



GÜMÜŞHANE ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ DERGİSİ



ISSN 2146 - 9954

CİLT : 2 / SAYI : 2

2013

GÜMÜŞHANE UNIVERSITY

JOURNAL OF HEALTH SCIENCES



Gelincik Tarlası Kelkit / GÜMÜŞHANE

SAĞLIK BİLİMLERİ DERGİSİ

Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Bağlarbaşı Mah. 29100 / GÜMÜŞHANE

Tel : 0456 233 7425 - 248 Fax: 0 456 233 7604

sbd@gumushane.edu.tr

İÇİNDEKİLER

Ebelik Bölümü Öğrencilerinin Doğal Doğuma Yönelik Bilgi Ve Düşünceleri	169
Keziban AMANAK Nevin AKDOLUN BALKAYA	
Doğumhanede Çalışan Hemşire Ve Ebelerin Partograf Kullanımı Ve Partografin Gerekliliğine Yönelik Görüşleri	193
Kerime Derya BEYDAĞ Yeliz DOĞAN MERİH Tuğba YILMAZ ESENCAN	
Kadınlarda Uyku Sorunlarının Menopoz İle İlişkisi	206
Menekşe Nazlı ULUSOY Kamile KUKULU	
Sağlık Yüksekokulu Öğrencilerinin Depresyon Düzeylerini Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi	214
Havva KAÇAN SOFTA Sümeyra KAYA	
Bipolar Bozukluğu Olan hastalarda İşlevsellik Düzeyi ve İşselleştirilmiş Damgalama Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi	230
Olçay ÇAM Döndü ÇUHADAR	
Nurses Working In Internal Medicine Wards Knowledge And Practice Related To Food-Drug Interaction	247
Güler BALCI ALPARSLAN	
Genetiği Değiştirilmiş Gıdalar Ve İnsan Sağlığı Üzerine Etkileri	261
Sema ÖZMERT ERGİN, Hilmi YAMAN	
İntramüsküler Enjeksiyona Bağlı Gelişen Ağrının Azaltılmasına Yönelik Yöntemler	275
Dilek KARA	



Sahibi (Owner)

Prof. Dr. İhsan GÜNAYDIN

Sorumlu Yazı İşleri Müdürü

(Editorial Manager)

Yrd. Doç. Dr. Turgut ŞAHİNÖZ

Editörler (Editors)

Doç. Dr. Saime ŞAHİNÖZ
Yrd. Doç. Dr. Sevil CENGİZ

Dergi Sekreteryası

Yrd. Doç. Dr. Gülşah Y. DENİZ
Öğr. Gör. Nurgül KARAKURT
Arş. Gör. Vildan APAYDIN
Öğr. Gör. Vildan DEMİR
Öğr. Gör. Nesibe BURNAZ
Öğr. Gör. Meltem DEMİR
Sağ. Yön. Öğr. Hamdi ÖZTÜRK

Teknik Kurul

Bil. Müh. Bayram KARAKUŞ
Grafiker Ayşe YALÇINKAYA
Öğr. Gör. Sinan ÇAKMAK

İletişim Adresi

Sağlık Bilimleri Dergisi
Gümüşhane Üniversitesi
Sağlık Yüksekokulu
Bağlarbaşı Mah.
29100 / GÜMÜŞHANE
Tel: 0 456 233 76 37
Fax: 0 456 233 76 04
http://sbd.gumushane.edu.tr

Yayın Türü:

Yılda dört kez yayınlanan hakemli, süreli yayın

Dergimize Makale
Göndermek İçin:

sbd@gumushane.edu.tr

EDİTÖRDEN...

Merhaba Değerli Bilim İnsanları,

Geçen ay çok önemli bir günü kutladık. Tıp Bayramı, her Mart ayının 14'ünde kutlanan, Türkiye'de tıp alanından çalışanların hizmet sorunlarının tartışıldığı, bilime katkılarının ödüllendirildiği bir anma ve kutlama günüdür. 1976'dan beri sadece 14 Mart günü değil, 14 Mart'ı içine alan hafta boyunca kutlama yapılmakta ve bu hafta Tıp Haftası olarak kabul edilmektedir. Ne yazık ki ülkemizde sağlık sektöründe çalışanların bu haftaları huzur ve mutluluk içinde geçirmeleri çok zor. Sağlıkta şiddetten söz ediyoruz. İçimizde geçen yıl kaybettiğimiz arkadaşımız Dr. Ersin Arslan'ın kaybının acısı geçmemişken yeni yeni şiddet haberleriyle sarsılıyor. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi olarak Kutlu Doğum Haftasını ve 23 Nisan Ulusal Egemenlik ve Çocuk Bayramını kutladığımız bu günlerde; şiddetten uzak, mutlu ve huzurlu barış içinde yaşamınızı diler, Dr Ersin ARSLAN' a Allah'tan rahmet, sevdiklerine başsağlığı dileriz.

Bu sayıda farklı araştırma konularıyla ilgili 6 ilginç makale ve iki derleme bulunmaktadır. Birinci araştırmamız Keziban AMANAK ve arkadaşlarının "Ebelik Bölümü Öğrencilerinin Doğal Doğuma Yönelik Bilgi Ve Düşünceleri" adlı araştırmadır. İkinci araştırmamız Kerime Derya BEYDAĞ ve arkadaşlarının "Doğumhanede Çalışan Hemşire Ve Ebelerin Partograf Kullanımı Ve Partografin Gerekliliğine Yönelik Görüşleri" adlı araştırmadır. Bu araştırmayı Menekşe Nazlı ULUSOY ve Kamile KUKULU' nun "Kadınlarda Uyku Sorunlarının Menopoz İle İlişkisi" adlı araştırma izlemektedir.

Dördüncü makalemiz Havva KAÇAN SOFTA ve Sümeysa KAYA' nın "Sağlık Yüksekokulu Öğrencilerinin Depresyon Düzeylerini Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi" adlı araştırmadır. Bu araştırmayı Olcay ÇAM ve arkadaşlarının "Bipolar Bozukluğu Olan hastalarda İşlevsellik Düzeyi ve İçselleştirilmiş Damgalama Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi" adlı araştırma takip etmektedir. Altıncı sırada Güler BALCI ALPARSLAN' ın "Nurses Working In Internal Medicine Wards Knowledge And Practice Related To Food-Drug Interaction" adlı makalesi yer almaktadır. Yedinci makalemiz Sema ÖZMERT ERGİN ve Hilmi YAMAN' ın "Genetiği Değiştirilmiş Gıdalar Ve İnsan Sağlığı Üzerine Etkileri" adlı derlemesidir. Bu makaleyi Dilek KARA "İntramüsküler Enjeksiyona Bağlı Gelişen Ağrının Azaltılmasına Yönelik Yöntemler" adlı derlemesi izlemektedir. Dergimizin bir sonraki sayısında buluşmak üzere hepinize sağlıklı ve mutlu günler dileriz.

Doç. Dr. Saime ŞAHİNÖZ Yrd. Doç. Dr. Sevil CENGİZ



DERGİMİZ HAKKINDA

Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi ; Temel Tıp Bilimleri , Cerrahi Tıp Bilimleri, Dahili Tıp Bilimleri , Hemşirelik, Beslenme ve Diyetetik , Sağlık Yönetimi , Ebelik, Çocuk Gelişimi, İlk ve Acil Yardım (Paramedik) ,Tıbbi Laboratuvar, Sporcu Sağlığı, Acil Yardım ve Afet Yönetimi, Sosyal Hizmetler, Diş Hekimliği ve Veterinerlik gibi bütün sağlık alanlarındaki bilimsel yazıları yayımlayan hakemli bir dergidir. Dergide önceden yayımlanmış, yayımlanmak üzere kabul edilmiş ve yayımlanmak için değerlendirilmekte olan yazılar değerlendirmeye alınmaz. Yayımlanan yazıların sorumluluğu tümüyle yazar(lara) aittir. Yazardan düzeltme istenilmesi durumunda, düzeltmenin en geç 1 ay içinde yapılarak Sağlık Bilimleri Dergisi sekreterliğine ulaştırılması gerekmektedir. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi'nde aşağıda belirtilen özellikleri taşıyan yazılar yayımlanabilir:

Derleme: Belli bir konuda yakın zamana kadar yapılmış bilimsel çalışmaların kapsamlı derlemesi.

Araştırma Makalesi: Özgün araştırmaları tanıtan ve sonuçlarını sunan bilimsel formatta yazılmış makale.

Teorik ve Kuramsal Makaleler: İlgili bilim dalına katkı yapacak teorik düzlemde hazırlanmış makale

Kitap Tanıtımı

YAZIM KURALLARI

Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri e-dergisi yılda dört kez (Ocak, Nisan, Temmuz ve Ekim) yayınlanan hakemli bir dergidir. Dergide ; klinik ve deneysel çalışmalar , ilginç olgu bildirimleri, editör tarafından davet edilmiş derlemeler, ve editöre mektuplar yayınlanır.

Dergimizde yayınlanması arzu edilen çalışmaların aşağıda belirtilen yazım kurallarına ve diğer koşullara uygun bir şekilde hazırlanarak dergimiz e-posta adresine (sbd@gumushane.edu.tr) gönderilmesi gerekmektedir. Yayımlanmak üzere dergimize gönderilen çalışmaların tüm sorumlulukları yazarlara aittir.

Dergi kurallarına uygunluğuna karar verilen yazılar Hakem Danışma Kurulundan konu ile ilgili en az iki hakeme gönderilir ve bu üyelerden yayına uygun olup olmadığı konusunda görüşleri alınır. Bu incelemeden geçen yazılar, Yayın Kurulu tarafından tekrar değerlendirilir ve basılacağı yer ve sayı kararlaştırılır. Danışma ve Yayın Kurulları, düzeltme, kontrol ve dizgi aşamasında yayıncı, yazılarda düzeltme yapmak, biçiminde değişiklikler istemek ve yazarları bilgilendirerek kısaltma yapmak yetkisine sahiptir.

Yazarlardan istenen değişiklik ve düzeltmeler için verilen süre en fazla 1 aydır ve düzeltmeler yapıldıktan sonra, söz konusu yazılar yayın programına alınmaz.

Yazım kuralları ile ilgili gerekli görülen düzeltmeler editör ya da hakemler tarafından yapılabilir. Düzeltme için geri gönderilen yazılarda, hakemlerin ve editörün istemleri dışında değişiklikler yapılamaz. Dergide yayınlanan yazılar için yazarlara bir ücret ödenmez. Yayımlanmak üzere dergiye sunulan yazılar yayımlansın yayımlanmasın geri gönderilmez. Ancak düzeltme istenen yazılar düzeltmenin yapılmasını sağlamak amacıyla geri gönderilebilir.

MAKALE YAZIM KURALLARI

1. Yayımlanmak üzere dergiye gönderilen yazılar daha önce yayımlanmamış yada yayımlanmak üzere başka bir yere gönderilmemiş olmalıdır. Söz konusu araştırma bilimsel bir toplantıda bildiri (sözlü ya da poster) olarak sunulmuşsa yazının başlık sayfasının altında tarihi ve yeri ile birlikte dipnot şeklinde belirtilmelidir.

2. Dergimizde Türkçe, İngilizce ve Almanca dillerinden herhangi biri ile yazılmış yazılar yayınlanır. Yazılar MS Word 2003 veya üzeri sürümlerde, A4 kağıdı boyutunda, "Times New Roman" yazı stili, 12 punto ve 1.5 satır aralığı ile yazılmalıdır. Paragraflarda ilk satır girintisi 1 cm olmalıdır. Paragraf geçişlerinde satır atlanmamalıdır. Yazılarda geçen kısaltmalar yazı içinde ilk kullanımlarında açık olarak yazılmalı ve hemen yanında parantez içinde kısaltılmış şekil verilmelidir.

3. Yazılarda Türkçe ve İngilizce özet verilmelidir. Özetler 10 punto ile yazılmış ve 250 kelimeyi aşmayacak şekilde olmalıdır. "ÖZET" başlığı (10 punto) ortalanarak "kalın" yazılmalıdır. Özetle denklem, atıf, standart dışı kısaltmalar yer almamalıdır. Özetlerden sonra çalışmanın alanını tanımlayabilecek en az üç, en fazla beş adet "anahtar kelime" (keywords) bulunmalıdır. Anahtar kelimeler (Index Medicus: Medical Subject Headings ve Türkiye Bilim Terimleri sözlüğü ile uyumlu olmalıdır. Index Medicus MeSH dağarcığına uygun anahtar sözcükler dizgi aşamasında dergimiz tarafından da eklenmektedir. Olgu sunumlarının özetleri kısa ve tek paragraflık olmalıdır. Olgu sunumu özetleri ağırlıklı olarak mutlaka olgu

hakkındaki bilgileri içermelidir.

