar Valencia Üniversitesinde 18-25 yaş arası kadın öğrenciler üzerinde yapmış olduğu çalışmada hayatı boyunca şiddet görmüş kadın öğrencilerin şiddet görmeyenlere göre daha fazla psikolojik distrese sahip olduğu sonucuna varmışlardır (10). Ulusal ve uluslararası literatürde (18,24) şiddet mağduru kadın üniversite öğrencilerinde saptanan ruhsal sorunlar travma sonrası stres bozukluğu, anksiyete, depresyon, psikotik bozukluk, bipolar bozukluk, zayıf sağlık algısı şeklindedir. Ayrıca şiddet mağduru kadın öğrencilerin anksiyete ve umutsuzluk düzeyleri şiddete maruz kalma sıklığı arasında ilişki belirleyen çalışmalarda mevcuttur (26). Mevcut çalışma sonuçlarına göre şiddet maruziyeti üniversiteli kadın öğrencilerin yaşam kalitesini kötüleştirmekte, aynı zamanda ruhsal distresin oluşumuna katkı sunmaktadır.

Sınırlılıklar: Bu araştırmanın bazı sınırlılıklara sahiptir. Verilerin kesitsel niteliği, şiddet ve sağlık sonuçları arasındaki ilişkinin sebep sonuç ilişkisi olarak alınmaması gerektiği anlamına gelir. Ayrıca, bu çalışma ülkemizdeki tüm kadın üniversite öğrencilerine yönelik değildir, çünkü sağlık eğitimi alan öğrencilerin profili diğer üniversite öğrencilerinin profilinden farklı olabilir.

Sonuç

Yukarıdaki sınırlamalara rağmen, araştırmamızda kadın üniversite öğrencilerine yönelik şiddet oranlarının yüksek olduğunu ve tüm şiddet biçimlerinin üniversite öğrencilerinin sağlığını ciddi biçimde tehlikeye attığını doğrulamaktadır. Özellikle tanıdık yakın birileri tarafından gelen şiddetin oranının yüksekliği dikkat çekicidir. Genç yetişkinlik dönemi sağlıklı ve düzenli ilişkilerin kurulduğu bir dönemdir. Genç kadınların şiddet barındırmayan ilişki paternlerine sahip olmaları

gelecekleri için önemlidir. Bağımlılık yapan madde kullanan üniversite öğrencilerine yönelik olarak madde kullanımı, sağlık sonuçları, şiddete maruz kalma, şiddetten korunma, şiddet durumunda yapılacaklar konusunda bilinçlendirme yapılmalıdır. Hastane başvurularında ağır şikayetleri şiddete maruziyet yönünden de ele alınmalıdır. Baş etme biçimleri konusunda bilinçlendirme toplantıları, danışmanlık hizmetleri sağlanmalıdır.

İletişim: Dr. Öğr. Üyesi. Fadime Kaya
E-Posta: fadimee36@hotmail.com

Kaynaklar

1. Chhabra S. Effects of societal/domestic violence on health of women. *J Women's Health Reprod Med.* 2018;2(1):1-6.
2. WHO: World Health Organization Violence: A global public health problem. In E. G. Krug, L. Dahlberg, J. A. Mercy, A. B. Zwi, and R. Lozano (Eds.), *World report on violence and health.* Geneva: World Health Organization, 2002. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42495/9241545615_eng.pdf;jsessionid=A7941F-9355D32FEAA5890E6D9BC1D1C3?sequence=1, Erişim tarihi: 25 Ocak 2019.
3. WHO : World Health Organization, *Global Status Report in Violence Prevention.* Geneva: World Health Organization, 2014. <http://eprints.uwe.ac.uk/30034/1/GSRPV-2014.pdf>, Erişim tarihi: 25 Ocak 2019.
4. Abrahams N, Devries K, Watts C, Pallitto C, Petzold M, Shamu, S, García-Moreno, C. Worldwide prevalence of non-partner sexual violence: a systematic review. *Lancet*, 2014; 383(9929): 1648-1654.
5. European Union Agency for Fundamental Rights (FRA) (2015). *Violence Against Women: An EU-Wide Survey. Main Results Report*, Luxembourg. <https://fra.europa.eu/en/publication/2014/violence-against-women-eu-wide-survey-main-results-report>
6. Montero I, Escriba V, Ruiz-Perez I, Vives-Cases C, Martín-Baena D, Talavera M. & et al. Interpersonal violence and women's psychological well-being. *Journal of Women's Health.* 2011; 20(2): 295-301. <https://doi.org/10.1089/jwh.2010.2136>
7. Lehrer JA, Lehrer EL, Zhao Z. (2010). Physical dating violence victimization in college women in Chile. *Journal of Women's Health,* 2010;19(5):893-902. <https://doi.org/10.1089/jwh.2009.1583>
8. Dağlar G, Bilgic D, & Demirel G. (2017). Ebelik ve Hemşirelik Öğrencilerinin Kadına Yönelik Şiddete

- İlişkin Tutumları. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi, 2017; 10(4): 220-228.
9. Öner H, & Koruklu N. (2019) Üniversite Öğrencilerinin Şiddet Yaşantısı ve Şiddeti Oluşturan Faktörlere İlişkin Görüşleri. Hemşirelik Bilimi Dergisi, 2019; 2(3): 19-26.
 10. Martin Baena D, Talavera M, Montero-Piñar I. (2016). Interpersonal violence and health in female university students in Spain. Journal of Nursing Scholarship, 2016; 48(6): 561-568. <https://doi.org/10.1111/jnu.12239>
 11. Singer MI, Miller DB, Guo S, Flannery DJ, Frierson T, Slovak K.(1999). Contributors to violent behavior among elementary and middle school children. Pediatrics, 1999; 104(4): 878-884. <https://doi.org/10.1542/peds.104.4.878>
 12. Soylu O & Kaya, F. (2019). Sağlık Eğitimi Alan Üniversiteli Kız Öğrencilerde Kişiler Arası Şiddetin Sağlık Üzerine Etkisi, (Unpublished Master's Thesis), Kafkas Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Anabilim Dalı, Kars, 2019.
 13. Aydemir Ö, Köroğlu E (Eds) Psikiyatride Kullanılan Klinik Ölçekler.3.baskı, s: 346-353, Ankara: HBY Basım Yayım, 2007.
 14. Koçyiğit H, Aydemir Ö, Ölmez N, Memiş A. (1999). Kısa form-36 (KF-36)'nın Türkçe versiyonunun güvenilirliği ve geçerliliği. İlaç ve Tedavi Dergisi, 1999; 12: 102-106.
 15. Kılıç C. Genel Sağlık Anketi: Güvenilirlik ve Geçerlilik Çalışması, (Unpublished Doctoral's Thesis) H.Ü. Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Ankara, 1996.
 16. Kılıç C, Rezaki M, Rezaki B, Kaplan I, Ozgen G, Sagduyu A. & et al. General health questionnaire (GHQ 12 & GHQ28): psychometric properties and factor structure of the scales in a turkish primary care sample. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol , 1997; 32(6):327-331.
 17. Shao AT. Marketing research : An Aid to Decision Making.Cincinnati, Ohio : South-Western/Thomson Learning; 2002.
 18. Koyuncu Kütük E, Gümüştaş F, Almış BH. Üniversite öğrencisi kızlarda flört şiddetinin belirleyicileri ve psikiyatrik sonuçlar açısından flört dışı şiddetten farklılıkları. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 2018; 19(2), 217-222. [10.5455/apd.274195](https://doi.org/10.5455/apd.274195)
 19. Karatay M, Karatay G, Gürarlan Baş N, Baş K. Üniversite öğrencilerinin flört şiddetine ilişkin tutum ve davranışları. STED/Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi 2018; 27(1): 62-71.
 20. Palmén R, Francoli N, Genova A, Göksel A, Sales L, Sansonetti S, ve ark. WAVE :Şiddete Karşı Kadınlar Ağ Projesi, WAVE: Kadına Yönelik Şiddet Karşılaştırmalı Raporu: İtalya, İspanya ve Türkiye, 2016. https://notus-asr.org/wp-content/uploads/2016/05/WAVE_CR_TR_FINAL_7Mar-ch2016-2-2.pdf
 21. Demir G, Biçer S. Üniversite öğrencilerinin flört şiddetine maruz kalma durumları ve etkileyen faktörler. Turkish Studies International Periodical for the Languages, Literature and History of Turkish or Turkic 2017; 12(13): 171-188 [10.7827/TurkishStudies.11639](https://doi.org/10.7827/TurkishStudies.11639)
 22. Selçuk KT, Avcı D, & Mercan Y. Üniversite öğrencilerinde flört şiddetine maruziyet: flört şiddetine yönelik tutumların ve toplumsal cinsiyet algısının şiddete maruziyet ile ilişkisi. ACU Sağlık Bil Derg, 2018; 9(3): 302-308.
 23. Tuz C. Bir Üniversitedeki Kız Öğrencilerin Cinsel Şiddet Öyküsü ve Şimdiki Depresyonla İlişkisi. Ankara Üniversitesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Ankara, 2015.
 24. Pengpid S, Peltzer K. Intimate partner violence victimization and associated factors among male and female university students in 22 countries in africa, asia and the americas. African Journal Of Reproductive Health, 2016; 20(1): 29-39.
 25. Adinew YM, Hagos MA. Sexual violence against female university students in ethiopia. BMC International Health and Human Rights, 2017; 17(1): 17-19. [10.1186/s12914-017-0127-1](https://doi.org/10.1186/s12914-017-0127-1)
 26. Alan Dikmen H, Özyayın T, Yılmaz SD. Üniversitedeki kadın öğrencilerde yaşanan flört şiddeti ile anksiyete ve umutsuzluk düzeyleri arasındaki ilişki. Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bil Derg, 2018; 9(2):170-176.
 27. Björklund K, Häkkänen-Nyholm H, Huttunen T, Kunttu K. Violence victimization among finnish university students: prevalence, symptoms and healthcare usage. Social Science & Medicine, 2010; 70(9): 1416-1422.

Oğuzhan Fırat¹, Merve Karakuş², Ethem Murat Arsava³, Mehmet Akif Topçuoğlu⁴, Kutay Demirkan⁵

DOI: 10.17942/sted.890125

Geliş/Received : 03.03.2021
Kabul/ Accepted : 28.06.2021

Öz

Arka Plan: Fokal veya global serebral fonksiyon bozukluğuna ait klinik bulguların 24 saat ve daha uzun sürdüğü klinik bir durum olan inme, engellilik ve ölümlerle sonuçlanması yönüyle toplumsal bir sağlık sorunu olarak tanımlanmaktadır. Ölümle sonuçlanmayan inmelerin kötü yaşam kalitesi ve artmış bakım maliyetleri gibi sonuçlara neden olduğu bilinmektedir. İnme, gelişim mekanizmasına göre genel olarak iskemik ve hemorajik inmeler olarak iki sınıfa ayrılmaktadır. Toplumda tüm inmelerin %85'inin iskemik ve %15'inin hemorajik inmeler olduğu bildirilmektedir. Hipertansiyon, diyabet, ateroskleroz ve atriyal fibrilasyon gibi risk faktörlerinin yönetimi ile inme görülme sıklığının azaltıldığı belirtilmektedir. Önlenabilir risk faktörlerinin yönetimi, hastalığa özgü tedavi yöntemlerini ve yaşam tarzı değişikliklerini içermektedir. İnme için tanımlanan risk faktörlerinin yönetiminde başvurulan birçok kılavuz bulunmakta ve bu kılavuzlar arasında farklılıklar olduğu düşünülmektedir.

Amaç: Bu derlemenin amacı inme risk faktörlerinin yönetiminde sıklıkla başvurulan 5 farklı kılavuz arasındaki farkları tespit etmektir.

Gereç ve Yöntem: Bu derlemede Amerikan İnme Derneği (American Stroke Association, ASA) /Amerikan Kalp Derneği (American Heart Association, AHA), Çin, Kanada İyi İnme Uygulamaları (Canadian Stroke Best Practice), Avrupa İnme Organizasyonu (European Stroke Organization, ESO) ve Türk Beyin ve Damar Hastalıkları Derneği (TBDHD) kılavuzları incelenmiştir.

Sonuç: Amerikan İnme Derneği/Amerikan Kalp Derneği kılavuzu, diğer kılavuzlara göre daha fazla risk faktörlerinin tanımlanması yönüyle daha kapsamlı olduğu, Çin kılavuzunda yaşam tarzı değişikliklerine diğer kılavuzlara kıyasla daha az öneri bulunduğu ve Kanada ve ESO kılavuzlarında kriptojenik inmeler için risk faktörlerine yönelik az sayıda öneri sunduğu tespit edilmiştir. TBDHD kılavuzunda ise tedavi önerilerinin kanıt düzeyinin belirtilmemesinin, diğer kılavuzlara kıyasla önemli bir eksikliği olduğu düşünülmektedir.

Anahtar sözcükler: İnme, Risk faktörleri, Klinik uygulama kılavuzları.

Abstract

Background: Stroke, a clinical condition in which clinical findings of focal or global cerebral dysfunction last 24 hours or longer, is defined as a common health problem that may result in significant disability or death. Non-fatal stroke is known to cause loss of quality of life and increase in care costs. Stroke is generally divided into two classes as ischemic and hemorrhagic strokes according to its development mechanism. It is reported that 85% of all strokes are ischemic and 15% hemorrhagic strokes in the society. It is stated that the incidence of stroke is reduced by the management of risk factors/markers such as hypertension, diabetes, atherosclerosis and atrial fibrillation. Management of risk factors includes disease-specific treatment methods and lifestyle changes. There are many guidelines used in the management of risk factors identified for stroke and it is thought that there are differences between these guidelines.

Aim: The aim of this review is to determine the differences among 5 different commonly used guidelines in the management of stroke risk factors.

Material and Methodology: In this review, American Stroke Association (ASA) / American Heart Association (AHA), China, Canada Good Stroke Practices (Canadian Stroke Best Practice), European Stroke Organization (ESO) and Turkish Cerebrovascular Disease Society guidelines were assessed.

Conclusion: The American Heart Association/American Stroke Association guideline is more comprehensive than other guidelines in terms of identifying more risk factors, there are fewer recommendations for lifestyle changes in the Chinese guideline than other guidelines, and the Canadian and ESO guidelines offer few recommendations for risk factors for cryptogenic strokes. Lack of evidence level might be considered as the weakness of Turkish national guideline.

Key words: Stroke, risk factors, clinical practice guidelines

¹Uzm. Ecz.; Hacettepe Üniversitesi Eczacılık Fakültesi, Klinik Eczacılık Anabilim Dalı (Orcid no: 0000-0002-8726-8530)

²Ecz.; Hacettepe Üniversitesi Eczacılık Fakültesi, Klinik Eczacılık Anabilim Dalı (Orcid no: 0000-0001-6357-9732)

³Prof. Dr.; Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nöroloji Anabilim Dalı (Orcid no: 0000-0002-6527-4139)

⁴Prof. Dr.; Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nöroloji Anabilim Dalı (Orcid no: 0000-0002-7267-1431)

⁵Prof. Dr.; Hacettepe Üniversitesi Eczacılık Fakültesi, Klinik Eczacılık Anabilim Dalı (Orcid no: 0000-0002-6427-5826)

Giriş

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) inmeyi, serebral fonksiyonların fokal veya global bozukluğuna ait bulgulara 24 saat veya daha uzun süreyle devamlılık gösteren, engellilik ve ölümlü sonuçlanabilen klinik bir sendrom olarak tanımlamaktadır (1). İnme, gelişim mekanizmasına bağlı olarak iskemik ve hemorajik inme olmak üzere iki sınıfta incelenmektedir (2). İskemik inme, serebral arter tıkanıklığı veya arterlerde meydana gelen daralma ile oluşabilirken, hemorajik inme ise anevrizma rüptürü veya travma sonrasında ya da spontan olarak gelişmektedir. Toplumda iskemik inmenin görülme sıklığının (%85-90), hemorajik inmeye göre (%10-15) daha yüksek olduğu gösterilmiştir. Bununla birlikte, hemorajik inme geçiren hastaların genellikle iskemik inme geçiren hastalara göre daha ciddi nörolojik bozukluklara ve daha yüksek mortalite oranına sahip olduğu belirtilmektedir (3).

İnme oluşumunu engellemek veya oluşabilecek riskleri en aza indirmek amacıyla birincil ve ikincil koruma yöntemleri oluşturulmuştur. Birincil önlemedeki amaç hastalığı önlemek, sağlıklı veya asemptomatik bireylerde bir bozukluğun ortaya çıkmasını engellemek ve inme riskini azaltmaktır. İkincil önlemede ise, inme veya geçici iskemik atak (GİA) öyküsü olan hastalarda vasküler olay tekrarlama riskini azaltmaktır (4).

Bu makalede ikincil inme profilaksisi sürecinde inme için bilinen risk faktörlerinin yönetiminde sıklıkla başvurulan ulusal ve uluslararası 5 farklı kılavuz arasındaki farklılıklar değerlendirilmektedir.

İnme Risk Faktörleri

İnme için tanımlanan risk faktörleri, değiştirilebilen ve değiştirilemeyen risk faktörleri olarak sınıflandırılmaktadır. Değiştirilemeyen risk faktörleri yaş, cinsiyet, etnik köken ve genetik olarak tanımlanmaktadır. Toplumda inme yükünün azaltılmasında değiştirilebilen risk faktörlerinin tanımlanması ve riskleri azaltılması önemli rol oynamaktadır (5). En önemli değiştirilebilen risk faktörlerinden biri olan yüksek kan basıncının kontrol altına alınması, tekrarlayan inme riskini büyük ölçüde azaltmaktadır (6, 7). Ayrıca inme geçiren hastaların %28'inde prediyabet, %25-45'inde Diyabetes Mellitus (DM) olduğu görülmektedir (8). Framingham çalışmasında, diyabetli kişilerde iskemik inme insidansının diyabetik olmayan kişilere göre 2,5-3,5 kat fazla olduğu belirtilmektedir (7). Düşük dansiteli lipoprotein (LDL) seviyesinin yüksekliğinin ve yüksek dansiteli lipoprotein (HDL) seviyesinin düşüklüğünün iskemik inme riskini önemli ölçüde

artırdığı belirtilmektedir (9). Atrial fibrilasyon (AF) tanısı alan hastalarda iskemik inme görülme sıklığında 4-5 kat artış olduğu bilinmektedir. Tüm inmelerin %15'inden, yaşlılarda görülen inmelerin ise %33'ünden AF'nin sorumlu olduğu belirtilmektedir (10). İnme için majör risk faktörlerinin yanında sigara içiciliği, alkol tüketimi, fiziksel hareketsizlik, uyku apnesi, obezite, kötü beslenme, hiperhomosisteinemi, hormon replasman tedavisi ve oral kontraseptif kullanımı, patent foramen ovale (PFO), antifosfolipid sendromu (APS) ve orak hücre hastalığı varlığı da inme gelişiminde rol oynamaktadır (5, 7, 11).

Kılavuzların Karşılaştırılması

İnmenin tanı ve tedavisi için kullanılan kılavuzlarda akut inme tedavisi önerileriyle birlikte, bilinen risk faktörlerinin yönetimiyle ilgili de öneriler yer almaktadır. Bu derlemede risk faktörlerinin yönetiminde sıklıkla başvurulan Amerikan İnme Derneği (American Stroke Association, ASA) /Amerikan Kalp Derneği (American Heart Association, AHA), Çin, Kanada İyi İnme Uygulamaları (Canadian Stroke Best Practice), Avrupa İnme Organizasyonu (European Stroke Organization, ESO) ve Türk Beyin ve Damar Hastalıkları Derneği (TBDHD) kılavuzları incelenerek karşılaştırılmaktadır (12-16). İnme kılavuzlarının kanıt düzeyi ve öneri düzeyi sınıflandırmaları ve bu sınıflandırmaları için alınan kriterler farklılıklar gösterse de genel olarak randomize kontrollü çalışmalar göz önünde tutularak en üst kanıt düzeyi belirlenmiştir. Öneri düzeyleri için ise kanıt düzeylerinin dikkate alındığı görülmektedir (Tablo 1). Ancak, TBDHD kılavuzu kanıt düzeyi ve öneri düzeyi içermemektedir. İnme risk faktörlerine ilişkin kılavuzların önerilerinin karşılaştırılması Tablo 2 ve 3'te yer almaktadır.

İnmenin birincil ve ikincil korumasında kan basıncı kontrolünün önemi tüm kılavuzlarda vurgulanmaktadır. İncelenen kılavuzlarda kan basıncı hedefi genellikle <140/90 mmHg olarak bildirilmiştir (12-16). Ayrıca kan basıncının kontrol altına alınmasında yaşam tarzı değişikliklerinin ve ilaç tedavisinin önemi de kılavuzlarda ortak olarak belirtilmiştir. Tedavi seçiminde TBDHD, ESO ve Çin kılavuzunda ilaç grubu belirtilmemiş ancak tüm antihipertansiflerin hastanın klinik durumuna ve ilacın erişilebilirliğine bağlı olarak seçilmesi gerektiği bildirilmiştir (14-16). TBDHD kılavuzunda ise kan basıncı hedefleri yaş, diyabet ve kronik böbrek hastalığı varlığına göre değişiklik göstermektedir (16).