4. Yazılar, Giriş bölümü ile ikinci sayfadan başlamalı ve uygun bölümlere ayrılmalıdır. Başlık sayfası dışında yazının hiçbir bölümünün ayrı sayfalarda başlatılması zorunluluğu yoktur. Başlıklardan önce bir satır boşluk bırakılmalıdır.

5. Araştırma yazıları TÜRKÇE ÖZET, İNGİLİZCE ÖZET, GİRİŞ, MATERYAL ve METOT, BULGULAR ve TARTIŞMA, SONUÇ ve ÖNERİLER (Tartışma içinde yer alabilir) ve KAYNAKÇA bölümlerinden oluşmalıdır. Başlıklarına numara verilmemeli ve paragraf ile hizalı bir şekilde tamamen büyük harflerle



kalın yazılmalıdır. Başlık sayfası dışında yazının hiçbir bölümünün ayrı sayfalarda başlatılması zorunluluğu yoktur. Başlıklardan önce bir satır boşluk bırakılmalıdır.

6. Yazıların ana başlığı ortada olacak şekilde, büyük harflerle “**kalın**” ve 12 punto ile yazılmalıdır. Yazarın adı başlığın sağ alt kenarına konulmalı; yazar birden fazla ise adları yan yana yazılmalıdır. Unvan kullanılmaksızın önce isim, sonra büyük harflerle soy isim yazılmalıdır. Yazarların akademik ünvanı, bağlı olduğu kurumu ve e-posta adresi dipnot şeklinde ilk sayfada yer almalıdır. İlk sayfada ayrıca, dipnot olarak aynı yazı karakterinde ve 10 punto ile çalışmayı destekleyen kuruluşlar ve diğer gerekli bilgiler belirtilmelidir.

7. Yazı, çizim veya grafiklerin yazım alanı içinde olmalarına dikkat edilmelidir. Yazılarda sayfa kenar boşlukları ; üstbilgi ve altbilgi 2 cm olmalıdır.

8. Yazılar, şekil ve tablolar dahil 25 sayfayı geçmemelidir.

9. Yazılardaki resim, şekil ve grafikler "Şekil" adı altında gösterilmeli; şekil ve grafikler bilgisayar ortamında çizilmelidir. Tablo, şekil ve denklemlere sıra numarası verilmeli, başlıklar tabloların üzerine, şekillerin ise altına her sözcüğün ilk harfi büyük olacak şekilde ve ortalanarak “kalın” karakterler ile yazılmalıdır. Ayrıca tablo ve şekillere ait kaynaklar hemen altına 8 punto ile verilmelidir. Tablolar her sayfaya bir tablo olacak şekilde yerleştirilmelidir. Yazılardaki tablolar dikey çiziyi içermemeli ve tablolar word programındaki tablo menüsünden yararlanılarak yapılmalı ve tablo sayısı 5’i geçmemelidir. Şekil, resim, tablo ve grafiklerin metin içinde geçtiği yerler ilgili cümlelerin sonunda belirtilmelidir. Net baskı elde edilebilmesi için, şekil, resim/fotoğraflar ayrı birer jpg veya gif dosyası olarak (pixel boyutu yaklaşık 500x400, 8 cm eninde ve 300 çözünürlükte taranarak), dergiye ayrıca iletilmesi gerekmektedir. Kullanılan kısaltmalar şekil, resim, tablo ve grafiklerin altındaki açıklamada belirtilmelidir. Daha önce basılmış şekil, resim, tablo ve grafik kullanılmış ise yazılı izin alınmalıdır ve bu izin açıklama olarak şekil, resim, tablo ve grafik açıklamasında belirtilmelidir.

10. Yazıda yer alan birinci derece başlıklar (I,II, III gibi) Romen rakamlarıyla sınıflandırılmalı, tamamen büyük koyu harflerle ve paragraf ile hizalı bir şekilde yazılmalıdır. İkinci derece başlıklar (A,B,C gibi) büyük harflerle sınıflandırılmalıdır. Bu başlıklar her sözcüğün ilk harfi büyük olacak şekilde kalın harflerle ve paragraf ile hizalı bir şekilde yazılmalıdır. Üçüncü derece başlıklar (1, 2, 3 gibi) rakamlarla sınıflandırılmalıdır. Bu tür başlıklar her sözcüğün ilk harfi büyük olacak

şekilde, kalın ve paragraf ile hizalı yazılmalıdır. Dördüncü derece başlıklar ise (a, b, c gibi) küçük harflerle sınıflandırılmalıdır. Dördüncü derece alt başlıklar küçük harflerle, kalın ve paragraf ile hizalı yazılmalıdır.

11. Kaynaklar

Yazarlar yalnızca doğrudan yararlandıkları kaynakları yazılarında gösterebilirler. Dergimiz, başka çalışmalarda bildirilen kaynakların aktarma şeklinde kullanılmasını kesinlikle uygun görmez. Bir kaynağın aslından yararlanılmamış olduğu düşünüldüğünde, yazarından söz konusu kaynak ya dakaynakların ilk sayfalarının fotokopilerini göndermesi istenir. Yazarlar tarafından doğrulanmayan kaynaklar dizgi aşamasında yazıdan ayıklanmaktadır.

Kaynaklar bölümünde, yayınlanmamış ve sayfa numaralarıyla verilemeyecek kaynak (yayınlanmamış kongre, sempozyum, toplantı, vb. belgeleri) kullanılamaz.

Kaynaklar yazıda kullanılış sırasına göre sıralanmalıdır. Noktalamalara birden çok yazarlı bir çalışmayı tek yazar adıyla kısaltmamaya ve kaynak sayfalarının başlangıç ve bitimlerinin belirtilmesine dikkat edilmelidir. Kullanılacak kısaltmalar Index Medicus'a uygun olmalıdır. Yazar sayısı altıdan fazla ise “ve ark. ya da et al” şeklinde kısaltılabilir.

Aşağıda kaynak gösterim örnekleri sunulmuştur:

Makale:

1. Şahinöz T, Şahinöz S ve ark. Yurttan kalan üniversite öğrencilerinin beslenme alışkanlıkları. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 2012; 23 (4): 159-166.

Kongre Bildirileri:

2. Şahinöz S, Şahinöz T, Çolak A, Cengiz S. Gümüşhane Üniversitesi Öğrencilerinin Zararlı Alışkanlıkları. 14. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi; 4-7 Ekim 2011, Trabzon. 2011. p 374

Kitap:

3. Şahinöz S (ed.), Şahinöz T (ed.), Eker H.H, Kıvanç A, Bodur A.F, Çolak, A. Hasta Bakımı: Sürdürülebilir Kalkınma İçin Kadın Girişimcilik ve Eğitim Merkezi Eğitim Kitabı. 1. Baskı. ISBN: 978-605-87853-0-4 Gümüşhane - 2011. ss: 4-7

Tezler:

4. ŞAHİNÖZ T. Uzmanlık Tezi; “Kayseri’de 1985 – 1998 Yılları Arasında Sağlık Durumu ve Demografik Göstergelerdeki Değişim” Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Tez Yöneticisi; Prof. Dr. Yusuf Öztürk. Kayseri – 1999.



Gümüşhane University Journal Of Health Sciences
GÜMÜŞHANE ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ DERGİSİ

Kaynaklara yapılan atıflar, dipnotlar yerine metnin içinde parantez içinde yazıda kullanım sırasına göre rakamlarla yapılmalıdır. Yapılacak atıf bir internet sitesinden alınmışsa ve atfın yazarı belli değil ise, parantez içerisindeki ifadeler şu şekilde sıralanmalıdır; internet sitesinin kurumu, erişim yılı.

.....(www.die.gov.tr, 2007) : internet adresine atıf

.....(Devlet Planlama Teşkilatı, 2005) : kuruma atıf

Yukarıdaki atıf gösterimleri metin dili Türkçe olan makaleler içindir.Yabancı dilde yazılan makalelerdeki atıflarda kullanılan bağlaçlar, metin dili ile uyumlu olmalıdır. Kaynağa yapılan atıf dışında, yapılacak açıklamalar, "Notlar" başlığı altında yazının sonunda ayrı bir sayfada verilmelidir. Kaynakçada yer alan eserler kitap, makale vb. şekilde sınıflandırılmamalıdır.

Yukarıdaki gösterimler metin dili Türkçe olan kaynaklar içindir.Yabancı dilde yayınlanacak çalışmalarda bağlaçlar ve kısaltmalar metin dili ile uyumlu olmalıdır. Örneğin, metin dili İngilizce olan bir çalışmada 've' bağlacı yerine 'and', 'ss.' kısaltması yerine 'pp.'kullanılmalıdır.

12. Etik

İnsanlar üzerinde yapılan deneysel çalışmaların sonuçlarını bildiren yazılarda, bu çalışmanın yapıldığı gönüllü ya da hastalara uygulanacak prosedürlerin) özelliği tümüyle anlatıldıktan sonra, kendilerinin bilgilendirilip onaylarının alındığını gösterir bir cümle bulunmalıdır. Yazarlar, bu tür bir çalışma söz konusu olduğunda, uluslararası alanda kabul edilen kılavuzlara ve TC. Sağlık Bakanlığı tarafından getirilen ve 29 Ocak 1993 tarih ve 21480 sayılı Resmi Gazete'de yayınlanan "İlaç Araştırmaları Hakkında Yönetmelik" ve daha sonra yayınlanan diğer yönetmelik ve yazılarda belirtilen hükümlere uyulduğunu belirtmeli ve ilgili Etik Kuruldan aldıkları onayı göndermelidir.

Hayvanlar üzerinde yapılan çalışmalar için de gereken izin alınmalı; yazıda deneklere ağrı, acı ve rahatsızlık verilmemesi için neler yapıldığı açık bir şekilde belirtilmelidir.Hasta kimliğini tanıttak fotoğraf kullanıldığında, hastanın yazılı onayı alınmalı ve hastanın gözleri bantla kapalı olmalıdır.

Yukarıdaki formata uygun olmayan çalışmalar içerik açısından değerlendirilmeye alınmayacak ve editör tarafından yazara iade edilecektir.

İletişim	Sağlık Bilimleri Dergisi
Adres	Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Sağlık Bilimleri Dergisi Sekreteryası Bağlarbaşı Mah. 29100 Gümüşhane
Tel	0 456 233 76 37 0 456 233 74 25 - 248
Faks	0 456 233 76 04
e-posta	sbd@gumushane.edu.tr



BİLİMSEL DANIŞMA KURULU / SCIENTIFIC ADVISORY BOARD

Abdülcani TATAR Atatürk Üniversitesi
Aclan ÖZDER Afyon Kocatepe Üniversitesi
Adem KUŞGÖZ Karadeniz Teknik Üniversitesi
Ahmet ALVER Karadeniz Teknik Üniversitesi
Ahmet EROĞLU Karadeniz Teknik Üniversitesi
Ahmet KALAYCIOĞLU Karadeniz Teknik Üniversitesi
Ahmet KARAGÜZEL Karadeniz Teknik Üniversitesi
Ahmet MENTEŞE Karadeniz Teknik Üniversitesi
Ahmet TIRYAKI Karadeniz Teknik Üniversitesi
Ali Fuat BODUR Gümüşhane Üniversitesi
Ali GÜNDOĞDU Gümüşhane Üniversitesi
Aliye ÖZENOĞLU 19 Mayıs Üniversitesi
Asım ÖREM Karadeniz Teknik Üniversitesi
Aydın KIVANÇ Gümüşhane Üniversitesi
Ayhan KANAT Rize Üniversitesi
Ayşe KARADAĞ Gazi Üniversitesi
Ayla Gürsoy Karadeniz Teknik Üniversitesi
Aynur BÜTÜN AYHAN Ankara Üniversitesi
Aysel KÖKSAL AKYOL Ankara Üniversitesi
Ayşe METİN Ankara Çocuk Sağ. ve Has.
Ayşe ÇOLAK Gümüşhane Üniversitesi
Ayşe OKANLI Atatürk Üniversitesi
Ayşe Özfer ÖZÇELİK Ankara Üniversitesi
Ayşegül BİLGE Ege Üniversitesi
Ayşegül İŞLER Akdeniz Üniversitesi
Ayşenur ÖKTEN Karadeniz Teknik Üniversitesi
Ayten DEMİR Ankara Üniversitesi
Bayram KAYMAK Hacettepe Üniversitesi
Bayram ŞAHİNÖZ Hacettepe Üniversitesi
Belgin YILDIRIM Adnan Menderes Ü.
Beyazıt YEMEZ Dokuz Eylül Üniversitesi
Birgül KURAL Karadeniz Teknik Üniversitesi
Bora CENGİZ Bahçeci Sağlık Grubu
Burhan ÇAKICI Gümüşhane Üniversitesi
Cemalettin BALTACI Gümüşhane Üniversitesi
Cemil ŞAHİN Gümüşhane Üniversitesi
Cihan ÖREM Karadeniz Teknik Üniversitesi
Çetin AKAR Hacettepe Üniversitesi
Dilek ÇİLİNGİR Karadeniz Teknik Üniversitesi
E.Edip KEHA Karadeniz Teknik Üniversitesi