Tablo 1. İnme kılavuzlarında kullanılan kanıt ve öneri düzeylerinin karşılaştırılması (*)

	AHA**/ASA***	Çin	Kanada	ESO****
Kanıt Düzeyi	Düzyey A (çok sayıda RKÇ**** ve meta-analiz verileri ve yüksek popülasyon büyüklüğü sonuçları)	Düzyey A (çok sayıda RKÇ ve meta-analiz verileri ve yeterli sayıda popülasyon büyüklüğü sonuçları)	Düzyey A (iki veya daha fazla RKÇ ve RKÇ ile yapılmış meta-analiz verileri)	Sınıf I (Çok sayıda RKÇ ve iyi tasarlanmış prospektif çalışma verileri ve yeterli sayıda popülasyon büyüklüğü sonuçları)
	Düzyey B (tek bir RKÇ ve meta-analiz verisi ve kısıtlı popülasyon büyüklüğü sonuçları)	Düzyey B (Yüksek kaliteli en az bir adet RKÇ verisi)	Düzyey B (Tek sayıda RKÇ ve iyi tasarlanmış 2 veya daha fazla diğer çalışma verileri)	Sınıf II (Tek sayıda RKÇ ve prospektif eş gruplu kohort çalışma verileri ve kısıtlı popülasyon büyüklüğü sonuçları)
	Düzyey C (diğer çalışma verileri ve çok kısıtlı popülasyon büyüklüğü sonuçları)	Düzyey C (İyi tasarlanmış diğer çalışma verileri)	Düzyey C (Konsensus veya kısıtlı diğer çalışma verileri)	Sınıf III (Kontrollü çalışma verileri ve kısıtlı popülasyon büyüklüğü sonuçları)
	-	Düzyey D (Vaka raporları veya uzman görüşü)	-	Sınıf IV (Kontrollü olmayan çalışmalar, vaka raporları gibi veriler)
Öneri Düzeyi	Sınıf I (Fayda >>> Risk)	Düzyey I (Düzyey A kanıtlara dayanmaktadır.)	-	Düzyey A (En az bir adet Sınıf I çalışmaya veya en az iki adet Sınıf II çalışmaya dayanmaktadır.)
	Sınıf IIa (Fayda >> Risk)	Düzyey II (Düzyey B kanıtlara dayanmaktadır.)	-	Düzyey B (En az bir adet Sınıf II çalışmaya veya çok sayıda Sınıf III kanıt düzeyine dayanmaktadır.)
	Sınıf IIb (Fayda ≥ Risk)	Düzyey III (Düzyey C kanıtlara dayanmaktadır.)	-	Düzyey C (En az iki adet Sınıf III çalışmaya dayanmaktadır.)
	Sınıf III (Fayda yok veya riskli)	Düzyey IV (Düzyey D kanıtlara dayanmaktadır.)	-	-

*Türk Beyin ve Damar Hastalıkları Derneği kılavuzu kanıt ve öneri düzeyi içermemektedir.

** Amerikan Kalp Derneği, ***Amerikan İnme Derneği,

**** Avrupa İnme Organizasyonu, ***** Randomize kontrollü çalışma

Tablo 2. İnme için Majör Risk Faktörlerinin Kılavuzlara Göre Karşılaştırılması

Risk Faktörleri	AHA/ASA Kılavuzu 2014	Çin 2014	Kanada 2017	ESO Kılavuzu 2008	TBDHD 2015
Hipertansiyon	<140/90 mmHg (Öneri düzeyi sınıf IIb, kanıt düzeyi C) - Tiyazid diüretikleri ve ACEİ (Öneri düzeyi sınıf I, kanıt düzeyi A)	<140/90 mmHg (Öneri düzeyi II, kanıt düzeyi B) - Bireyselleştirilmiş tedavi yaklaşımı (Öneri düzeyi II, kanıt düzeyi B)	<140/90 mmHg (Kanıt düzeyi B) - ACEİ ve diüretik kombinasyonu (Kanıt düzeyi A)	<140/85 mmHg (Öneri düzeyi A, kanıt düzeyi sınıf I) - YTD ve ilaç (Öneri düzeyi A, kanıt düzeyi sınıf I)	- 60 yaş üstü <150/90 mmHg - 60 yaş altı <140/90 mmHg - Bireyselleştirilmiş tedavi
Diyabet	HbA1c <%7 (Öneri düzeyi sınıf IIa, kanıt düzeyi B) - ADA kılavuzu önerileri (Öneri düzeyi sınıf I, kanıt düzeyi B)	HbA1c <%7 (Öneri düzeyi II, kanıt düzeyi A)	AKŞ: 4-7 mmol/l (72-126 mg/dl) HbA1c <%7 (Kanıt düzeyi B) TKŞ: 5-10 mmol/l (90-180 mg/dl) (Kanıt düzeyi C) - Pioglitazon	- Hedef belirtilmemiştir. - İnsülin veya pioglitazon	- HbA1c <%7 -Yüksek kardiyovasküler riski olanlarda aspirin
Hiperlipidemi	- LDL <100 mg/dl (Öneri düzeyi sınıf I, kanıt düzeyi B) - Statin (Öneri düzeyi sınıf I, kanıt düzeyi B)	- LDL <70 mg/dl (Öneri düzeyi-II, Kanıt Düzeyi-B) - İntrakraniyal arter ateroskleroza bağlı inmelere LDL <70 mg/dl (Öneri düzeyi II, Kanıt Düzeyi-A) - Statin (Öneri düzeyi I, kanıt düzeyi A)	- LDL <2mmol/l (77 mg/dl) (Kanıt Düzeyi B) - Koroner arter hastalığı eşlik eden inme hastalarında LDL <1,8 mmol/l (70 mg/dl) (Kanıt düzeyi A) - Statin (Kanıt düzeyi B)	- LDL <150 mg/dl (Öneri düzeyi A, kanıt düzeyi sınıf I) - Statin (Öneri düzeyi A, kanıt düzeyi sınıf I)	- LDL <100 mg/dl - Statin
Atriyal Fibrilasyon	- Varfarin (INR: 2,0-3,0) ve DOAK (Öneri düzeyi sınıf I, kanıt düzeyi A) - OAK alamayan hastalar için aspirin (Öneri düzeyi sınıf I, kanıt düzeyi A)	- Varfarin (INR: 2,0-3,0) ve DOAK (Öneri düzeyi I, kanıt düzeyi-A) - OAK alamayan hastalarda aspirin (Öneri düzeyi I, kanıt düzeyi A) veya aspirin+klopidoğrel (Öneri düzeyi II, kanıt düzeyi B)	- DOAK (Kanıt düzeyi A) ve varfarin (INR:2,0-3,0) (Kanıt düzeyi B) - OAK alamayan hastalarda aspirin veya aspirin+klopidoğrel (Kanıt düzeyi B)	- Aspirin ya da OAK (Öneri düzeyi A, kanıt düzeyi sınıf I)	- CHAD ₂ VAS ₂ ≥ 2 olan non-valvüler AF'li hastalarda OAK - Varfarin (INR: 2,0-3,0)
Sigara	- Sigaranın bırakılması (Sınıf I, Kanıt düzeyi C), - Nikotin içeren ilaç (Öneri düzeyi sınıf I, kanıt düzeyi A)	- Sigara bırakılması (Sınıf-A, Kanıt düzeyi-I) - İkna yöntemleri, nikotin içeren ilaç (Öneri düzeyi II, kanıt düzeyi B)	- Sigaranın bırakılması (Kanıt düzeyi A) - Nikotin replasman tedavisi, vareniklin ve bupropiyon (Kanıt düzeyi A)	- Sigaranın bırakılması (Öneri düzeyi B, kanıt düzeyi sınıf III)	- Sigaranın bırakılması ve pasif içiciliğin engellenmesi

ACEİ: Anjiyotensin dönüştürücü enzim inhibitörü; YTD: Yaşam tarzı değişikliği; HbA1c: Hemogloblin A1c; ADA: Amerikan Diyabet Birliği; AKŞ: Açlık kan şekeri; TKŞ: Tokluk kan şekeri; LDL:Düşük dansiteli lipoprotein; INR: Uluslararası normalizasyon oranı; OAK: Oral antikoagulan; DOAK: Direkt oral antikoagulan; AF: Atriyal fibrilasyon

İnme veya GİA geçiren hastalarda ikincil korumayı ve DM hastalarında inme için birincil korumayı sağlamak amacıyla kan glukozu takibinin önemi vurgulanmaktadır. İncelenen tüm kılavuzlarda glikozile hemoglobin (HbA1c) ile takibin ve beslenme-yaşam tarzı değişikliklerinin önemi belirtilmektedir (12-16). Ayrıca AHA/ASA ve Çin kılavuzlarında glisemik kontrolü sağlamak amacıyla Amerikan Diyabet Derneği'nin önerilerinin takibi, yüksek kanıt düzeyleri ile önerilmektedir (12, 15). ESO ve Kanada kılavuzunda, DM hastaları için inmenin birincil ve ikincil korumasında özellikle pioglitazon tedavisi önerilmektedir (13, 14). TBDHD kılavuzunda ise diyabetik hastalarda inmenin önlenmesi için hipertansiyon ve dislipidemi gibi komorbiditelerin birlikte değerlendirilmesi gerektiği ve statin

tedavisinin önemi vurgulanmaktadır (16).

Ateroskleroz kaynaklı iskemik inme veya GİA geçiren hastalarda veya ateroskleroz tespit edilen hastalarda, ilk ve tekrarlayıcı inmelerin engellenmesi için tüm kılavuzlarda statin tedavisi ve tedavi amaçlı yaşam tarzı değişikliği önerilmektedir (12-16). Bununla birlikte, Çin ve Kanada kılavuzlarında LDL hedefi diğer kılavuzlara göre daha düşük belirlenirken, ESO kılavuzunda ise LDL hedefi diğer kılavuzlara göre daha yüksek olarak belirlenmiştir (13-15). Ayrıca, Çin kılavuzunda statin tedavisinin fayda ve risklerinin bireysel olarak değerlendirilmesi gerektiği ve özellikle statin doz ayarının hastanın renal ve hepatik bozukluklarına göre düzenlenmesi gerektiği vurgulanmaktadır (15). TBDHD kılavuzunda ise statin tedavisi dozunun

diyabetin eşlik etmesine veya aterosklerotik damar hastalığı riskinin $\geq 7,5$ olmasına göre değiştirilebileceği belirtilmektedir (16).

İncelenen tüm kılavuzlar sigara kullanımının sonlandırılmasının birincil ve ikincil korumadaki etkinliğini vurgulamaktadır. Ayrıca kılavuzların hepsinde sigara bırakma yöntemleri benzer şekilde farmakolojik, psikolojik ve davranışsal yaklaşımlar ile yer almaktadır (12-16).

Hafif ve orta düzeyde alkol tüketiminin inme riskini azalttığı tüm kılavuzlarda belirtilse de aşırı miktarda alkol tüketiminin inme ve GİA riskini artırdığı bildirilmektedir (22-26). AHA/

ASA kılavuzunda hafif-orta düzeyde alkol tüketiminin HDL, apolipoprotein A1, adiponektin düzeyini artırarak ve fibrinojen düzeyini ve platelet agregasyonunu azaltarak, inme veya TIA geçmişi olan hastalarda koruyucu etkinliği olduğu belirtilmektedir. Ayrıca, aşırı alkol tüketiminin hipertansiyon, AF, kardiyomiyopati ve DM riskini artırarak inme riskini artırdığı vurgulanmaktadır (12). Çin kılavuzunda alkol tüketimi ile ilgili önerilere yer verilmemekte, diğer kılavuzlarda ise aşırı alkol tüketiminin azaltılması veya bırakılması önerilmektedir (12-16).

İncelenen kılavuzlarda uyku apnesinin inme riskini artırdığı ve benzer yöntemlerle tedavi

Tablo 3. İnme İçin Diğer Risk Faktörlerinin Kılavuzlara Göre Karşılaştırılması

Risk Faktörleri	AHA/ASA Kılavuzu 2014	Çin 2014	Kanada 2017	ESO Kılavuzu 2008	TBDHD 2015
Alkol	- Alkol kullanımının kısıtlanması veya bırakılması (Öneri düzeyi Sınıf I, kanıt düzeyi C)	-	- Alkol kullanımının kısıtlanması veya bırakılması (Kanıt düzeyi C)	- Alkol kullanımının kısıtlanması veya bırakılması (Öneri düzeyi B, kanıt düzeyi sınıf III)	- Alkol kullanımının kısıtlanması veya bırakılması
Uyku Apnesi	- CPAP (Öneri düzeyi sınıf IIb, kanıt düzeyi B)	- Polisomnografi ve CPAP (Öneri düzeyi II, kanıt düzeyi B)	-	CPAP (Öneri düzeyi C, kanıt düzeyi sınıf III)	- Polisomnografi
Fiziksel Aktivite	Haftada 3-4 kez en az 40 dakika orta yoğunluklu egzersiz (Öneri düzeyi sınıf IIa, kanıt düzeyi C)	-	Haftada 4-7 gün 10 dakika orta yoğunlukta egzersizler (Kanıt düzeyi B)	Düzenli fiziksel aktivite (Öneri düzeyi B, kanıt düzeyi sınıf III)	- Haftada 3-4 kez en az 40 dakika orta-yüksek yoğunluklu egzersiz
Obezite	- YTD (Öneri düzeyi sınıf I, kanıt düzeyi C)	-	- Diyet (Kanıt düzeyi B)	- Diyet (Öneri düzeyi B, kanıt düzeyi sınıf III)	- Kilo verilmesi
Diyet	- Akdeniz tarzı diyet, sodyum alımı <2,4 gram/gün (Öneri düzeyi sınıf IIa, kanıt düzeyi C)	-	Akdeniz tarzı diyet, sodyum alımı <2 gram/gün (Kanıt düzeyi B)	- Doymuş yağ oranı düşük besinler (Öneri düzeyi B, kanıt düzeyi sınıf III)	- Akdeniz tarzı diyet ve sodyum alımının kısıtlanması
Hormon Replasman Tedavisi	-	-	- Oral kontraseptif ve HRT önerilmemektedir. (Kanıt düzeyi B)	- HRT önerilmemektedir. (Öneri düzeyi A, kanıt düzeyi sınıf I)	- HRT önerilmemektedir.
Hiperhomosisteinemi	- Folat, B6 ve B12 vitaminleri (Öneri düzeyi sınıf III, kanıt düzeyi B)	-	-	-	-
Patent Foramen Ovale	- Antikoagülanların aspirine göre üstünlüğüne dair veriler yetersizdir. (Öneri düzeyi sınıf IIb, kanıt düzeyi B)	- Antikoagülan tedavi başarısız olursa antiplatelet tedavi (Öneri düzeyi I, kanıt düzeyi B)	- Antiplatelet veya antikoagülan tedavi (Kanıt düzeyi B)	- Endovasküler kapama (Kanıt düzeyi sınıf IV)	- Antitrombotik tedavi veya katater ile kapama tedavisi önerilmektedir.
Antifosfolipit Antikor Sendromu	- Antiplatelet (Öneri düzeyi sınıf I, kanıt düzeyi B)	-	-	-	-
Orak Hücre Hastalığı	- Kan transfüzyonu (Öneri düzeyi sınıf I, kanıt düzeyi B) - Hidroksiüre (Öneri düzeyi sınıf IIb, kanıt düzeyi B) - Antiplatelet tedavi (Öneri düzeyi sınıf IIa, kanıt düzeyi B)	-	-	-	- Hemoglobulin S <% 30 hedefiyle kan transfüzyonu - Hidroksiüre - Kemik iliği nakli

CPAP: Sürekli pozitif havayolu basıncı; YTD: Yaşam tarzı değişikliği; HRT: Hormon Replasman Tedavisi

edilmesi gerektiği vurgulanmaktadır. Kanada kılavuzu dışındaki tüm kılavuzlarda sürekli pozitif havayolu basıncı (Continous Positive Airway Pressure, CPAP) tedavisi önerilmektedir (12-16). Ayrıca, Çin kılavuzunda CPAP dışında polisomnografi önerilmektedir. Bununla birlikte, Çin kılavuzunda inme hastalarında akut dönemde CPAP'ın hastalığın seyrini iyi yönde etkilediği ancak sub-akut dönemde ise faydasının tartışmalı olduğu belirtilmektedir (15). AHA/ASA kılavuzu, CPAP ile fonksiyonel durum, inme şiddeti ve rekürrensi arasındaki ilişkiyi konu alan randomize ve gözlemsel çalışmalardan elde edilen çalışmaların tartışmalı ancak umut verici olduğunu vurgulamaktadır (12).

İncelenen kılavuzlarda önceden iskemik inme geçirmiş olan hastalarda AF tedavisi amacıyla antikoagülasyonun ilk ve tekrarlayıcı iskemik inmenin önlenmesindeki yüksek önemi belirtilmektedir (12-16). Bununla birlikte, Çin ve ESO kılavuzlarında inme geçirmiş non-valvüler AF hastalarında varfarin tedavisinin gerekliliği vurgulanmaktadır (14, 15). Ayrıca tüm kılavuzlarda varfarin tedavisi alan hastalarda hedef Uluslararası Normalizasyon Oranı (International Normalized Ratio, INR)'nın 2-3 arasında tutulması ve varfarin tedavisine aday olmayan hastalarda direkt oral antikoagülanlar veya aspirin, klopidogrel gibi ajanların kullanımı önerilmektedir (12-16). Diğer kılavuzlardan farklı olarak TBDHD kılavuzunda antikoagülan tedaviye karar vermede CHAD₂VAS₃ skorunun kullanımı vurgulanmaktadır (26).

Çin kılavuzu hariç incelenen tüm kılavuzlarda, vücut kitle indeksine göre obez olduğu doğrulanmış hastaların kilo vermesi önerilmiş ancak, kilo kaybı için kullanılacak yöntemler net olarak belirtilmemiştir (12-16). AHA/ASA kılavuzunda obez hastalarda davranışsal değişiklikler, ilaç ve bariyatrik cerrahi yöntemlerinin kilo vermek için kullanılabileceği belirtilse de bu müdahalelerin vasküler risk üzerindeki etkilerini gösteren az sayıda yüksek kaliteli çalışmaların olduğu vurgulanmıştır (12).

Çin kılavuzu dışındaki incelenen tüm kılavuzlarda uygun fiziksel aktivitenin birincil ve ikincil inme riskini azaltılabileceği bildirilmektedir (12-16). AHA/ASA kılavuzunda fiziksel aktivite ile inme risk faktörlerinin ve inme riskinin azaltılabileceği ve özellikle egzersiz ile kan basıncı ve insülin direncinin azaltılabileceği, endotelial fonksiyonların ve lipit metabolizmasının iyileştirilebileceği ve kilo vermeye katkı sağlayabileceği yüksek kalitedeki verilere dayanarak vurgulanmaktadır (12).

Beslenme alışkanlıklarının değiştirilmesi, günlük tuz tüketiminin kısıtlanması, diyetle sebze, meyve, lifli besinler ve bitkisel yağların dahil edilmesi gibi öneriler Çin kılavuzu dışındaki tüm kılavuzlarda vurgulanmaktadır (12-16). AHA/ASA kılavuzu ise beslenme ile ilgili riskleri malnütrisyon, önerilen alım miktarlarından farklı mikrobeyin öğelerinin (vitamin ve mineral gibi) tüketimi ve optimal diyet modeli olmak üzere üç sınıfta ele almaktadır. Ayrıca diğer kılavuzlarda belirtilmese de AHA/ASA kılavuzunda D vitamini eksikliğinin, potasyumdan fakir beslenmenin ve artmış kalsiyum alımının artmış inme riskinde artışa neden olabileceği belirtilmektedir (12).

İskemik inme veya GİA öyküsü olan kadın hastalarda oral kontraseptif ve hormon replasman tedavisinin sonlandırılması ve bu hastalar için alternatif kontrasepsiyon yöntemlerinin uygulanması gerektiği AHA/ASA ve Çin kılavuzu hariç tüm kılavuzlarda belirtilmektedir (12-16).

İskemik inme veya GİA öyküsü olan hastaların kan homosistein düzeyinin yüksek olarak bulunduğu belirtilmektedir. Hiperhomosisteinemi tespit edilen hastalar için folik asit, B6 ve B12 vitamini takviyesinin yüksek homosistein düzeylerini azaltmada etkin olabileceği AHA/ASA kılavuzunda belirtilmiştir. Ancak, AHA/ASA kılavuzunda rutin kan homosistein düzeyi ölçümü önerilememekte ve hiperhomosisteinemiye yönelik tedavilerin inme önlenmesindeki rolünün bilinmediği belirtilmektedir. AHA/ASA kılavuzu dışındaki kılavuzlarda hiperhomosisteinemi bir risk faktörü olarak belirtilse de izlem ve tedaviye yönelik öneri bulunmamaktadır (12).

İnter-atrial septumdaki bir defekt olan PFO'nun genç yaşta görülen kriptojenik iskemik inme için bir risk faktörü olduğu bilinmektedir. İncelenen kılavuzlarda PFO yönetimi ile ilgili öneriler genel olarak diğer risk faktörlerini de kapsayıcı nitelikte olup uygun tedavi yönteminin seçilmesi gerektiği vurgulanmaktadır. AHA/ASA kılavuzunda aspirin ve antikoagülanların birbirine üstünlüğünün bulunmadığı belirtilse de TBDHD kılavuzu dışındaki kılavuzlarda antikoagülasyon veya antiplatelet tedavi önerilmektedir (12-16).

Antifosfolipit antikor sendromu (AFAS) olan hastalarda iskemik inme için uygun birincil ve ikincil koruma yöntemlerinin uygulanması gerektiği yalnızca AHA/ASA kılavuzunda belirtilmektedir. Ayrıca AHA/ASA kılavuzunda, APS hastaları için uygun antikoagülan veya antiplatelet tedavinin seçilmesi gerektiği belirtilmektedir (12).