Engin YENİLMEZ Karadeniz Teknik Üniversitesi
Erdem DUMAN Karadeniz Teknik Üniversitesi
Erhan ÇAPKIN Karadeniz Teknik Üniversitesi
Ersan ODACI Karadeniz Teknik Üniversitesi
Ersan KALAY Karadeniz Teknik Üniversitesi
Esra ERCAN Karadeniz Teknik Üniversitesi
Ethem ALHAN Karadeniz Teknik Üniversitesi
Evrin AKTEPE Süleyman Demirel Üniversitesi
Evrin ÖZKORUMAK Karadeniz Teknik Üniversitesi
Fahri UÇAR Karadeniz Teknik Üniversitesi
Fatma DEMİR KORKMAZ Ege Üniversitesi
Fatma TAŞ ARSLAN Selçuk Üniversitesi
Fehmi Volan AKYÖN 18 Mart Üniversitesi
Ferdî BAŞKURT Süleyman Demirel Üniversitesi
Fevziye ÇETİNKAYA Erciyes Üniversitesi
Feyyaz ÖZDEMİR Karadeniz Teknik Üniversitesi
Figen ÇELEP Karadeniz Teknik Üniversitesi
Fisun ŞENUZUN Ege Üniversitesi
Gamze ÇAN Karadeniz Teknik Üniversitesi
Gökhan YILMAZ Karadeniz Teknik Üniversitesi
Gökşin ŞENGÜL Atatürk Üniversitesi
Gülay YEĞİNOĞLU Karadeniz Teknik Üniversitesi
Gülhan ERDEM 18 Mart Üniversitesi
Gülşah YILMAZ Hacettepe Üniversitesi
Gülşah YILDIZ DENİZ Gümüşhane Üniversitesi
Gürdal YILMAZ Karadeniz Teknik Üniversitesi
Halil KAVGACI Karadeniz Teknik Üniversitesi
Haluk DUMAN Aksaray Üniversitesi
Handan GÜLER Cumhuriyet Üniversitesi
Hasan BOZKAYA Karadeniz Teknik Üniversitesi
Hasan EFE Rize Üniversitesi
Hasan Hüseyin EKER Gümüşhane Üniversitesi
Havva ÖZTÜRK Karadeniz Teknik Üniversitesi
Havva TEL Cumhuriyet Üniversitesi
Hayri AYDOĞAN Gümüşhane Üniversitesi
Hayriye ÜNLÜ Başkent Üniversitesi
Hilal YILDIRAN Gazi Üniversitesi
Huri İLYASOĞLU Gümüşhane Üniversitesi
Hüseyin DAŞ Gümüşhane Üniversitesi
İbrahim İKİZCELİ İstanbul Üniversitesi



İbrahim TURAN Gümüşhane Üniversitesi
İbrahim YILDIRAN Gazi Üniversitesi
İclal ÇAKICI Yeditepe Üniversitesi
İhsan KALYONCU Karadeniz Teknik Üniversitesi
İknur TOSUN Karadeniz Teknik Üniversitesi
İmdat AYGÜL Gümüşhane Üniversitesi
İrfan NUHOĞLU Karadeniz Teknik Üniversitesi
İsmet DURMUŞ Karadeniz Teknik Üniversitesi
Kaan KILINÇ Gümüşhane Üniversitesi
Kurtuluş BURUK Karadeniz Teknik Üniversitesi
Lale TAŞKIN Hacettepe Üniversitesi
Levent TÜMKAYA Rize Üniversitesi
Makbule Gezmen KARADAĞ Gazi Üniversitesi
Mehmet GÜNAY Gazi Üniversitesi
Meltem UÇAR Gümüşhane Üniversitesi
Merih KUTLU Karadeniz Teknik Üniversitesi
Mevlit İKBAL Karadeniz Teknik Üniversitesi
Mine BEKAR Cumhuriyet Üniversitesi
Mine EKİNCİ Atatürk Üniversitesi
Mualla AYKUT Erciyes Üniversitesi
Muhammed KIZILTUNÇ Gümüşhane Üniversitesi
Murat BAŞ Başkent Üniversitesi
Murat ERSEL Ege Üniversitesi
Murat KARKUCAK Karadeniz Teknik Üniversitesi
Murat S. KESİM Karadeniz Teknik Üniversitesi
Murat TOPBAŞ Karadeniz Teknik Üniversitesi
Musa ÖZATA Selçuk Üniversitesi
Musa KARAALP Gümüşhane Üniversitesi
Mustafa GÖKÇE Karadeniz Teknik Üniversitesi
Mustafa ÖNCEL Gümüşhane Üniversitesi
Nazan KARAHAN Karabük Üniversitesi
Nazlı Hacıoğlu Atatürk Üniversitesi
Nesrin ERCİYES Karadeniz Teknik Üniversitesi
Nesrin NURAL Karadeniz Teknik Üniversitesi
Neşe KAKLIKAYA Karadeniz Teknik Üniversitesi
Nezihe GÖKHAN Gümüşhane Üniversitesi
Nurcan ÇALIŞKAN Gazi Üniversitesi
Nurcan YABANCI Ankara Üniversitesi
Orhan DEĞER Karadeniz Teknik Üniversitesi
Orhan BAŞ Rize Üniversitesi
Özgül KARAKURT Dokuz Eylül Üniversitesi
Ömer ŞENEL Gazi Üniversitesi
Özlem BİLİK Dokuz Eylül Üniversitesi

Özlem DURAN Cumhuriyet Üniversitesi
Özlem ŞAHİN ALTUN Atatürk Üniversitesi
Pelin BAĞCI Rize Üniversitesi
Ramazan ERDEM Süleyman Demirel Üniversitesi
Recep BEDİR Rize Üniversitesi
Recep DEMİRHAN Kartal Eğitim Araştırma H.
Rece Meseri Ege Üniversitesi
Saime ŞAHİNÖZ Gümüşhane Üniversitesi
Sedat BOSTAN Gümüşhane Üniversitesi
Seher S. KARABUDAK Adnan Menderes Ü.
Selahattin KIYAN Ege Üniversitesi
Selma T. HESAPÇIOĞLU Karadeniz Teknik Ü.
Sema KANDİL Karadeniz Teknik Üniversitesi
Sevil CENGİZ Gümüşhane Üniversitesi
Sevilay HİNDİSTAN Karadeniz Teknik Üniversitesi
Sezer KISA Gazi Üniversitesi
Suzan YILDIZ İstanbul Üniversitesi
Süha TÜRKMEN Karadeniz Teknik Üniversitesi
Süleyman Erhan DEVECİ Fırat Üniversitesi
Süleyman GÜVEN Karadeniz Teknik Üniversitesi
Süleyman TÜREDİ Karadeniz Teknik Üniversitesi
Şükran ÖZKAHRAMAN Süleyman Demirel Ü.
Tahsin YILDIRIM Karadeniz Teknik Üniversitesi
Tamer TAŞDEMİR Karadeniz Teknik Üniversitesi
Tevfik ÖZLÜ Karadeniz Teknik Üniversitesi
Turhan ARAN Karadeniz Teknik Üniversitesi
Turgut ŞAHİNÖZ Gümüşhane Üniversitesi
Vildan A. ÇAKMAK Karadeniz Teknik Üniversitesi
Yakup ASLAN Karadeniz Teknik Üniversitesi
Yasemin K. YILDIRIM Ege Üniversitesi
Yaşam BARLAK Gümüşhane Üniversitesi
Yıldıray KALKAN Rize Üniversitesi
Yılmaz BÜLBÜL Karadeniz Teknik Üniversitesi
Yunus KARACA Karadeniz Teknik Üniversitesi
Yusuf ÇELİK Hacettepe Üniversitesi
Yüksel ALİYAZICIOĞLU Karadeniz T. Üniversitesi
Zahit PAKSOY Gümüşhane Üniversitesi
Zeliha BAŞKURT Süleyman Demirel Üniversitesi

EBELİK BÖLÜMÜ ÖĞRENCİLERİNİN DOĞAL DOĞUMA YÖNELİK BİLGİ VE DÜŞÜNCELERİ

Keziban AMANAK¹ Nevin AKDOLUN BALKAYA²

ÖZET

Araştırma, ebelik öğrencilerinin doğal doğuma ilişkin bilgi ve düşüncelerini belirlemeyi amaçlamaktadır. Öğrencilerin %38.5'i doğal doğumu duymuş, bunların %80.8'i okuldan duymuştur. Öğrencilerin sadece %34.9'u doğal doğumu doğru olarak bilmektedir. Doğal doğumu en fazla 3. sınıf (p=0.000) ve doğal doğum konusunda eğitim alan (p=0.000) öğrenciler bilmektedir. Öğrencilerin %52.7'si doğal doğuma hazırlanmak gerektiğini belirtmiştir. Öğrencilerin doğal doğuma ilişkin görüşleri olumlu olmasına rağmen, daha çok normal doğumu destekledikleri ve doğal doğum konusundaki bilgilerinin yetersiz olduğu görülmektedir. Bu nedenle ebelik bölümü öğrencilerine öğrenimleri süresince doğal doğuma yönelik planlı bir eğitim verilmesi ve müfredat programlarının buna göre düzenlenmesi önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Doğal Doğum, Bilgi, Düşünce, Ebe, Öğrenci.

KNOWLEDGE AND THOUGHTS OF MIDWIFERY STUDENTS ABOUT NATURAL BIRTH

ABSTRACT

The study aimed to determine knowledge and thoughts of midwifery students about natural birth. Of students 38.5% told that they heard from natural birth, and 80.8% of them did this at the school. Only 34.9% of students knew natural birth correctly. Natural birth were known at most by third-class students, and by those educated about it (p=0.000). Of students 52.7% told that the preparation for natural birth was necessary. Although students thought positive about natural birth, they mostly support normal birth, and their knowledge about natural birth was poor. Thus, the midwifery students should be given a planned education in respect to natural birth during their education and their curriculum should be arranged according to this.

Key Words: Natural Birth, Knowledge, Thought, Midwifery, Students.

*Bu çalışma, 13-16 Ekim 2011'de 1.Uluslararası-II. Ulusal Ebeklik Kongresi'nde sözel bildiri olarak sunulmuştur.

¹Öğr. Gör., Adnan Menderes Üniversitesi

²Doç. Dr., Adnan Menderes Üniversitesi

İletişim/ Corresponding Author: Keziban AMANAK

Tel: +90 256 2138866 e-posta:kezibanamanak@gmail.com

Geliş Tarihi / Received: 18.07.2012

Kabul Tarihi / Accepted: 28.01.2013

GİRİŞ

Doğum kadın yaşamında çok özel bir deneyim olup, üreme sürecinin en heyecanlı bölümüdür. Ancak, bazen doğum anında yaşanan olumsuz deneyimler ve bunların kadınlar arasında paylaşılarak yayılması, bir yandan da görsel medyada gösterilen ağrılı doğum sahneleri kadınların olumsuz doğum imajı oluşturmalarına neden olmaktadır. Normal doğumun ağrılı, kanlı, zor, yorucu ve korkutucu bir süreç olduğu şeklindeki algı, kadınlara bu korkutucu deneyimi kendilerinin de yaşayacağını düşündürmekte ve bu da onların tercihlerini sezaryen doğuma yönlendirmektedir (1,2,3,4,5). Ayrıca, son zamanlarda hekim istemi ile elektif olarak planlanan sezaryen doğumların normal vajinal doğuma bir alternatif olarak sunulmaya başlanması da bu oranı artıran diğer bir faktördür (3,5,6). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) sezaryen oranlarının en fazla %15 olmasını önermektedir (7). Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 2008 verilerine göre ülkemizde sezaryen oranı %36.7'dir (8). Ancak sezaryen oranlarının %40-60'lara, özel hastanelerde %80-90'lara kadar çıktığı da bildirilmektedir (9,10,11).