İskemik inme veya GİA öyküsü olan orak hücre hastalığı tanılı hastaların birincil ve ikincil koruma

açısından değerlendirilmesine yalnızca AHA/ASA ve TBDHD kılavuzunda yer verilmiştir. Bu kılavuzlarda benzer olarak kan transfüzyonu ilk tedavi seçeneği olarak ön plana çıkmakta ve kan transfüzyonu yapılamayan hastalar için hidroksiüre tedavisi önerilmektedir (12-16).

Sonuç ve Öneriler

Birincil ve ikincil koruma yöntemlerinin temel hedeflerinden olan risk faktörlerinin yönetimi ile iskemik ve hemorajik inmeler ve GİA'lar önlenmektedir. Risk faktörlerinin yönetimi, multidisipliner bir yaklaşım gerektirmekte ve bu yaklaşımların bireyselleştirilmiş olarak uygulanması gerekmektedir. Meta-analizlerin, sistematik derlemelerin ve güçlü randomize kontrollü çalışmaların yer aldığı ulusal ve uluslararası kılavuzlarda bulunan yönergelerin ve önerilerin kullanılması risk faktörlerinin yönetiminde önemli standartlardan biri olarak kabul edilmektedir.

Bu derleme kapsamında incelenen kılavuzlarda, risk faktörlerinin yönetimi ile ilgili önerilerin birçoğunda benzer yaklaşımlar (tedavi hedefi, tedavide kullanılan ajanlar ve farmakolojik olmayan tedaviler) vurgulanmaktadır. Bununla birlikte, diyabet, hipertansiyon, dislipidemi gibi risk faktörlerinin yönetiminde ilgili hastalıkların tedavisi için hazırlanan kılavuzların takip edilmesi önerilmektedir. Kılavuzlar arasındaki farklılıkların yayın yılı ve kılavuzlarda yer alan çalışmaların gücü ile ilgili olduğu düşünülmektedir.

Kapsamlı olarak değerlendirildiğinde AHA/ASA kılavuzu, tüm risk faktörlerini tanımlaması, tedavi hedeflerini ve tedavide kullanılacak ilacın seçimiyle ilgili net öneriler sunması yönüyle diğer kılavuzlara göre daha kapsamlı olduğu düşünülmektedir. Diğer kılavuzların tanımlamadığı risk faktörleri olsa da genel olarak AHA/ASA kılavuzundaki önerilere benzer öneriler sunulmaktadır. Tüm kılavuzlar karşılaştırıldığında, Çin kılavuzunda yaşam tarzı değişikliklerine yönelik daha az öneri bulunduğu, Kanada ve ESO kılavuzlarının kriptojenik inmeler için risk faktörlerine yönelik az sayıda öneri içerdiği TBDHD kılavuzunda ise kanıt düzeyinin ve öneri düzeyinin belirtilmediği saptanmıştır.

Literatürdeki gelişmeler göz önünde tutularak kanıt düzeyleri ile kapsamlı önerilerin yer aldığı ulusal ve uluslararası kılavuzların güncel olması, klinisyenlerin inme hastalarının tedavisi yönetimi için önem taşımaktadır.

İletişim: Oğuzhan Fırat

E-Posta: ogzhnfrt@gmail.com

Kaynaklar

1. Stroke-1989. Recommendations on stroke prevention, diagnosis, and therapy. Report of the WHO Task Force on Stroke and other Cerebrovascular Disorders. Stroke. 1989 Oct;20(10):1407-31.
2. Amarenco P, Bogousslavsky J, Caplan L, R, Donnan G, A, Hennerici M, G: Classification of Stroke Subtypes. Cerebrovasc Dis 2009;27:493-501.
3. Konduru SST, Ranjan A, Bollisetty A, Yadla V. Assessment of risk factors influencing functional outcomes in cerebral stroke patients using modified rankin scale. World J Pharm Pharm Sci. 2018;7(3):755-69
4. Hebert D, Lindsay MP, McIntyre A, Kirton A, Rumney PG, Bagg S, et al. Canadian stroke best practice recommendations: stroke rehabilitation practice guidelines, update 2015. Int J Stroke 2016;11(4):459-84.
5. Boehme AK, Esenwa C, Elkind MS. Stroke risk factors, genetics, and prevention. Circ Res. 2017;120(3):472-95.
6. Oza R, Rundell K, Garcellano M. Recurrent ischemic stroke: strategies for prevention. Am Fam Physician. 2017;96(7):436-40.
7. Allen CL, Bayraktutan U. Risk factors for ischaemic stroke. Int J Stroke. 2008;3(2):105-16.
8. Guzik A, Bushnell C. Stroke epidemiology and risk factor management. CONTINUUM: Lifelong Learning in Neurology. 2017;23(1):15-39.
9. Hackam DG, Hegele RA. Cholesterol Lowering and Prevention of Stroke: An Overview. Stroke. 2019;50(2):537-41.
10. McIntyre WF, Healey J. Stroke prevention for patients with atrial fibrillation: Beyond the guidelines. J Atr Fibrillation. 2017;9(6). 1475
11. Bang OY, Ovbiagele B, Kim JS. Nontraditional risk factors for ischemic stroke: an update. Stroke. 2015;46(12):3571-8.
12. Kernan WN, Ovbiagele B, Black HR, Bravata DM, Chimowitz MI, Ezekowitz MD, et al. Guidelines for the Prevention of Stroke in Patients With Stroke and Transient Ischemic Attack. Stroke. 2014;45(7):2160-236.
13. Wein T, Lindsay MP, Côté R, Foley N, Berlingieri J, Bhogal S, et al. Canadian stroke best practice recommendations: Secondary prevention of stroke, sixth edition practice guidelines, update 2017. Int J Stroke. 2018;13(4):420-43.
14. Committee ESOE, Committee EW. Guidelines for management of ischaemic stroke and transient ischaemic attack. Cerebrovasc Dis. 2008;25(5):457-507.
15. Wang Y, Liu M, Pu C. Chinese guidelines for secondary prevention of ischemic stroke and transient ischemic attack: Compiled by the Chinese Society of Neurology, Cerebrovascular Disease Group. Int J Stroke. 2017;12(3):302-20.
16. Uzuner N, Balkan Ş, Güngör L, Dora B, Öztürk V, Işıkay C ve ark. İnmede Birincil Koruma- Türk Beyin Damar Hastalıkları Derneği İnme Tanı ve Tedavi Kılavuzu . Türk Beyin Damar Hast Der. 2015;21:60-7.



Öznur Tiryaki¹, Sevin Altinkaynak²

DOI: 10.17942/sted.627192

Geliş/Received : 30.09.2019

Kabul/ Accepted : 03.06.2021

Öz

Tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de yenidoğan bebeklerin emzirilmesi konusunda yoğun çaba harcanmaktadır. Ancak tüm çabalara rağmen anne sütü ile beslenme konusunda anne ve bebeğe ait sorunlar yaşanmakta ve anneler bebeklerini emzirmeye başlasalar bile, bir süre sonra emzirmeyi bırakabilmektedirler. Bu sorunlardan en önemlilerinden birisi annelerin, anne sütü ve emzirme konusundaki bilgi ve motivasyonlarının yetersiz olmasıdır. Sağlık profesyonelleri tarafından annelerin emzirme konusunda gebelik döneminden başlayarak bilgilendirilmesi, emzirme sürecinde desteklenmesi sorunların daha az yaşanmasına ve tek başına anne sütü ile beslenme oranları artmasına katkı sağlar. Bu derlemede, emzirmenin başarılı bir şekilde başlatılması, sürdürülmesi ve desteklenmesinde emzirme danışmanlığı hemşirenin rolü literatür doğrultusunda irdelenecektir.

Anahtar Kelime: Anne Sütü, Emzirme, Hemşire, Danışmanlık

Abstract

Intensive efforts are made on the breastfeeding of newborn infants in our country as well as all over the world. However, despite these efforts, there are problems related mother and infant about breastfeeding, and they may give up breastfeeding after a while even if mothers start to breastfeed their infants. One of the most important of these problems is the lack of knowledge and motivation of mothers about breast milk and breastfeeding. Informing mothers about breastfeeding starting from the pregnancy period and supporting them during the breastfeeding process by health professionals contribute to fewer problems and increase the rates of breastfeeding alone. In this review, the role of the breastfeeding counseling nurse in the successful initiation, maintenance and support of breastfeeding will be examined in the light of the literature.

Keywords: Breast Milk, Lactation, Nurse, Counseling

¹Uzman Hemşire, Sakarya Üniversitesi Eğitim Araştırma Hastanesi (Orcid no: 0000-0001-8788-3077)

²Prof. Dr., Sakarya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği ABD (Orcid no: : 0000-0001-6417-0402)

Giriş

Intrauterin yaşamda fetüsün gereksinimlerinin karşılanmasına aracı olan plasentanın görevini, doğumdan sonra anne sütü devralır. Anne sütü, yenidoğanın intrauterin yaşamdan ekstrauterin yaşama adaptasyonunda çok önemli role sahiptir. Yenidoğanı enfeksiyonlardan korur ve optimal büyüme-gelişme sağlar. Ayrıca anne sütü içeriğinin yenidoğanın gereksinimlerine göre değişmesi, bebeğin fizyolojik ve psikososyal gereksinimlerini ilk altı ay tek başına karşılaması, aile ve ülke için ekonomik olma özellikleri nedeni ile anne sütü bebeklik döneminde en ideal besindir (1-5).

Anne sütü ile beslenmenin yararları tek başına anne sütü ile beslenme süreci ile sınırlı kalmayıp, sağlıklı yaşamın temellerinin atılmasında çocuk ve erişkin sağlığının programlanmasında anne sütü anahtar rol oynar. Ayrıca anne sağlığı üzerine olumlu etkilerinin yanında, anne-bebek bağlanmasında etkileşim aracıdır (3,6,7). Anne sütünün bilinen yararlarına rağmen, "bebeklere ilk altı ay tek başına anne sütü verilmesi ve en az iki yaşına kadar emzirmeye devam edilmesi" günümüzde hedeflenen oranda değildir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün verilerine (2020) göre, tüm dünyada ilk altı ay sadece anne sütü verme oranının %44 civarında olduğu bildirilmiştir (8). Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması (TNSA) 2018 raporuna göre; Türkiye'de bebeklerin tamamına yakını (%97) belirli sürelerle emzirmelerine karşın, ilk 6 ay tek başına anne sütü verme oranı %41 civarında kalmaktadır. Sadece anne sütü alan çocukların ortanca emzirme süresi 1,8 aydır (9). Emzirmeye başlama oranı yüksek olmasına karşın anne ve bebeğe ait sorunlardan dolayı emzirmenin sürdürülmesi hedeflenenin çok altındadır (10).

Bu durum ailelerin bebek, çocuk ve erişkinin sağlıklı yaşamında anne sütü ile beslemenin önemini, emzirme sürecinde yaşadıkları sorunlarla nasıl baş edeceklerini yeterince bilmemelerinden ve annenin emzirme konusunda yeterli destek alamamasından kaynaklanmaktadır. Literatürde anne ve aile bireyleri emzirme konusunda gebelik döneminden başlayarak bilgilendirildiğinde, laktasyon döneminde anne sağlık profesyonelleri tarafından desteklendiğinde emzirme sorunlarını daha az yaşadığı ve anne sütü verme oranlarının arttığı belirtilmektedir (11-14). Bu derlemede,

başarılı emzirmenin başlatılması, sürdürülmesi ve desteklenmesinde emzirme danışmanlığı hemşirenin rolü literatür doğrultusunda irdelenecektir.

Emzirme Danışmanlığı

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ve Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu (United Nations International Children's Emergency Fund-UNICEF) olmak üzere birçok ülkenin Sağlık Bakanlığı yaşamın ilk 6 ayında sadece anne sütü ile beslenmeyi, altıncı ayda uygun tamamlayıcı besinlere geçilerek, emzirmenin iki yaş ve ötesine kadar sürdürülmesini önermektedir (5,8,15,16). Emzirmeye başlama oranı yüksek olmasına rağmen, gelişmiş ülkelerde de ilk altı ay tek başına anne sütü ile beslenen bebeklerin oranı ilk üç ayda önemli ölçüde düşmektedir (17). Amerika'da yenidoğan beş bebekten dördünde (%83,2) ilk emzirme deneyimine başlandığı, emzirilen bebeklerin oranının yüksek olmasında annenin emzirme isteğinin ve çabasının etkili olduğu belirtilmiştir (18).

Duan ve ark. (2018) Çin'de iki yaşın altındaki 14458 çocuğu kapsayan çalışmada ilk altı ay tek başına anne sütü beslenen bebek oranını %20,7 olduğunu ve ilk altı ayda anne sütünün egemen olduğu beslenme oranını ise %18,6 olarak belirlemişlerdir (19). Çin'de yapılan başka bir çalışmada (n: 89006) ise emzirme oranları altı aydan küçük bebeklerde %53, 10-12 ay arası olan bebeklerde %51, 21-22 ay arasında ise %5 olarak saptanmıştır (20).

Bangladeş'te 3541 annenin katıldığı çalışmada ilk altı ay emzirme oranının %35,9 ve emzirme oranını etkileyen en etkili faktörün annelerin emzirme danışmanlığı almasının olduğu belirlenmiştir (21). Buttham ve ark.'nın (2017) Tayland'da yaptığı prospektif çalışmada ise doğum yapan 368 kadın doğumu takiben üçüncü günde, ikinci haftada ve altıncı haftada ziyaret edilerek izlenmiştir. Annelerin takip sırasında değişen emzirme oranlarının sırasıyla %1,4, %18,7, %26,4 emzirme alanında uzman kişilerin, anneye verdiği desteğin bu oranın artmasında önemli faktör olduğunu vurgulamışlardır (22). Anne sütü ve emzirme eğitimlerinin antenatal dönemde başlaması, erken postnatal dönemde devam etmesi gerektiği başka bir çalışmada da saptanmıştır (23).

Türkiye’de yapılan bir çalışmada annelerin emzirmeye başlama oranı %96 olup bu oran doğumdan sonraki ilk bir saat içinde %50, doğumdan sonraki ilk yirmi dört saat de ise %70’dir (9). Öztürk’ün (2018) çalışmasında gebelik döneminde emzirme eğitimi alan ve almayan gebelere doğum sonu birinci hafta ev ziyareti yapmış, çalışmada eğitim alan annelerin bebeklerini ilk bir saat içinde emzirilme oranlarını %88,3, eğitim almayanlarda %78,8 olarak saptamıştır (24). Özgüneş (2019) araştırmasında; doğum yapan annelere ikinci gününde ön test uygulanıp emzirme eğitimi verilmiş, eğitimden bir gün sonra ve anne/bebek taburcu olduktan yedi gün sonra ön testte kullanılan ölçek (en yüksek ölçek puanı 10) tekrar uygulanmış elde edilen ortalama puanın yükseldiğini bulmuştur (ön test 7 puan, eğitimden bir gün sonra 8 puan, taburculuktan yedi gün sonra 10 puan) (25). Başka bir çalışmada doğum öncesi emzirme pozisyonlarının emzirme eğitimi içinde anlatılması, tercihin anneye bırakılması emzirme başarısını arttırdığı belirtilmiştir (26).

DSÖ ve UNICEF’in ortak çalışması ile 1980’li yılların sonuna doğru ‘Emzirmenin Korunması, Teşviki ve Desteklenmesi’ gündeme gelmiş ve dünya ülkelerine tavsiye kararları bildirilmiştir. O tarihten günümüze kadar olan bu süreçte emzirme politikası, stratejik plan, bebek dostu hastaneler ve sağlık çalışanlarının desteği ile anne sütünün eşsiz olduğu belirtilerek anne emzirmeye teşvik edilmiştir. Buna rağmen, günümüzde sadece anne sütü alma oranları istenilen düzeyde değildir (27). Emzirme başarısı için emzirme desteği kritik öneme sahiptir. Doğum öncesi ve sonrası Emzirme Danışmanı tarafından sağlanan eğitim ve destek ile emzirme süresi arasında pozitif yönde güçlü ilişkili vardır (28). Emzirme ile ilgili gerçek ya da potansiyel problemlerin varlığı düşünüldüğünde Emzirme Danışmanlığı gerekmektedir (29).

Emzirme Danışmanı emzirme sorunlarını değerlendirip yönetmek için eğitilmiş kişilerdir. Danışmanlar hastanelerde, toplum sağlığı merkezlerinde ya da bağımsız olarak görev yapabilir. Emziren annelerin erken dönem emzirme sorunlarına yardımcı olmak, emzirmeyi başlatmak, sürdürmek ve desteklemek için çalışmaktadırlar. Bir bebeğin annesini hiç emmeden hastaneden ayrılması ihtimali

düşünüldüğünde, emzirme danışmanlığına ihtiyacın ne kadar gerekli olduğunu ortaya çıkmaktadır. Emzirme dönemi; emzirmeye başlatma, sürdürme ve yönetme aşamalarından oluşmakta olup her anne bu aşamalarda özellikle evde emzirme desteğine ihtiyaç duyar. Bu ihtiyacın giderilmesi için destek gerekir ve gerekli destek için bir Emzirme Danışmanından danışmanlık hizmeti almak yararlı olacaktır (28). Emzirme Danışmanları doktor, hemşire ve annenin (emzirmede zorluk yaşayan) buluşma noktasıdır. Anneler, Emzirme Danışmanının normal emzirme sürecine yönelik eğitim, rehberlik ve desteklerine güvenirlerse annenin emzirme performansını olumlu etkiler (30).

Emzirme Danışmanlığına başvuru nedenleri arasında; emzirmeyi başlatmada problem yaşanması, yetersiz süt algısı, bebeğinin yeterince doymadığı düşüncesi, bebeğin emmede güçsüzlüğü, meme reddi, emzirme tekniği hakkında annenin bilgisinin olmaması, eğitim ve destek ihtiyacı, bebeğin prematüre olması, sağlık problemi olan bebeğe sahip olmak, meme de ağrı/hassasiyet/angojman, meme başı çatlağı, tıkalı meme kanalı mastit, aşırı süt salgısı, emzirme döneminde gebelik, annenin ilaç kullanmak zorunda olması, iş hayatına geri dönmek zorunda olması, çoğul bebek, anne sütü sarılığı yer almaktadır (31,32).

Colombo ve ark. (2018) yaptıkları çalışmada bebeklerin 37 hafta üstü, gebelik haftasına uygun ağırlıkta, sağlıklı doğum yapan 640 lohusanın %37’sinin doğumdan sonraki ilk 48 saat içinde emzirmeyi başlatmakta, memeyi bebeğin kavramasında sıkıntı yaşandığını saptamışlardır (33). Işık ve ark.’ın çalışmasında (2018) kadınların doğum şekline göre ilk 60 dakika içinde emzirmeye başlama zamanları arasında fark olduğu; normal doğum yapanların %88,9’unun, sezaryen olanların ise sadece %5,6’sının süreci başlatabildiğini belirlemişlerdir (34). Feenstra ve ark.’ın çalışmasında (2018) 1437 emzirme döneminde olan annelerle yaptığı çalışmada annelerin %40 oranında emzirmeyi başlatmada problem yaşandığını tespit etmişlerdir (35). İlk bebeğinde emzirme deneyimi yaşayan annenin daha sonraki doğumlarında daha deneyimli olduğu için emzirmeyi başlatmada zorlanmadığı vurgulanmaktadır (36). Başka bir çalışmada hemşirelik öğrencilerinin eğitim müfredatlarında

emzirme ve anne sütü eğitimi almalarının emziren anneye emzirmenin başlatılması, sürdürme ile ilgili tutumlarını olumlu etkileyerek onlara hem destek hem de rehberlik ettikleri sonucu elde edilmiştir (12). Yenidoğan Yoğun Bakıma Ünitesine (YYBÜ) özel Emzirme Danışmanının olması, YYBÜ'sin de anne sütü alan bebek oranını %31'den %47'ye çıkardığı, YYBÜ'sinden taburcu olmadan emzirmenin Emzirme Danışmanı tarafından başlatılması taburculuk sonrasında da emzirmenin sürdürülmesine etkisi olduğu gösterilmiştir (11).

Etkili emzirme tekniği, emzirmeyi başlatarak sütün bebeğe transferini sağlar ayrıca emzirme problemlerini de önlenmiş olur. Emzirme davranışı doğal bir davranış olmasına rağmen bir beceri gerektirir. Emzirme tekniğinin öğrenilmesi emzirme sorunlarıyla baş etmeye yardımcı olabilir (37). Yapılan bir araştırmada çocuk polikliniğine başvuran annelerin anne sütü ve emzirme ile ilgili eğitim alma durumu ile ilk altı ay sadece anne sütü verme oranları arasında ilişki olduğu, eğitim alanların anne sütü verme oranlarının daha yüksek olduğu görülmüştür (13).Yapılan bir meta analizde, emzirme eğitimi alan annelerin, eğitim düzeyi arttıkça emzirme niyeti ve emzirmeyi sürdürmesi durumları arasında anlamlı ilişki olduğu bulunmuştur (14).