Sezaryen özünde bir cerrahi girişimdir ve buna bağlı oluşacak tüm riskler anne adayını için bir dezavantajdır (11). Doğum fizyolojik bir olaydır, hastalık değildir. Dolayısıyla doğal akışında gerçekleşmesi gereken doğal bir olaydır (12,13). Doğumda sağlık çalışanları izleyici, rehber olmalı ve gereksiz her türlü müdahaleden kaçınılmalıdır. DSÖ ve Uluslararası Lamaze Organizasyonu "Lamaze International" doğal doğumları artırmak için doğumu yöneten sağlık profesyonellerine yönelik olarak kanıta dayalı altı uygulamayı içeren bir kılavuz yayınlamıştır. Bu kılavuzda en az girişim ile sağlıklı bir doğumun gerçekleşebileceği belirtilmektedir. Kılavuza göre doğum kendi başlamalı, doğum boyunca anne adayının hareket özgürlüğü olmalı, gebeye duygusal ve fiziksel destek verilmeli, gereksiz her türlü müdahaleden kaçınılmalı, doğumda sırtüstü yerine diğer pozisyonlar desteklenmeli ve doğum sonrası anne ve bebek bir arada kalmalıdır (7,14,15,16,17).

Günümüzde gebelik ve doğuma ilişkin temel yaklaşım, doğumun fizyolojik bir süreç olduğu ve çok az düzeyde tıbbi girişim gerektirdiğidir (12,13,18,19,20). Bu yaklaşım normal doğumun çok daha doğal, güvenli, yeterli ve hümanistik olduğunu savunmaktadır (12). Doğal doğum mümkün olduğu kadar müdahale edilmeden yapılan doğumlardır (12,13). Doğal doğumda bağımsız hareketler yapma, müzik dinleme, duş alma, banyo yapma, el ya da ayaklara masaj kadını rahatlatmada kullanılan tekniklerden bazılarıdır. Kadın doğum sürecinde ihtiyaç duyabileceği çevreyi kendisi düzenleyebilir. Bu düzenlemeyle kadın kendi doğum

eyleminin yönetiminde etkin rol almış olur. Ancak, bu uygulamanın yapılabilmesi için anne adaylarının doğum öncesi dönemden itibaren doğal doğuma hazırlanması gerekmektedir. Bunun için en uygun uygulama doğuma hazırlık sınıflarıdır. Bu sınıfların başlıca amacı, gebelik, normal ve doğal doğuma ilişkin bilgi sağlanması, baş etme stratejilerinin öğretilmesi ile çiftlerin olumlu doğum deneyimini yaşamalarının sağlanmasıdır (13,18,20,21,22,). Burada ebe ve hemşireler tarafından verilecek antenatal bakım ve doğuma hazırlık sınıfları son derece önem kazanmaktadır. Uluslararası Ebeler Konfederasyonu (International Confederation of Midwives, ICM), doğumun fizyolojik bir süreç olduğunu, doğum ile ilgili konularda primer karar verici kişinin kadın olduğunu ve ebelerin doğumda gerekmedikçe müdahale içermeyen ve kadının özgüvenini artırıcı girişimleri uygulayarak normal doğumların geliştirilmesine ve komplikasyonların önlenmesine katkıda bulunmaları gerektiğini vurgulamaktadır (20,23). Doğal doğumu destekleyen ve bu konuda gerekli eğitimi alarak mezun olan ebeler kadınların tercihlerini doğal doğum yönünde kullanmaları için önemli bir fırsattır. Kadının kendi gücü, eşinin ve ailesinin desteği, sağlık çalışanlarının sağlayacağı sürekli destek ve bilgilendirme ile doğum korkusunun azaltılması, kadının rahatlaması ve olumsuz doğum sonuçlarının azaltılmasında yardımcıdır (18,21,22,24,25).

Ülkemizde de son günlerde doğal doğum giderek daha fazla önem kazanmaktadır. Sağlık Bakanlığı sezaryen doğumların azaltılması ve normal doğumların tekrar artırılması için bir dizi önlemler almaya başlamıştır (11). Ancak, pratikte halen doğuma indüksiyon, amniyotomi, epizyotomi, sık vajinal muayene gibi pek çok müdahale olması gerekenden daha sık yapılmakta, kadınların yiyip içmesi ve hareket özgürlüğü engellenmekte, doğum için büyük ölçüde litotomi pozisyonu kullanılmakta ve mutlu bir olay olan doğum deneyiminden kadınlar çok korkmaktadır (17,19,26,27,28). Bu tür uygulamalara eğitimleri sırasında ebeler öğrencileri de tanık olmakta ve bunlar öğrenilmiş davranışlar olarak yerleşmektedir. Bu zincirin kırılarak geleneksel ve rutin hizmet anlayışı yerine kanıt temelli uygulamaları, doğal doğum felsefesini ve birey merkezli bakımın önemini benimseyen ve uygulamaya geçiren profesyonel ebelerin yetiştirilmesi, pratikteki olumsuz ortamların azaltılması ve kadınların olumlu bir doğum deneyimi yaşamaları açısından son derece önemlidir. Ayrıca, bu yaklaşımla yetişen ebeler; gebelik sürecinde kadını bilgilendirerek doğum konusunda bilinçli kararlar almalarına katkıda bulunacak, böylece doğal, güvenli ve yeterli bir doğum deneyiminin yaşanmasına fırsat verecek ve kadının otonomisinin korunmasına katkıda bulunacaklardır (12).

Bu nedenlerle araştırma, ileride doğal doğumda rehber konumda olacak olan ebe adaylarının doğal doğuma yönelik bilgi ve düşüncelerini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

MATERYAL VE METOD

Araştırma, Adnan Menderes Üniversitesi Aydın Sağlık Yüksekokulu'nda öğrenim gören ebelik öğrencilerinin doğal doğuma ilişkin bilgi ve düşüncelerini belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak gerçekleştirilmiştir.

Araştırmanın evrenini, Adnan Menderes Üniversitesi Aydın Sağlık Yüksekokulu Ebelik Bölümü'ne 2009-2010 eğitim-öğretim yılı bahar döneminde kayıt yaptıran ve öğrenimine devam eden 208 öğrenci oluşturmuştur. Örnekleme ise araştırmaya katılmayı gönüllü olarak kabul eden 169 öğrenci (evrenin %81.25'i) oluşturmuştur. Veriler 12-18 Mayıs 2010 tarihlerinde, araştırmacılar tarafından literatür doğrultusunda geliştirilen soru formu ile, teorik derslerinin ilk 15 dakikasında ve öğrencilerin öz bildirimlerine dayalı olarak toplanmıştır. Soru formundaki ilk dokuz soru öğrencilerin demografik özelliklerini (yaş, sınıf, şu ana kadar en uzun süre yaşanan yer, anne ve babanın eğitim durumu, anne ve babanın işi, ailenin gelir durumu, aile tipi) tanımlamaktadır. Öğrencilerin doğal doğumla ilgili bilgilerini değerlendirmek için doğuma hazırlık ve doğal doğum konusunda herhangi bir eğitim alıp almadıkları, doğal doğum terimini duyup duymadıkları, doğal doğumun ne olduğu, doğal doğumun yararları ve zararlarının neler olduğu, doğal doğum için doğum öncesi hazırlığa gerek olup olmadığı ve bu hazırlıkların neler olduğu, doğal doğumda kimlerin görev alması gerektiği ve doğal doğumla ilgili bilgi alma isteklerine yönelik sorular sorulmuştur. Bilgi soruları literatür doğrultusunda doğru ve yanlış olarak değerlendirilmiştir. Doğal doğumla ilgili düşüncelerini belirlemek amacıyla kadınların doğumlarını hangi yöntemle yapmaları gerektiği, öğrencilerin ileride kendi doğumlarını hangi yöntemle yapmak istedikleri ve hangi doğum şeklinin komplikasyonlarının fazla olduğuna ilişkin sorular sorulmuştur. Ayrıca, literatür bilgileri doğrultusunda doğal doğuma yönelik olarak hazırlanan 17 tane olumlu ifade ve 3 tane olumsuz ifade verilmiş ve bu ifadeleri doğru ya da yanlış olarak cevaplandırmaları istenmiştir. Soru formunun ön uygulaması, Hemşirelik Bölümü'nün tüm sınıflarından beşer kişi olmak üzere toplam 20 öğrencide yapılmıştır. Ön uygulama sonucuna göre soru formu yeniden değerlendirilmiş ve gerekli düzeltmeler yapıldıktan sonra kullanılmıştır. Araştırmanın yapılabilmesi için Adnan Menderes Üniversitesi Aydın Sağlık Yüksekokulu Müdürlüğü'nden

yazılı izin ve öğrencilerden araştırmanın amacı ve içeriği açıklanarak sözlü izin alınmıştır. Veriler, ki-kare analizi ile değerlendirilmiştir.

BULGULAR

I. Öğrencilerin Tanıtıcı Özellikleri

Öğrencilerin yaş ortalaması 21.46 ± 1.73 'dir; %53.3'ü 18-21 ve %46.7'si 22-28 yaş grubundadır. Örneklem %30.2'si 1. sınıf, %21.3'ü 2. sınıf, %22.5'i 3. sınıf ve %26'sı da 4. sınıf öğrencisidir. Öğrencilerin %55'i en uzun süre köy ya da kasabada yaşamıştır ve annelerinin %83.4'ü, babalarının da %63.3'ü ilköğretim ve altı eğitim görmüşlerdir. Annelerinin %84.6'sı ev hanımı iken, babalarının %69.8'i çalışmakta ve %27.2'si de emeklidir. Öğrencilerin %89.9'u çekirdek aile yapısına sahiptir ve ailelerinin %75.7'si orta gelir düzeydedir. Ayrıca, öğrencilerin %74'ü doğuma hazırlık konusunda eğitim aldıklarını ve bunların tamamı okuldan eğitim aldıklarını belirtmişlerdir.

II. Öğrencilerin Doğal Doğuma İlişkin Bilgileri

Öğrencilerin %38.5'i doğal doğumu duymuştur. Bunların %80'i okuldan (Tablo 2) ve %73.7'si 3. sınıftayken duymuşlardır ($X^2 = 35.748$, $p = 0.000$, Tablo 1).

Tablo 1. Öğrencilerin Doğal Doğumu Duyma Durumlarının Sınıflara Göre Dağılımı (N=169)

Sınıf	Doğal Doğumu				X ²	p
	Duyan		Duymayan			
	n	%*	n	%*		
1	7	13.7	44	86.3	35.748	.000
2	10	27.8	26	72.2		
3	28	73.7	10	26.3		
4	20	45.5	24	54.5		

* Satır yüzdesi alınmıştır.

Katılımcıların %34.9'u doğal doğumu doğru tanımlamış (Tablo 2) ve büyük bir çoğunluğunun (%64.7) doğal doğumu 3. sınıfta öğrendikleri belirlenmiştir ($X^2 = 70.176$, $p = 0.000$, Tablo 3). Araştırma kapsamına alınan öğrencilerden 18-21 yaş arasında olanların %41.4'i doğal doğumu bilmezken, %29.3'ü doğru, %29.3'ü yanlış bilmekte, buna karşın 22 yaş ve üzerinde olanların %10.4'ü doğal doğumu bilmemekte, %41.9'u doğru, %47.8'i de yanlış

bilmektedir ($X^2= 17.902$, $p= 0.000$, Tablo 3). Öğrencilerin en uzun süre yaşadıkları yer, ailelerinin gelir durumu, anne ve babalarının eğitim durumu ve mesleği doğal doğumu duyma ve bilme durumlarını etkilememiştir ($p>0.05$).

Tablo 2. Öğrencilerin Doğal Doğuma İlişkin Bilgileri (N=169)

Doğal Doğuma İlişkin Bilgileri	n	%
Doğal Doğumu Duyma		
Duymayan	104	61.5
Duyan	65	38.5
Doğal Doğumu Duyduğu Yer (n=65)		
Okul	52	80.0
TV, internet	13	20.0
Doğal Doğumu Bilme (n=149)		
Bilmeyen	41	27.5
Yanlış bilen	56	37.6
Doğru bilen	52	34.9
Doğal Doğumun Yararı (n=110)		
Bilmeyen	36	32.7
Bilen	74	67.3
Doğal Doğumun Zararı (n=104)		
Bilmeyen	42	40.4
Bilen	62	59.6
Doğal Doğum İçin Doğum Öncesi Hazırlık Yapma		
Gerekliliği		
Bilmeyen	24	14.2
Yanlış bilen	89	52.7
Doğru bilen		
Doğal Doğuma Hazırlanmak İçin Doğum Öncesi Yapılması Gerekenler (n=74)		
Psikolojik hazırlık	32	43.2
Egzersiz	15	20.3
Bilgilendirme	27	36.5

Ebelik öğrencilerinin %67.3'ü doğal doğumu yararlı, %59.6'sı ise zararlı olarak bilmektedir (Tablo 2). Yararlı olarak bilenlerin %52.7'si neden olarak "daha sağlıklı", zararlı

olarak bilenlerin %29'u ise neden olarak "anne ölümüne neden olabilir" yanıtını vermişlerdir. Doğal doğumun yararlarını bildiğini belirten öğrencilerin çoğunun (%87.9) 3. sınıfta ($X^2=11.341$, $p=0.010$), buna karşın zararlarının olduğunu belirten öğrencilerin büyük çoğunluğunun da (%82.1) 2. sınıfta oldukları saptanmıştır ($X^2=12.136$, $p=0.007$). Ayrıca, doğuma hazırlık eğitimi alanlar almayanlara göre doğal doğumun yararlarını daha yüksek oranda bilmektedir (%87.5-%55.7, $p=0.001$). Ancak, doğuma hazırlık eğitimi alma durumu doğal doğumun zararlarını bilmeyi etkilememiştir (%57.1-%60.9, $p>0.005$).

Öğrencilerin %33.1'i doğal doğum yapmak için doğum öncesi dönemde hazırlık yapıp yapılmayacağını bilmemekte, %14.2'si de yanlış bilmektedir. Öğrencilerin yarıdan fazlası (%52.7) doğal doğum yapmak için doğum öncesi dönemde hazırlık yapılması gerektiğini bilmektedir ve bunların %43.2'si psikolojik hazırlık, %36.4'ü bilgilendirme, %20.3'ü de egzersiz yapılması gerektiğini belirtmişlerdir (Tablo 2).

Doğal doğum için doğum öncesi hazırlık gerektiğini bilenlerin %43.3'ü 18-21, %83.3'ü ise 22 yaş ve üzerindedir ($X^2=9.326$, $p=0.009$). Üçüncü sınıftaki öğrencilerin %78.9'u ve 4. sınıftaki öğrencilerin %68.2'si doğal doğum için doğum öncesi hazırlığın gerekli olduğunu bilirken, 1. sınıf öğrencilerinin %68.6'sının bir hazırlık gerektiğini bilmediği saptanmıştır ($X^2=53.916$, $p=0.000$). Doğuma hazırlık eğitimi alanlarda doğum öncesi dönemde hazırlığa gereksinim olduğunu bilenlerin oranının eğitim almayanlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır (%86.4-%40.8) ($X^2=27.300$, $p=0.000$).

Öğrencilerin %46.7'si doğal doğuma hazırlıkta kimlerin görev alması gerektiğini bilmemektedir; bilenlerin %31.4'ü ebenin, %14.8'i ise ebe ve hekimin görev alması gerektiğini belirtmiştir. 18-21 yaşındakilerin %60'ı bunu bilmediğini belirtmiştir. Buna karşın 22 yaş ve üzerindeki öğrencilerin %41.8'i doğal doğumda ebenin görev alması gerektiğini belirtmiştir ($X^2=14.553$, $p=0.002$). Yaşla ilişkili olarak 1. sınıfların %76.5'i doğal doğumu yaptırma görevinin kimin sorumluluğunda olduğunu bilmezken, 3. sınıf öğrencilerinin %50'si doğuma hazırlıkta ebenin görev alması gerektiğini bildikleri saptanmıştır. Ayrıca, doğuma hazırlık eğitimi alanların almayanlara göre doğal doğuma hazırlıkta kimlerin görev alması gerektiğini daha yüksek oranda bildikleri (%81.8-%43.2) belirlenmiştir ($X^2=19.836$, $p=0.000$).

Öğrencilerin %96.4'ü doğal doğumla ilgili bilgi almak istediklerini belirtmişlerdir. Doğal doğumun tanımını doğru yapanların %97.6'sı ve yanlış yapanların %92.3'ü doğal doğum konusunda bilgi almak istemişlerdir. Doğuma hazırlık konusunda eğitim alan ve almayan

öğrencilerin tamamına yakını da (%93.2-%97.6) doğal doğumla ilgili bilgi almak istemektedir (p>0.05).

Tablo 3. Öğrencilerin Doğal Doğumu Bilme Durumlarının Yaş ve Sınıflara Göre Dağılımı
(N=149)

Yaş	Doğal Doğumu						X ²	P
	Doğru Bilen		Yanlış Bilen		Bilmeyen			
	n	%*	n	%*	n	%*		
18-21 yaş	24	29.3	24	29.3	34	41.4	17.902	.000
22 yaş ve üzeri	28	41.8	32	47.8	7	10.4		
Sınıf								
1	-	-	16	33.3	32	66.7		
2	13	44.8	12	41.4	4	13.8	70.176	.000
3	22	64.7	9	26.5	3	8.8		
4	17	44.7	19	50.0	2	5.3		

* Satır yüzdesi alınmıştır.

III. Öğrencilerin Doğal Doğuma İlişkin Düşünceleri

Öğrencilerin %8.9'u gebelerin doğumlarını doğal, %4.1'i ağrısız, %87'si de normal doğumla yapmaları gerektiğini belirtmekte ve gebelerin normal doğumu daha sağlıklı, riskinin daha az (%89.3), doğal doğumu müdahalesiz (%8.7) ve ağrısız doğumu konforlu (%2.0) olduğu için tercih etmeleri gerektiğini düşünmektedirler. Öğrenciler kendi doğumlarını da sağlıklı, riski az ve anne-bebek etkileşimi daha iyi (%79.7) olduğu için normal (%76.3), anne-bebek için daha sağlıklı (%10.1) olduğu için doğal (%11.2), ağrı çekmek istemedikleri (%8.9) için ağrısız (%9.5) doğumla yapmak istediklerini belirtmişlerdir. Birinci sınıf öğrencilerinin %94.1'i, 2. sınıf öğrencilerinin %94.4'ü kadınların normal doğum yapmaları gerektiğini düşünmektedir. Buna karşın, normal doğum dersinin verildiği 3. sınıfların %63.2'si kadınların normal, %34.2'si doğal doğum yapmaları gerektiğini düşünürken, 4. sınıfların %87'si kadınların normal, %8.9'u da doğal doğum yapmaları gerektiğini düşünmektedir.

Doğuma hazırlık eğitimi almayan öğrencilerin %92'si kadınların normal ve %3.2'si doğal doğum yapmaları gerektiğini belirtirken, doğuma hazırlık eğitimi alan öğrencilerin %72.7'si kadınların normal, %25'i doğal ve %2.3'ü de ağrısız doğum yapmaları gerektiği görüşündedirler. Doğal doğumu bilmeyen öğrencilerin %97.6'sı kadınların normal doğum, doğru bilenlerin %78.8'i normal, %17.3'ü doğal doğum, yanlış bilenlerin ise %83.9'u normal,

%8.9'u da doğal doğum yapmaları gerektiğini düşünmektedirler. Öğrencilerin %90.5'i en fazla komplikasyonun sezaryen doğumlarda olduğunu düşünmektedir. Bu oran 1. sınıflarda %94.1, 2. sınıflarda %77.8, 3. sınıflarda %97.4 ve 4. sınıflarda %90.9'dur. Sezaryene bağlı komplikasyonlar olarak öğrencilerin %45.1'i postoperatif, %18.3'ü de anesteziye bağlı komplikasyon riskinin daha fazla olduğunu belirtmişlerdir. Öğrencilerin en uzun süre yaşadıkları yer, ailelerinin gelir durumu, anne ve babalarının eğitim durumu ve mesleği kadınların doğumlarını hangi yöntemle yapmaları gerektiği, hangi doğum şeklinin daha komplikasyonlu olduğu ile kendi doğum tercihlerine ilişkin düşüncelerini istatistiksel olarak etkilememiştir ($p>0.05$).

Tablo 5. Öğrencilerin Doğal Doğuma İlişkin Düşünceleri

Doğal Doğuma İlişkin Düşünceleri	Evet		Hayır	
	n	%	n	%
Doğum kendiliğinden başlamalıdır.	160	94.7	9	5.3
Doğumda kadının hareket özgürlüğü olmalıdır.	112	66.3	57	33.7
Gebelik ve doğum eylemi bir hastalık değil, beden doğal, normal ve sağlıklı bir fonksiyondur.	169	100.0	-	-
Doğum öncesi destek ve bilgilendirme kadınların doğum şekli tercihinde etkili ve önemlidir.	169	100.0	-	-
Doğumda duygusal ve fiziksel destek verilmelidir.	169	100.0	-	-
Doğumda müzik, banyo, masaj vb. teknikleri kullanmak yararlıdır	161	95.3	8	4.7
Kadınlar kendi doğum eyleminin yönetiminde aktif rol almalıdır	166	98.2	3	1.8
Kadınlara doğum ağrısıyla baş etme ve gevşeme tekniklerinin öğretilmesi doğumda etkin olmalarını sağlar	168	99.4	1	0.6
Doğumun aktif döneminde vücut ısısındaki suya girmek doğumu hızlandır	144	85.2	25	14.8
Doğumda gebenin riski yoksa yiyecek-içecek serbest olmalıdır.	74	43.8	95	56.2
Gebeye gereksiz her türlü müdahaleden kaçınılmalıdır.	162	95.9	7	4.1
Doğumda sırt üstü yerine diğer pozisyonlar desteklenmelidir.	114	67.5	55	32.5
Doğumda ayakta durma, yürüme, çömelme gibi dikey pozisyonlar tercih edilmelidir.	102	60.4	67	39.6
Doğum sonrası anne ve bebek bir arada kalmalıdır.	164	97.0	5	3.0
Bebek doğar doğmaz anne kucağına verilmelidir	131	77.5	38	22.5
Bebek doğar doğmaz emzirilmelidir	127	75.1	42	24.9
Doğum olur olmaz kordon kesilmelidir	123	72.8	46	27.2
Epizyotomi doğum kanalını genişletir ve yırtıkları önler.	141	83.4	28	16.6
Epizyotomi rutin olarak yapılmalıdır	44	26.0	125	74.0

Tablo 5 öğrencilerin doğal doğum konusundaki bazı görüşlerini özetlemektedir. Öğrencilerin %94.7'si “doğumun kendiliğinden başlaması”, %66.3'ü ise “doğumda kadının hareket özgürlüğü olması” gerektiğini belirtmişlerdir. Doğumda kadına hareket özgürlüğü verilmesi düşüncesini 3. sınıflar %81.6, 2. sınıflar %36.1 ($X^2= 22.159$, $p= 0.000$), doğuma hazırlık eğitimi alanlar %81.8, almayanlar %60.8 ($X^2= 0.011$, $p= 0.015$) ve doğal doğumu duyanlar %83.1, duymayanlar %55.8 ($p= 0.000$) oranında desteklemektedirler.

Öğrencilerin hepsi “gebelik ve doğum eyleminin bir hastalık değil, beden doğal, normal ve sağlıklı bir fonksiyonu” olduğunu, “doğum öncesi destek ve bilgilendirmenin kadınların doğum tercihinde etkili ve önemli” olduğunu ve “kadına doğumda duygusal ve fiziksel destek verilmesi” gerektiğini ifade etmişlerdir (Tablo 5).