Normal vajinal doğum yapan kadınların dahil edildiği bir çalışmada, girişim grubuna doğum odasında ten tene temas (yaklaşık 45 dakika) uygulanmış, kontrol grubuna uygulanmamıştır. Bu bebeklerin ilk altı hafta boyunca emzirme durumları takip edildiğinde girişim grubunda emzirme oranı kontrol grubuna göre (%72'ye %57.6) anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (38). Emzirme başarısının doğumdan sonraki haftalarda arttığı, doğum sonrası yorgun olan anneye ilk günler Emzirme Danışmanı hemşirelerin destek vermesinin bu başarıyı artırdığı ifade edilmiştir (39). Hastanede Emzirme Danışmanlığı hizmeti alan postpartum dönemdeki anneler taburcu olduktan sonra girişim grubuna dahil edilenlere 10., 24.günde telefonla aranıp hastanede verilen danışmanlık eğitimi pekiştirilmiş, emzirmeye teşvik edilmiş ayrıca taburcu olduktan sonraki ilk iki hafta her gün, ikinci ve dördüncü haftalar arası gün aşırı, dördüncü ve sekizci haftalar arası haftada iki defa emzirme danışmanlığından verilen bilgiler kısa mesaj olarak gönderilmiştir. Bebeklerin ilk

altı ay emzirilme durumları izlenmiş, girişim grubunda emzirme oranının oldukça yüksek olduğu belirtilmiştir (40). Başka bir çalışmada 303 postpartum dönemdeki anneler, taburculuk sonrası kadın hastalıkları ve doğum uzmanına kontrol muayenesine (3. ve 12. günler arasında) gelen kadınların %87.5'inin Emzirme Danışmanı desteği ihtiyacı olduğunu saptamışlardır (41).

Emzirmenin Desteklenmesinde Hemşirenin Rolü

Uluslararası ve ulusal çalışma sonuçları başarılı bir emzirmenin başlatılması ve sürdürülmesi, doğum sonrası dönemde birçok faktörden etkilendiğini göstermektedir. Bu nedenle, emzirme ile ilgili tüm sorunların bu konuda özel eğitim almış sağlık profesyonelleri tarafından çözülmesinde emzirme danışmanlığının önemi kaçınılmazdır. Hemşirelerin liderlik, bakım, karar verme, hasta haklarını savunma ve eğitim verme gibi birçok rolleri vardır. Hemşire bireyin/hastanın haklarını koruyarak bakım verirken eğitir, aynı zamanda danışmanlık yapar. Bu rollerin birçoğunu hemşire genellikle aynı anda yerine getirir (42, 43). Anne veya bebeğe ait emzirme ile ilgili sorun olduğunda ilk danışılan kişiler olan hemşireler, doğum öncesi, doğum ve doğum sonrası dönemlerde eğitim, bakım verme ve danışmanlık rollerini kullanarak annelerin emzirme davranışlarında iyileştirme yapabilirler. Emzirmenin sürdürülmesinde hemşire tarafından anneye verilen eğitimin önemi çalışmalarda vurgulanmaktadır (11,14,27,30).

Meme sorunlarını (çatlaklar, şekil bozuklukları, enfeksiyon, ağrı, vb.) önlemek için, gebelik döneminde bazı koruyucu önlemler alınırsa bebek, anne sütünden istenilen düzeyde yararlanabilir. Hemşireler, gebelik döneminde anne adayının meme muayenesini yaparak, şekil bozukluklarını tespit etmeli ve anneye doğum sonrası yapacağı meme başı masajını, meme bakımını göstermelidir. Anne sütünün infant, çocuk, erişkin sağlığında yeri ve önemi, anne ve bebeğe yararları, emzirme teknikleri ve pozisyonları, laktasyon sürecindeki annenin beslenmesi eğitiminde olması gerekli konulardır (5,37,44). Yaklaşık otuz yıl önce yapılan araştırmada gebelik döneminde emzirme eğitimi alan annelerin %85'inin emzirmede başarılı olduğu saptanmıştır (45).

Hemşire, doğumdan sonra annenin periyodik

takiplerini yaparak doğum öncesi verilen eğitimlerin, emzirme başarısında ki rolünü değerlendirmeli ve annenin emzirmede karşılaştığı sorunlara çözüm getirebilmelidir (46). Doğumdan sonra hemşireler, ilk yarım saat içinde emzirmeyi başlatmalı ve emzirme başarısını değerlendirmelidir. Emzirmede sorun varsa, anneyi emzirmeyi sürdürme konusunda desteklemelidir. Emzirme teknikleri, emzirmenin süt salgılanmasındaki önemi ve meme bakımı gibi konularda anneye bilgi verilmelidir. Ayrıca hemşireler, anneler ile emzirmede destek olabilecek kişileri ve özellikle eşi, aile bireylerini emzirme konusunda bilgilendirmelidir (5,47,48).

Doğumdan sonra emzirme oranları yüksek olabilir fakat yetersiz süt algısı, memede dolgunluk, meme ucu yaraları gibi nedenlerle annelerin emzirmeyi erken dönemde sonlandırdığı çalışmalarla saptanmıştır (5). Bu nedenle hemşireler, annelere geç doğum sonu süreçte de bilgi ve destek sağlamaya devam etmelidir. Doğumdan sonra anneler hastanede kısa süre kaldıklarından dolayı annelere, yeterli danışmanlık hizmeti verilememektedir. Bu nedenle hemşireler, ev ziyaretleri veya telefonla anne ve bebeğin takibini yapmalıdır. Böylece annenin doğru emzirme davranışını kazanması, bebeğin ise anne sütünden istenilen düzeyde yararlanması sağlanabilir (49). Sonuç olarak, hemşirelerin liderlik, bakım verme ve eğitim verme rolleri ile aile üyelerinin katılımlı danışmanlığı, emzirmenin sürdürülmesinde ve desteklenmesinde önemli yere sahiptir.

Sonuç ve Öneriler

Emzirmenin başlatılması, sürdürülmesi ve emzirmeye ait problemlerin çözümünde özel eğitim almış hemşirelerin rolü büyüktür. Emzirme, fizyolojik bir süreç olsa bile sürecin başlatılması ve devam ettirilmesi için destek gerekebilir. Danışmanlık hizmeti, gebelik öncesi ve sonrası dönemde verilmelidir. Emzirme Danışmanı, tarafından emzirmenin değerlendirilmesi hem annenin hem de bebeğin bir sorunu varsa erken dönemde tespit edilmesini ve uygun çözüm yolu ile problemin ortadan kaldırmasını sağlayacaktır. Türkiye’de Sağlık Bakanlığı tarafından “Anne Sütünün Teşviki ve Bebek Dostu Sağlık Kuruluşları” programı kapsamında verilen eğitimlere lohusaya ve bebeğe sağlık hizmeti sunan hemşirelerin katılması ayrıca

doğum gerçekleşen hastanelerde doğum sayısına göre Emzirme Danışmanı sayısının belirlenmesi emzirilen bebek sayısını artırılmasına olanak sağlayabilir. Emzirme eğitimlerine lohusanın eşi ve bebek bakımında rol alacak diğer bireylerinde yer alması emzirmeye verilen desteği artırabilir.

İletişim: Öznur Tiryaki

E-Posta: oznuritiryaki@gmail.com

Kaynaklar

1. Gökçe İK. Current approaches to enteral feeding in preterm infants. J Turgut Ozal Med Cent. 2016; 23(2): 259-64. DOI:10.5455/jtomc.2015.3296.
2. Gültekin ND, Altunhan H. Yenidoğan Bebeğin Canlandırılması. Türkiye Klinikleri J Fam Med-Special Topics. 2018; 9(1): 41-5.
3. Uçtu AK, Özerdoğan N. Anne Sütü Bankası. MCBU-SBED 2017; 4(2): 593-596.
4. Kabaran S. Anne Sütünün İmmün Sistem ve Mikrobiyota Üzerine Etkisi. Türkiye Klinikleri J Nutr Diet-Special Topics 2016;2(2):7-11.
5. Emzirme Danışmanlığı El Kitabı. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Çocuk ve Ergen Sağlığı Dairesi. Ankara 2015.
6. Akyüz A, Kaya T, Şenel N. Annenin Emzirme Davranışının ve Emzirmeyi Etkileyen Durumların Belirlenmesi. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni. 2007; 6 (5): 331-35.
7. Cinar N, Köse D, Altınkaynak S. The Relationship Between Maternal Attachment, Perceived Social Support and Breast-Feeding Sufficiency. Journal of the College of Physicians and Surgeons Pakistan. 2015; 25(4): 271-275.
8. <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/infant-and-young-child-feeding>. Erişim Tarihi:01/06/2021
9. http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2018/rapor/TNSA2018_ana_Rapor.pdf. Erişim Tarihi:01/06/2021
10. Aslan Y, Ege E. Annelerin emzirme öz-yeterliliği ve depresyon riski ile ilişkisi. Journal of Human Sciences. 2016; 13(2): 3160-3172. doi:10.14687/jhs.v13i2.3759.
11. Hallowell SG, Spatz DL, Hanlon AL, Rogowski JA, Lake ET. Characteristics of the NICU Work Environment Associated With Breastfeeding Support. Adv Neonatal Care. 2014 August; 14(4): 290–300. doi:10.1097/ANC.000000000000102.
12. Yang S, Salamonson Y, Burns E, Schmied V. Breastfeeding knowledge and attitudes of health professional students: a systematic review. International Breastfeeding Journal. 2018; 13(8): 1-11. doi: 10.1186/s13006-018-0153-1. eCollection 2018.