Öğrencilerin %43.8'i “doğumda yiyecek ve içeceğin serbest olması” gerektiğini düşünmekle birlikte (Tablo 5), bu görüşte olanların oranının 2. sınıflarda en düşük (%25), 4. sınıflarda en fazla (%52.3) olduğu, ancak aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı ($p>0.05$) bulunmuştur. Ayrıca öğrencilerin %95.3'ü “doğumda müzik, banyo, masaj vb. teknikleri kullanmanın yararlı” olduğunu düşünmektedirler. Benzer şekilde, öğrencilerin %98.2'si “kadınlar kendi doğum eyleminin yönetiminde aktif rol almalıdır”, %99.4'ü “kadınlara doğum ağrısıyla baş etme ve gevşeme tekniklerinin öğretilmesi ile doğumda etkin olmaları sağlanır” ve %85.2'si “doğumun aktif döneminde vücut ısısındaki suya girme doğumu hızlandırır” düşüncesini de desteklemektedir (Tablo 5). Babalarının eğitim düzeyi düşük olan öğrencilerin tamamı ile lise ve üzerinde olanların %95.2'si “kadınlar kendi doğumlarında aktif rol almalıdır” düşüncesini ($p=0.048$), annesi çalışanların tamamı, çalışmayanların ise %80'i “kadınlara ağrıyla baş etme ve gevşeme tekniklerinin öğretilmesi ile doğumda etkin olmaları sağlanır” düşüncesini desteklemektedirler ($p= 0.030$).

Örnekleme oluşturan öğrencilerin %95.9'u gebeye “gereksiz her türlü müdahaleden kaçınılması” gerektiğini belirtmişlerdir (Tablo 5). Doğuma hazırlık eğitimi alan ve almayanların (%97.7-%95.2, $p>0.005$) ve 1. sınıfların tamamı, 2. sınıfların %88.9'u, diğer sınıfların tamamına yakını (%97.4, %95.5) doğumda gereksiz her türlü müdahaleden kaçınılması gerektiğini düşünmektedir.

Öğrencilerin %67.5'i “doğumda sırt üstü yerine diğer pozisyonların desteklenmesi” gerektiğini düşünmektedirler (Tablo 5). Doğuma hazırlık eğitimi alanların (%79.5), almayanlara göre (%63.2) ($p= 0.015$) ve doğal doğumu duyanların duymayanlara göre (%80.0-%59.6, $p= 0.007$) daha yüksek oranda doğumda sırt üstü yerine diğer pozisyonların

desteklenmesi gerektiğini düşündükleri saptanmıştır. Sınıf ilerledikçe, özellikle 3. ve 4. sınıflarda ($X^2= 20.324$, $p= 0.000$) ve sınıfa paralel olarak yaş ilerledikçe (18-21 yaşta %57.8-22 yaş ve üzerinde %78.5, $p= 0.005$) bu görüşü savunanlar belirgin olarak artmaktadır.

Benzer şekilde, katılımcıların %60.4'ü doğumda “ayakta durma, yürüme, çömelme gibi dikey pozisyonların tercih edilmesi” gerektiğini belirtmişlerdir. Burada da doğuma hazırlık eğitimi alanlar almayanlara (%88.6-%50.4, $p=0.000$), 3. ve 4. sınıflar (%78.9, %90.9) 1. ve 2. sınıflara (%41.2, %30.6) ($X^2= 43.587$, $p= 0.000$), ileri yaştakiler genç yaştakilere (%69.6-%52.2, $p= 0.027$), doğal doğumu duyanlar duymayanlara (%81.5-%47.1, $p= 0.000$) ve doğal doğumu bilenler bilmeyen ve yanlış bilenlere (bilen %78.8, bilmeyen %46.3, yanlış bilen %58.9, $X^2= 10.790$, $p= 0.005$) göre daha fazla oranda dikey pozisyonların tercih edilmesi gerektiğini düşünmektedir.

Öğrencilerin %97'si “doğum sonrası anne ve bebeğin bir arada kalması” gerektiğini belirtmişlerdir (Tablo 5). Doğal doğumu doğru ve yanlış bilen öğrencilerin tamamı, bilmeyen öğrencilerin ise %87.8'i bu düşünceye sahiptir ($X^2= 13.626$, $p= 0.001$). Katılımcıların %77.5'i “bebek doğar doğmaz anne kucağına verilmesini” doğru bulmaktadır (Tablo 5). Bu düşünce özellikle doğuma hazırlık eğitimi alanlarda (%95.5-%71.2, $p= 0.001$), doğal doğumu duyanlarda (%90.8-%69.22, $p= 0.001$), doğal doğumu bilmeyenlere (%61) göre doğru-yanlış bilenlerde (%82.7, %83.9; ($X^2= 8.458$, $p= 0.015$), 1. sınıftakilere (%56.9) göre 2-4. sınıftakilerde (%83.3, %84.2 ve %77.5) ($X^2= 18.686$, $p= 0.000$) ve ileri yaştaki öğrencilerde (%67.8-%88.6, $p=0.002$) daha yüksek orandadır. Öğrencilerin %75.1'i “bebek doğar doğmaz emzirilmelidir” düşüncesindedir (Tablo 5). Artan yaş (%66.7-%84.8, $p=0.007$) ve sınıf (sırayla %54.9, %69.4, %86.8, %93.2, $X^2= 22.265$, $p= 0.000$) ve doğuma hazırlık eğitimi alma (%93.2-%68.8, $p= 0.001$) bebeğin hemen emzirilmesi düşüncesini destekleyen önemli değişkenlerdir. Ayrıca, doğal doğumu doğru bilenlerin %76.9'unun ve yanlış bilenlerin %83.9'unun bu düşüncede olması (bilmeyen %58.5) $X^2= 8.280$, $p= 0.016$) önemli bir bulgudur.

Öğrencilerin %72.8'i “doğum olur olmaz kordonun kesilmesi” gerektiğini belirtmişlerdir (Tablo 5). Bu oran diğer sınıflara göre 3. sınıflarda (sırayla %78.4, %83.3, %50, %77.3) $X^2= 13.249$, $p= 0.004$) ve doğal doğumu duyanlarda (%61.5-%79.8, $p= 0.013$) daha düşüktür.

Öğrencilerin %83.4'ü “epizyotominin doğum kanalını genişleterek yırtıkları önlediğini” (Tablo 5) düşünmekte ve bu durum sınıflara göre değişmemektedir ($p>0.05$). Annesi çalışan öğrencilerin %84.8'i ve çalışmayanların %40'ı epizyotominin doğum kanalını genişleteceği ve yırtıkları önleyeceği” düşüncesine sahiptir ($p=0.033$). Buna karşın öğrencilerin %74'ü “rutin

olarak epizyotomi yapılmamalıdır” görüşünü desteklemektedir (Tablo 5). Bu görüş doğuma hazırlık eğitimi alanlarda almayanlara (%84.1-%70.4, $p>0.05$), 2-4. sınıflarda (%80.6, %84.2, %88.6) 1. sınıflara (%49) $X^2= 24.282$, $p= 0.000$), doğal doğumu duyanlarda duymayanlara (%84.6-%67.3, $p= 0.019$) ve doğal doğumu doğru bilenlerde (%80.8) bilmeyen (%58.5) ve yanlış bilenlere (%76.8) ($X^2= 6.372$, $p= 0.041$) göre daha yaygındır.

Öğrencilerin yaşı, aile tipi, en uzun süre yaşanan yer, anne ve babalarının eğitim durumu ve mesleği ile ailelerinin gelir durumu doğal doğuma ilişkin düşüncelerini genel olarak etkilememiştir ($p>0.05$).

TARTIŞMA

I. Öğrencilerin Doğal Doğuma İlişkin Bilgileri

Gebelik fizyolojik bir olaydır ve doğumun da kendi doğal akışında gerçekleşmesi gerekir. Doğal doğum olabildiğince müdahale edilmeden yapılan doğumlardır. Gereksiz yapılan her türlü müdahale doğum üzerinde olumsuz etkilere neden olmaktadır (19,29). Sağlık personeli, doğal doğumda sadece gözlemci olmalı ve gerektiğinde acil durumlarda müdahale etmelidir. Ancak, sağlık personeli gebelik sürecinde yapacağı eğitimlerle gebeyi doğal doğuma hazırlamalıdır (20,21,22,23). Burada en büyük sorumluluk ebeler düşmektedir. Ebelerin bu hazırlık sürecini yönetebilmesi için yeterli bilgi birikimine sahip olmaları ve aynı zamanda doğal doğum felsefesini benimsemiş olmaları gerekmektedir (18,20,23). Bu da ebelerin öğrencilik yıllarında doğal doğum eğitimini alıp, doğal doğum felsefesini özümsemeleri ile sağlanabilir.

Bu çalışmada örnekleme oluşturan her beş öğrenciden ikisi (%38.5) doğal doğumu duymuş, bunların da büyük çoğunluğu okuldan (%80) (Tablo 2) ve 3. sınıftayken (73.7, $X^2= 35.748$, $p= 0.000$, Tablo 1) duymuş ve %34.9’u doğal doğumu doğru tanımlamıştır (Tablo 2). İleride kadınların doğum tercihinde ve doğumunda aktif rol alacak olan ebelik öğrencilerinde bu oranların daha yüksek olması beklenmektedir. Doğal doğumu doğru tanımlayan öğrencilerin büyük bir kısmının 3. sınıfta olması (%64.7), ancak bu oranın 4. sınıfta 2. sınıftaki düzeye düşmesi (%44.7-44.8) önemlidir ($X^2= 70.176$, $p= 0.000$, Tablo 3). Oranın 3. sınıfta yüksek olması, doğum konularının işlendiği “Normal Doğum ve Doğum Sonrası Dönem” dersi ile “Riskli Doğum ve Doğum Sonrası Dönem” derslerinin 3. sınıfta alınması ve bu derslerde doğal doğumla ilgili kısa bilgilerin verilmesi ile ilişkili olabilir. Doğal doğumu doğru tanımlayan öğrencilerin oranının 18-21 yaşa göre 22 yaş ve üzerinde artması (%41.9, Tablo 3) ise yaşın

önemine dikkat çekmektedir ($X^2= 17.902$, $p= 0.000$)... Bununla birlikte yaklaşık her iki öğrenciden birinin (%47.8) doğal doğumu yanlış bilmesi (Tablo 2), öğrencilerin bu konudaki bilgi açığını ortaya koymaktadır. Gelişmiş ülkelerde doğumlar genellikle hastanede gerçekleştirilmekle birlikte, bazı ülkelerde evde doğum ve ev ortamlarına benzer doğum merkezleri oluşturulmaktadır (30). Evde doğumlar özellikle Hollanda başta olmak üzere birçok ülkede yaygındır ve genellikle ebeler tarafından yönetilmektedir (18). Türkiye’de ise evde doğum oranı %10’dur ve bölgesel olarak en yaygın evde doğum oranı %27 ile Doğu bölgesindeyken, %1 ile en az Orta Anadolu bölgesindedir. Evde doğumların %8’i geleneksel ebe veya akraba/arkadaş tarafından yaptırılmaktadır (8). Literatürde ev ortamına benzer merkezlerde ve ebe yönetiminde yapılan doğumların müdahale gerektirmediği, kadının kişisel düzenlemeler yapabildiği ve aile üyeleriyle bir arada olabildiği, dolayısıyla anne ve bebeğin duygusal ihtiyaçlarının karşılanması ve erken emzirmenin başlatılması için olumlu özelliklerinin olduğu yönünde bilgiler yer almaktadır (18,26,29,30,31,32,). Bu özellikleriyle evde doğumlar doğal doğuma en yakın doğum ortamlarıdır. Bu çalışmada öğrencilerin %55’i en uzun süre köy ya da kasabada yaşadığından kültürel olarak normal doğuma daha alışkın olabilirler.

Bu çalışmada öğrencilerin yarısından fazlası (%52.7) doğal doğum için doğum öncesi dönemde hazırlanmak gerektiğini bilmekte, ancak sadece %31.4’ünün bu hazırlıkta ebinin görev alması gerektiğini, yarıya yakınının ise (%46.7) kimin görev alacağını bilmediğini belirtmesi ve hazırlık için az bir kısmının psikolojik hazırlık (%43.2), bilgilendirme (%36.4) ve egzersizin (%20.3) önemli olduğunu bildirmesi (Tablo 2), öğrencilerin doğal doğuma hazırlıkla ilgili bilgi açıklarını ortaya koymasından önemlidir. Doğal doğum için doğum öncesi hazırlık gereksinimi ve bu hazırlıkta kimlerin görev alması gerektiği bilgisinin 22 yaş ve üzerinde (%83.3, $X^2= 9.326$, $p= 0.009$; %41.8, $X^2= 14.553$, $p= 0.002$), 3. sınıfta (%78.9, $X^2= 53.916$, $p= 0.000$; %50) ve doğuma hazırlık eğitimi alan (%86.4, $X^2=27.300$, $p=0.000$; %81.8, $X^2= 19.836$, $p= 0.000$) öğrencilerde daha yüksek oranlarda bilinmesi, doğal doğum konusunda verilecek eğitimin ne kadar etkili ve önemli olduğunu açıkça göstermektedir. Benzer şekilde, bu gereksinime yönelik bilgileri bilme oranı 3. sınıf ile karşılaştırıldığında 4. sınıf öğrencilerinde daha düşük olması, bilgilerin öğrenci bilincine yerleştirilmesi için doğal doğum eğitiminin sadece doğum derslerinin verildiği 2. ve 3. sınıfta değil, son sınıfı da kapsayacak şekilde süreklilik göstermesinin önemine işaret etmektedir. Ebelik eğitiminde doğum öncesi bakım ve izlem ile doğuma hazırlık konuları 2. sınıfta, normal doğum konuları ise 3. sınıfta

işlenmektedir. Ayrıca, öğrencilerin müfredat programlarında doğuma hazırlık sınıflarıyla ilgili haftada iki saatlik bir seçmeli dersleri bulunmakta ve 4. sınıf öğrencilerine son iki yıldır doğuma hazırlık sınıfları ile ilgili bir kurs verilmektedir. Bulgular, müfredat programında öğrencilerin gereksinimlerine yönelik yapılan düzenlemelere rağmen, doğal doğum konusuna daha fazla yer verilmesi gerekliliğine işaret etmektedir.

Öğrenciler doğal doğumun yararları (%67.3) yanında zararlarının (%59.6) da olduğunu bildirmişlerdir (Tablo 2). Öğrencilerin %52.7'sinin doğal doğum "daha sağlıklıdır" ifadesi olumludur, ancak yeterli değildir. Çünkü önemli bir oranı da (%29) "anne ölümüne neden olabilir" görüşüne sahiptirler. Doğal doğumu zararlı bulanların daha çok 2. sınıfta (%82.1, $X^2=12.136$, $p=0.007$), yararlı bulanların ise daha çok üçüncü sınıfta (%87.9, $X^2=11.341$, $p=0.010$) ve doğuma hazırlık eğitimi alan öğrencilerde (%87.5, $p=0.001$) olması, verilen eğitimlerin olumlu sonucu olarak görünmektedir ve doğum uygulamalarının 3. sınıfta başlaması ile ilişkili olabilir. Doğuma hazırlık eğitimi alıp almama durumunun doğal doğumun zararlarını bilme konusunda istatistiksel olarak önemli bir farklılık oluşturmamış (%57.1-%60.9, $p>0.005$) olması ise derslerde daha çok doğal doğumun yararlarının vurgulanmış olabileceğini ve doğal doğumun yeterince ayrıntılı olarak tartışılmadığını düşündürmektedir. Ayrıca, öğrencilerin tamamına yakınının (%96.4) doğal doğum hakkında bilgi almak istemeleri ($p>0.05$), doğal doğuma yönelik ilgilerini ve verilen bilgilerin yetersiz olarak algılandığını gösteren bir bulgu olması açısından önemlidir. Literatürde, öğrencilerin düşünce olarak normal doğuma daha yakın oldukları (33,34), ancak edindikleri bilgileri yeterince uygulayabilecekleri ortamları göremedikleri (33,35) belirtilmektedir.

II. Öğrencilerin Doğal Doğuma İlişkin Düşünceleri

DSÖ 1980'lerden beri sezaryen oranlarının arttığını vurgulamaktadır (36). Bunda hekimlerin malpraktis korkusu, ağrısız doğumun (epidural anestezi ile) yaygın olarak uygulanması, ebelerin aktif olarak doğumun takibi ve doğum yaptırma konusundaki yetersizlikleri ile isteğe bağlı yapılan sezaryen uygulamaları ve endikasyonların genişletilmesi gibi çeşitli faktörler rol oynamaktadır (11). Ayrıca, kadınların ve sağlık personelinin çoğu normal doğumu daha sağlıklı ve güvenli, sezaryen doğumları ise daha komplikasyonlu bulmalarına ve normal doğum yapmak istemelerine rağmen (1,5,19), doğumdan korkma, normal doğum ağrısı ve acısı çekmeme, bebeğe travma olabileceği korkusu, eşinin ya da kendi isteğinin olması ve sosyal nedenler gibi birçok gerekçe ile gebe olduğunu öğrendikleri ilk günden itibaren sezaryenle doğum yapmaya karar vermekte ve doğumlarını daha çok

sezaryenle gerçekleştirmektedirler (1,2,4,5,19,37-42). Kadınların ve sağlık personelinin eğitim düzeyinin yükselmesi de sezaryen doğum yapma tercihini artıran bir diğer önemli nedendir (8,19,37-39,42,43). Ancak, son zamanlarda sezaryen doğumların azaltılması ve normal doğal yolla yapılan doğumların artırılması yönünde yoğun bir çaba gösterilmektedir. Sağlık Bakanlığı (11) da bu konuda bir dizi önlemler almış ve normal doğumu teşvik etmeye ve kadınları doğuma hazırlamak için doğuma hazırlık sınıflarıyla ilgili olarak eğitim merkezleri oluşturma çalışmalarını başlatmıştır. Doğal doğum normal doğumun olabildiğince girişimsiz gerçekleştirilen şeklidir ve gebede önemli bir risk olmadığı durumlarda en güvenilir ve en konforlu doğum şeklini oluşturmaktadır. DSÖ ve Lamaze International anne dostu olan normal, güvenli ve doğal doğumları desteklemektedir (7,14,15,16). Destekleyici ve bilgilendirici bakım anne ve bebek yararına bir uygulamadır (16,21,24,25).

Utkualp ve Oğur (33), hemşirelik öğrencilerinin %85,4'ünün vajinal doğumu tercih edebileceklerini; bunların %52,9'unun vajinal doğumu doğal ve sağlıklı bulduklarını, sezaryen doğumları izleyen öğrencilerin ise %42,7'sinin sezaryeni riskli bulduklarını belirtmektedirler. Doğaner ve arkadaşları (34) ise ebelik ve tıp öğrencilerine göre hemşirelik öğrencilerinin %92,6'sının doğal ve fizyolojik olduğu için normal doğumu tercih ettiklerini saptamıştır. Çalışmalar öğrencilerin aldıkları kanıt temelli bilgileri uygulamaya yeterince aktaramadığını ve klinik alandaki olumsuz yaklaşımlara tanık olduklarını ortaya koymaktadır (33,35). Bu çalışmada ebelik eğitiminde verilen bilgilere ve literatüre paralel olarak sezaryen doğumlar en komplikasyonlu doğum şekli (%90,5) olarak belirtilmiştir. Yine öğrencilerin çoğu tarafından gebelerin (%87) ve kendilerinin (%76,3) normal doğum yapmaları ve bunun gebeler için sağlıklı ve riski az (%89,3), kendileri için sağlıklı, riski az ve anne-bebek etkileşimi daha iyi (%79,7) olduğu için tercih edilmesi gerektiğinin bildirilmesi beklenen bir bulgudur. Bu doğrultuda tüm sınıfların büyük ölçüde gebeler için normal doğumu desteklemesi ve normal doğumun işlendiği 3. sınıfta normal doğum (%63,2) yanında doğal doğum (%34,2) tercihinin de artması olumlu olarak değerlendirilebilir. Ancak, 4. sınıfta gebelerin doğal doğum yapmaları gerektiğini belirtenlerin oranının 3. sınıfa göre çok düşük olması (%8,9), doğal doğumla ilgili farkındalığı artıracak sürekli bir eğitimin olmadığını ve öğrencilerin klinik uygulamalardan olumsuz etkilendiğini düşündürmektedir. Öğrencilerin kendilerine rol model olacak doğumhane personelinin gebelere yaklaşımlarını iyi bulmamaları (33) ve edindikleri bilgileri uygulayabilecekleri ortamları görememeleri (33,35) bu düşünceyi desteklemektedir. Ayrıca, doğal doğumu tercih eden öğrenciler (%8,9) arasında %8,7'sinin müdahalesiz olduğu için

kadınların ve %11.2'sinin kendilerinin doğal doğum yapmaları gerektiğini belirtmesi ve bu düşüncenin doğuma hazırlık eğitimi alan ve doğal doğumu bilen öğrencilerde bile çok düşük olması (%25-%17.3), doğal doğumla ilgili olarak okulda verilen eğitimlerin yeterli olmadığını ve öğrencilerin doğal doğumla ilgili bilgi ve farkındalık eğitimlerine gereksinimlerini göstermesi bakımından önemlidir.

DSÖ ve Lamaze International doğumu yöneten sağlık profesyonellerinin kanıta dayalı altı uygulamayı gerçekleştirmesinin, sağlıklı anne ve bebek için doğum eyleminin mümkün olan en az girişimle ve güvenli bir şekilde gerçekleşebileceğini ifade etmiştir (7,14,15,16). Belirtilen bu öneriler; doğumun kendiliğinden başlaması, anne adayının doğum sürecinde hareket özgürlüğünün olması, gebeye duygusal ve fiziksel destek verilmesi, gereksiz her türlü müdahaleden kaçınılması ve doğumda sırtüstü yerine diğer pozisyonların desteklenmesi ile doğum sonrası anne ve bebeğin bir arada kalmasıdır. Çalışmalar, sağlık personelinin normal doğumu doğal ve fizyolojik olduğu için tercih ettiğini, ancak daha çok sezaryen doğum yaptıklarını (19,37,38), ebelik ve hemşirelik öğrencilerinin doğumu doğal ve fizyolojik bir olay olarak algıladıklarını, gelecekte çoğunun doğal ve sağlıklı olduğu için normal doğum yapmak istediklerini (33,34), ancak kadınlara sağlık personeli tarafından yeterli destek ve bilgilendirme yapılmadığını (44,45) ve doğumda anne ve ailesine verilecek desteğin önemli olduğunu, ebe-hemşireler tarafından yürütülecek doğuma hazırlık sınıfları ve eğitimlerinin kadınların tercihlerini normal doğum yönünde kullanmalarında etkili olduğunu göstermektedir (18,20-25).

Bu araştırmada ebelik öğrencilerinden beklenen düşünceler olarak öğrencilerin tamamı “gebelik ve doğum eylemini bir hastalık değil, bedenin doğal, normal ve sağlıklı bir fonksiyonu” olarak görmekte, “doğum öncesi destek ve bilgilendirmenin kadınların doğum tercihinde etkili ve önemli” olduğunu düşünmekte, tamamına yakını “kadınların kendi doğum eyleminin yönetiminde aktif rol alması” gerektiğini (%98.2), “doğumda müzik, banyo, masaj vb. tekniklerin kullanılmasını” (%95.3), “kadınlara doğum ağrısıyla baş etme ve gevşeme tekniklerinin öğretilmesi ile doğumda etkin olmalarının sağlanabileceği”ni düşünmekte (%99.4), %85.2'si de “doğumun aktif döneminde vücut ısısındaki suya girmenin doğumu hızlandıracağı”na inanmaktadır (Tablo 5). Bulgular, öğrencilerin doğal doğum düşüncesine yakın olduklarını ve doğuma olumlu baktıklarını göstermektedir.