13. Çalık KY, Çetin FC, Erkaya R. Annelerin Emzirme Konusunda Uygulamaları ve Etkileyen Faktörler. *GÜSBĐ*. 2017; 6(3): 80-91.
14. Cohen SS, Alexander DD, Krebs NF, Young BE, Cabana MD, Erdmann P, et al. Factors Associated with Breastfeeding Initiation and Continuation: A Meta-Analysis. *J Pediatr*. 2018; 203: 190-6.
15. https://www.unicef.org/publications/files/UNICEF_WHO_Capture_the_moment_EIBF_2018.pdf. Erişim Tarihi:10/06/2019
16. Devocioğlu E, Kürkçü DG, Kural B, Eren T, Gökçay G. Gebelik Döneminde Ve İki Farklı Yaşta Kardeş Emzirme: Olgu Sunumları. *İst Tıp Fak Derg*. 2014; 77(4): 60-63.
17. Fu ICY, Fong DYT, Heys M, Lee ILY, Sham A, Tarrant M. Professional breastfeeding support for first-time mothers: a multicentre cluster randomised controlled trial. *BJOG*. 2014 Dec; 121(13): 1673-83. DOI: 10.1111/1471-0528.12884.
18. <https://www.cdc.gov/media/releases/2018/p0820-breastfeeding-report-card.html>. Erişim Tarihi:10/06/2019
19. Duan Y, Yang Z, Lai J, Yu D, Chang S, Pang X, et al. Exclusive Breastfeeding Rate and Complementary Feeding Indicators in China: A National Representative Survey in 2013. *Nutrients*. 2018; 10(2): 1-9. doi:10.3390/nu10020249.
20. Wu H, Li H, Zhang Y, Zong X, Zhu Z, Yu Y. National survey showed that Chinese city children under two years of age had similar feeding patterns to developed countries. 2018; 107(9): 1555–1561. <https://doi.org/10.1111/apa.14302>.
21. Hossain M, Islam A, Kamarul T, Hossain G. Exclusive breastfeeding practice during first six months of an infant's life in Bangladesh: a country based cross-sectional study. *BMC Pediatrics*. 2018; 18(93): 1-9. doi: 10.1186/s12887-018-1076-0.
22. Buttham S, Kongwattanakul K, Jaturat N, Soontrapa S. Rate and factors affecting non-exclusive breastfeeding among Thai women under the breastfeeding promotion program. *International Journal of Women's Health* 2017; 9: 689–694.
23. Dyson L, McCormick FM, Renfrew MJ. Interventions for promoting the initiation of breastfeeding. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2005;2:1-42.30. Swanson
24. Öztürk R. Antenatal Dönemde Verilen Anne Sütü Ve Emzirme Eğitiminin Emzirme Başarısına Ve Emzirme Özyeterliliğine Etkisi. Yüksek Lisans Tezi, T. C. Balıkesir Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Balıkesir, 2018.
25. Özgüneş ZÖ. Annelere Verilen Emzirme Eğitiminin Başarılı Emzirmeye Etkisi. Yüksek Lisans Tezi, T.C. Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, 2019.
26. Pehlivan N. Emzirme Pozisyonlarının Emzirme Başarısına Etkisi. Yüksek Lisans Tezi, T.C. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir, 2018.
27. Oktar Ö, Coşkun MA, Bostancı S. Anne Sütü **Mucize Olmaya Devam Ediyor**. *Türkiye Klinikleri J Nurs Sci*. 2018; 10(3): 228-37. DOI: 10.5336/nurses.2017-58156.
28. **Özkara H, Fidancı BE, Yıldız D, Kaymakamgil Ç.** Emzirme Danışmanlığı. *TAF Prev Med Bull*. 2016; 15(6): 551-556. DOI: 10.5455/pmb.1-1436701913.
29. Jonsdottir OH, Fewtrell MS, Gunnlaugsson G, Kleinman RE, Hibberd PL, Jonsdottir JM, et al. Initiation of Complementary Feeding and Duration of Total Breastfeeding: Unlimited Access to Lactation Consultants Versus Routine Care at the Well-Baby Clinics. 2014; 9(4):196-202. DOI: 10.1089/bfm.2013.0094.
30. Bazzano A, Littrell L, Brandt A, Thibeau S, Thriemer K, Theall KP. Health provider experiences with galactagogues to support breastfeeding: a cross-sectional survey. *Journal of Multidisciplinary healthcare*. 2016; 9: 623–630.
31. Kepekçi M, Yalçinoğlu N, Devocioğlu E, Eren T, Gökçay G. Emzirme Danışmanlığı Birimine Başvuran Annelerin ve Bebeklerin İncelenmesi. *Çocuk Dergisi*. 2012; 12(4):164-168. doi:10.5222/j.child.2012.164.
32. Karaçam Z, Sağlık M. Breastfeeding problems and interventions performed on problems: systematic review based on studies made in Turkey. *Türk Pediatri Ars*. 2018; 53(3): 134-48.
33. Colombo L, Crippa BL, Consonni D, Bettinelli ME, Agosti V, Mangino G, et al. Breastfeeding Determinants in Healthy Term Newborns. *Nutrients*. 2018; 10: 1-10. doi:10.3390/nu10010048.
34. Işık G, Egelioglu-Cetişli N, Başkaya VA. Doğum Şekline Göre Annelerin Postpartum Ağrı, Yorgunluk Düzeyleri ve Emzirme Öz-Yeterlilikleri. *DEUHFED*. 2018; 11(3): 224-232.
35. Feenstra MM, Kirkeby MJ, Thygesen M, Danbjørgd DB, Kronborg. Early breastfeeding problems: A mixed method study of mothers' experiences. *Sexual & Reproductive Healthcare*. June 2018; 16: 167-174. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2018.04.003>.
36. Huang Y, Ouyang YO, Redding SH. Previous breastfeeding experience and its influence on breastfeeding outcomes in subsequent births: A systematic review. *Women and Birth*. 2018. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2018.09.003>.
37. Tiruye G, Mesfin F, Geda B, Shiferaw K.

- Breastfeeding technique and associated factors among breastfeeding mothers in Harar city, Eastern Ethiopi. *International Breastfeeding Journal*. 2018; 13(5): 1-9. DOI 10.1186/s13006-018-0147-z.
38. Sharma A. Efficacy of early skin-to-skin contact on the rate of exclusive breastfeeding in term neonates: a randomized controlled trial. *Afri Health Sci*. 2016; 16(3): 790-797. DOI: <http://dx.doi.org/10.4314/ahs.v16i3.20>.
39. Fata S, Atan ŞÜ. The Relationship between Fatigue and Breastfeeding Self efficacy. *Niger J Clin Pract*. 2018;21:1408-14.
40. Gölbaşı Z, Tuğut N, Karataş M, Çetin A. Kısa Mesaj ve Telefon Aramaları ile Desteklenen Postpartum Emzirme Danışmanlığının İlk Altı Aydaki Emzirme Davranışına Etkisi. *ACU Sağlık Bil Derg*. 2019; 10(1):33-41.
41. Özel Ş, Tozlu G, Ercan N, Üstün YE. Bir Kadın Sağlığı Hastanesinde Taburculuk Sonrası Hastanede Lohusa İzlem. *Ankara Eğt. Arş. Hast. Derg*. 2018; 52(1): 64-68.
42. <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2011/04/20110419-5.html>.Erişim Tarihi:10/06/2019
43. Gedük EA. Hemşirelik Mesleğinin Gelişen Roller. *HSP*. 2018; 5 (2): 253-258. DOI: 10.17681/hsp.358458.
44. Balcı BK, Göynüner G. Laktasyon döneminde gebelik ve lohusalık. *Perinatoloji Dergisi* 2015;23(3):194-200.
45. Fisher C. A midwife's view of the history of modern breastfeeding practices. *Int. J. Gynecol Obst &Gynecol*.1990; 31 (2): 47-50.
46. Fındık RB, Taflan S, Güven HK, Koç EME, Ceylan S, Moralıoğlu Ö, ve ark. Meme Boyutu, Anne Yaşı ve Paritenin Emzirme Süresi Üzerindeki Etkileri. *Ortadoğu Tıp Dergisi*. 2015; 7(2): 76-78.
47. Cangöl E, Şahin NH. Emzirmeyi Etkileyen Faktörler ve Emzirme Danışmanlığı. *Zeynep Kamil Tıp Bülteni*. 2014; 45(3): 100-5.
48. Wang S, Guendelman S, Harley K, Eskenazi B. When Fathers are Perceived to Share in the Maternal Decision to Breastfeed: Outcomes from the Infant Feeding Practices Study II. *Maternal and Child Health Journal*. 2018; 22:1676–1684. <https://doi.org/10.1007/s10995-018-2566-2>.
49. Uscher-Pines L, Mehrotra A, Bogen DL. The emergence and promise of telelactation. *American Journal of Obstetrics & Gynecology* AUGUST 2017; 217(3): 176-178.



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

Yayımlanacak makalelerde aranan özellikler:

- 1. Teşekkür:** Çalışmaya katkıda bulunanlara, teknik yardımı olanlara, mali ve gereşel destek verenlere teşekkür edilen bölümdür.
- 2. Kaynaklar:** Kullanılan kaynakların yeni ve aktarılan bilgilerin güncel olmasına dikkat edilmelidir. Kaynakları ana metinde ilk geçtikleri sıraya göre numaralayınız. Ana metin, tablolar ve alt yazılardaki kaynakları rakamlarla (1,2,4-7) belirtiniz. Dergi adları, Index Medicus'ta kullanıldığı biçimde kısaltılmalıdır. "Yayımlanmamış gözlemler" ve "kişisel görüşmeler" kaynak olarak kullanılamaz. En fazla otuz (30) kaynak kullanılabilir.

Kaynaklar aşağıda gösterildiği gibi yazılmalıdır.

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

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

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

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

- 3. Tablolar:** Tablolara ana metin içinde ilk geçtikleri sıraya göre numara veriniz. Her tablonun bir başlığı olmalıdır. Tablonun her sütununa kısa ya da kısaltılmış bir başlık koyunuz. Kullanılan standart dışı kısaltmaları ve açıklayıcı bilgileri dipnotta veriniz. Dipnotlar için sırayla kullanılacak simgeler: *, †, §.
Tablo içinde yatay ve dikey çizgi kullanılmamalı, başka bir kaynağın verileri kullanılıyorsa izin alınmalı ve bu durum belirtilmelidir.
- 4. Şekiller ve Fotoğraflar:** Fotoğraf, şekiller ana metinde ilk değindikleri sıraya göre numaralandırılmalıdır. Başka yerde yayımlanmış şekiller için kaynak belirtilmelidir.

Yazılarda Uygulanacak Biçimsel Özellikler Kılavuzu

- 1. Sayfa numaraları:** Sayfalara başlık sayfasından başlayarak, sırayla numara verilmeli, sayfa numaraları her sayfanın sağ alt köşesine yazılmalıdır.
- 2. Başlıklar:** Yazının ana başlıkları ve ara başlıkların baş harfleri büyük olmalıdır.
- 3. Birimler:** Ölçü birimi olarak metrik birimler kullanılmalıdır. Metrik ölçümlerden sonra nokta konmamalıdır: 3,5 mmol/L, 11,6 mg/kg gibi. Tüm hematolojik ve klinik kimya ölçümleri "Uluslararası Birimler

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

- 4. Rakamlar:** Bir ile dokuz arası rakamları yazılıya yazınız. 10 ve üstünü sayıyla yazınız. İstisna: Dozaj, yüzde, sıcaklık derecesi ve metrik ölçümleri her zaman sayıyla belirtiniz. "Tam sayılardan sonra ondalık değerleri nokta ile değil, virgül ile ayırarak belirtiniz."
- 5. İlaç adları:** Tüm ilaçların jenerik adlarını kullanınız. Ticari adlar, ilacın metinde ilk geçişinde parantez içinde verilebilir.
- 6. Kısaltmalar:** Standart kısaltmalar ve ölçüm birimleri dışında, kısaltmadan olanak ölçüsünde kaçınılmalıdır. Kısaltma, metindeki ilk geçişinde açık yazılışla birlikte verilmelidir. Başlıkta ve özette kısaltma kullanılmamalıdır.
- 7. Yüzdeler:** Yüzde işareti (%) ile belirtilebilir.
- 8. Sözcük sayısı:** Yazıların sözcük sayısı en az 1.500 en fazla 4.500 olmalıdır.
- 9. Çeviri:** Çeviri yazılarda çeviri yapanın adı, unvanı, görevi yazılmış olmalı, çeviri yapılan yazının aslı da (fotokopi olarak) gönderilmelidir.

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