Öğrenciler doğal doğumda DSÖ'nün belirlemiş olduğu kanıta dayalı uygulamalardan “doğumun kendiliğinden başlaması” (%94.7), “doğumda gebeye duygusal ve fiziksel destek verilmesi” (%100), “gereksiz her türlü müdahaleden kaçınılması” (%95.9), “doğum sonrası

anne ve bebeğin bir arada kalması” (%97) ifadelerine yüksek oranda katılırken, “doğumda kadının hareket özgürlüğü olması” (%66.3), “doğumda sırt üstü yerine diğer pozisyonların desteklenmesi” (%67.5) ve “doğumda ayakta durma, yürüme, çömelme gibi dikey pozisyonların tercih edilmesi” (%60.4) ifadelerine katılım oranlarının daha düşük olduğu görülmüştür. Ayrıca, “doğumda yiyecek içeceğin serbest olması” (%43.8) düşüncesine katılım da oldukça düşüktür (Tablo 5). Günümüzde öğrenciler gebeleri elektronik fetal monitörler, intravenöz kateterler, otomatik kan basıncı monitörleri ve fetal kafa elektrotları gibi teknoloji kullanımının artmasına bağlı olarak travayda sırt üstü pozisyonda, doğumhanede ise doğum masalarının şekline bağlı olarak litotomi pozisyonunda görmektedirler (26,28). Kadınlar doğum yaparken litotomi pozisyonunda tutulmakta ve kendilerine istedikleri pozisyonu seçme şansı verilmemektedir (26,28,46). Doğumun başlatılması ve hızla sonlandırılması için indüksiyon ve amniyotomi gibi girişimler pratikte çok sık yapılmakta (26), kısıtlanmasına ilişkin yeterli kanıtlar olmamakla birlikte (47) gebelere yiyecek ve sıvı alımı kısıtlaması yapılmakta, bu gereksinimleri intravenöz sıvılarla karşılanmakta (17) ve fundal basınç, uzun süreli valsalva tipi ıkınma gib obstetrik uygulamalar da yaygın olarak uygulanmaktadır (48). Ayrıca, öğrenciler teorik ve klinik eğitimlerinde aldıkları bilgilerin birçok kurumda farklı şekilde uygulandığını, aldıkları kanıta dayalı bilgilerin uygulamaya yeterince aktarılmadığını (35) ve doğumhane personelinin gebelere yaklaşımlarının iyi olmadığını gözlemlemektedirler (33). Dolayısıyla çalışmada öğrencilerin bu ifadeleri daha az desteklemelerinin nedeni, kliniklerde yaptıkları uygulamalarda teorik eğitimlerinin aksine gebeleri genellikle yatakta ve sırt üstü pozisyonlarda görmeleri, ağızdan sıvı ve yiyecek alımının kısıtlanması ve sıvı gereksinimlerinin daha çok intravenöz yolla karşılanması, vajinal muayenelerin normalde olması gerekenden daha sık, indüksiyon ve amniyotomi gibi uygulamaların ise daha çok tıbbi endikasyon olmadan yapılması ve doğal doğum uygulamalarının çok sınırlı olması ile ilişkili olabilir. Buna karşın, araştırmada 2. sınıf dışındaki diğer tüm sınıfların ve doğuma hazırlık eğitimi alan ve almayan öğrencilerin tamamına yakınında bu gereksiz müdahalelerden kaçınılması gerektiği düşüncesinin olması, doğal doğuma olumlu bakış açılarını yansıtmaları açısından önemlidir.

Genel olarak doğumda kadına hareket özgürlüğü verilmesi gerektiği belirtilmektedir (26). Araştırmada, bu görüşe katılım düşük bulunmuştur (Tablo 5). Ancak, bu görüşü destekleyenlerin oranının 2. sınıflara göre 3. sınıflarda (%36.1-%81.6, $X^2= 22.159$, $p= 0.000$), doğuma hazırlık eğitimi almayanlara göre alanlarda (%60.8-%81.8, $X^2= 0.011$, $p= 0.015$) ve doğal doğumu duymayanlara göre duyanlarda (%55.8-%83.1, $p= 0.000$) daha yüksek olması,

bu konudaki düşüncenin eğitimlerle değiştirilebileceğini göstermesi bakımından önemlidir. Benzer şekilde ilerleyen yaş (22 yaş ve üzeri: %78.5, $p= 0.005$) ve sınıf (3-4. sınıf) ($X^2= 20.324$, $p= 0.000$) ile doğuma hazırlık eğitimi alan (%79.5-%63.2, $p= 0.015$) ve doğal doğumu duyanlarda da (%80-%59.6, $p= 0.007$) doğumda sırtüstü yerine diğer pozisyonların desteklenmesi gerektiği düşüncesinin ve ayrıca bunu destekleyen bir bulgu olarak doğumda ayakta durma, yürüme, çömelme gibi dikey pozisyonların tercih edilmesi düşüncesinin doğuma hazırlık eğitimi alan (%88.6, $p=0.000$), 3. ve 4. sınıf (%78.9, %90.9, $X^2= 43.587$, $p= 0.000$), ileri yaş (%69.6, $p= 0.027$), doğal doğumu duyan (%81.5, $p= 0.000$) ve bilenlerde (%78.8, $X^2= 10.790$, $p= 0.005$) yüksek bulunması, aldıkları eğitimin önemini vurgulamaktadır ve bu konuda verilecek planlı bir eğitimin etkinliğini göstermesi açısından da önemlidir.

Araştırmadan elde edilen bulgulara göre öğrencilerin %83.4'ü epizyotominin doğum kanalını genişletip yırtıkları önlediğini, buna karşın %74'ü rutin olarak epizyotomi yapılmasına karşı olduklarını belirtmişlerdir (Tablo 5) ve bu açıdan sınıflar arasında önemli bir fark bulunmamaktadır ($p>0.05$). Bu iki çelişkili ifadenin oranlarının birbirine yakınlığı ve her beş öğrenciden dördü tarafından belirtilmiş olması dikkat çekicidir. Ayrıca, epizyotominin doğum kanalını genişletip yırtıkları önlediği düşüncesinin sınıflara göre değişmemesi ($p>0.05$) ve annesi çalışan öğrencilerde iki kat fazla olması (%84.8-%49, $p=0.033$), anne-kız arasında paylaşılan deneyimlerin dikkate alınması gerektiğini ve öğrencilerin epizyotomi konusundaki bilgi ve farkındalıklarının yeterli olmadığını göstermektedir. Oysa son yıllarda yapılan pek çok kanıt temelli çalışma epizyotomi kullanımının zorunlu durumlarla sınırlandırılması gerektiğini ortaya koymaktadır (26,27,46).

Literatürde epizyotominin III. ve IV. derece perine laserasyonları ve enfeksiyonlarına neden olduğu, doğum sonu ağrı ve rahatsızlık oluşturduğu, kadının kendi bakımını yeterli düzeyde vermesini engellediği ve disparoni sorunlarına neden olduğu vurgulanmaktadır (26,27,46,49,50). Dolayısıyla doğum ile ilgili eğitimlerde epizyotomi kullanımına yönelik kanıt temelli bilgilere özellikle yer verilmelidir. Araştırmada doğuma hazırlık eğitimi alan (%84.1, $p>0.05$), 2-4. sınıfta olan (%80.6, %84.2, %88.6, $X^2= 24.282$, $p= 0.000$), doğal doğumu duyan (%84.6, $p= 0.019$) ve doğal doğumu doğru bilenlerin (%80.8, $X^2= 6.372$, $p= 0.041$) doğumda rutin epizyotomi yapılmasına karşı olduğu saptanmıştır.

Günümüzde kanıt temelli bilgiler doğrultusunda doğumda geleneksel olarak yapılan rutin uygulamalar yeniden sorgulanmaya başlamıştır (26,51). Bu anlayışa paralel olarak doğal ortamlar oluşturularak yapılan ve ebeler tarafından yönetilen doğal doğumlarda anne ile ten

teması ve emzirme en erken sürede sağlanmakta ve olması gerekenden daha sık yapılan ya da tıbbi endikasyon varlığı dışında uygulanan müdahaleler yapılmamaktadır (26,29,32). Son günlerde doğal doğumun giderek daha fazla konuşulmaya başlanması sağlık çalışanlarının dikkatini kanıt temelli bu gibi uygulamalara yönlendirmiş ve bu konuda farkındalık oluşmaya başlamıştır. Bu doğrultuda araştırmada kadın daha doğum masasındayken yapılan uygulamalardan olan; bebek doğar doğmaz anne kucağına verilmesi (%77.5) ve emzirilmesi (%75.1) ile doğum olur olmaz kordonun kesilmesi (%72.8) görüşlerini destekleyen öğrencilerin oranı (Tablo 5) beklenenden daha düşük bulunmuştur.

Ancak, bebek doğar doğmaz anne kucağına verilmesi düşüncesi 2-4. sınıflarda (sırayla %83.3, %84.2, %77.5, $X^2= 18.686$, $p= 0.000$) ve ileri yaşta (%67.8-%88.6, $p=0.002$) doğuma hazırlık eğitimi alan (%95.5, $p= 0.001$), doğal doğumu duyan (%90.8, $p= 0.001$) ve doğal doğumu doğru-yanlış bilenlerde (%82.7, %83.9, $X^2= 8.458$, $p= 0.015$); benzer şekilde bebeğin hemen emzirilmesi düşüncesi ileri yaş (%84.8, $p=0.007$) ve sınıfta (4. sınıf: %93.2, $X^2= 22.265$, $p= 0.000$), doğuma hazırlık eğitimi alan (%93.2, $p= 0.001$) ve doğal doğumu doğru-yanlış bilenlerde (%76.9-%83.9, $X^2= 8.280$, $p= 0.016$) daha yüksek orandadır. Buna karşın doğum olur olmaz kordonun kesilmesi gerektiği düşüncesi beklendiği gibi normal doğum konularının ele alındığı 3. sınıfta (%50, $X^2= 13.249$, $p= 0.004$) ve doğal doğumu duyanlarda (%61.5, $p= 0.013$) daha düşüktür. Bulgular, doğal doğumla ilgili düşüncelerin eğitime paralel olarak olumlu yönde geliştiğini göstermesi açısından önemlidir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Öğrencilerin normal doğumu daha sağlıklı olduğu için destekledikleri, doğal doğum düşüncesine yakın oldukları ve bunda verilen eğitimin etkili olduğu, ancak doğal doğum konusuna müfredat programında ayrıca yer verilmediği için bu konudaki bilgilerinin yetersiz olduğu saptanmıştır. Ayrıca eğitimin etkilerinin geçici olması, verilen bilgilerin öğrenci meslek bilincine entegre edilmediğine ve bu nedenle büyük olasılıkla ileride uygulamaya da aktarılmayacağına işaret etmektedir. Bu nedenle ebelik bölümü öğrencilerinin müfredat programlarında doğal doğuma yer verilmesi, bu konuda planlı eğitimlerin düzenlenmesi ve bilgilendirmenin tüm eğitim sürecine yayılması, ayrıca öğrencilerin aldıkları eğitimleri kullanabilecekleri uygulama alanlarının yaratılması ve bu konuda okul-hastane entegrasyonunun sağlanması önemli olacaktır.

KAYNAKLAR

1. Clement S. Psychological Aspects Of Cesarean Section. Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology 2001; 15(1): 109-126.
2. Gamble J, Creedy D. Women's Preference For A Cesarean Section: Incidence And Associated Factors. Birth 2001; 28(2): 101-110.
3. Penna L, Arulkumaran S. Cesarean Section For Non-Medical Reasons. International Journal Of Gynecologyand Obstetrics 2003; 82(3): 399-409.
4. Karakuş A, Hotun Şahin N. The Attitudes Of Women Toward Mode Delivery After Childbirth. International Journal Of Nursinng And Midwifery 2011; 3(5): 60-65.
5. Yanikkerem Uçum E, Kitapçoğlu G, Karadeniz G. Kadınların Doğum Yöntemlerine Bakış Açısı, Deneyim Ve Memnuniyetleri. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi 2010; 5(13): 107-123.
6. Wang HH, Chung UL, Sung MS, WU SM. Development Of A Web-Based Child Birth Education Program For Vaginal Birth After C-Section (VBAC) Mothers. Journal Of Nursing Research 2006; 14(1): 1-8.
7. WHO (World Health Organization). Appropriate Technology For Birth. Lancet 1985; 24; 2(8452): 436-437.
8. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etüdüleri Enstitüsü. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, 2008. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı Ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı Ve TÜBİTAK, Ankara - 2009.
9. Coşkun A, Köstü B, Ercan Ö, Kıran H, Güven MA, Kıran G. Kahramanmaraş İl Merkezinde 2004 Ve 2006 Yıllarındaki Doğumların Karşılaştırılması. Türk Jinekoloji ve Obstetrik Dergisi 2007; 4(3): 168-172.
10. Yılmaz M, İsaoglu Ü, Kadanalı S. Kliniğimizde 2002-2007 Yılları Arasında Sezaryen Olan Hastaların İncelenmesi. Marmara Medical Journal 2009; 22(2): 104-110.
11. T.C. Sağlık Bakanlığı. Doğum ve Sezaryen Eylemi Yönetim Rehberi. T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Damla Matbaacılık, Relamcılık Ve Yayıncılık Tic. Ltd. Şti. Ankara - 2010.
12. Darra S. 'Normal', 'Natural', 'Good' Or 'Good Enough' Birth: Examining The Concepts. Nursing Inquiry 2009; 16(4): 297-305.

13. Hotelling BA. Teaching Normal Birth, Normally. The Journal Of Perinatal Education 2009; 18(1): 51-55.

14. WHO (World Health Organization). Care İn Normal Birth: A Practical Guide. Report Of A Tecnical Working Group. Department Of Reproductive Health & Research World Health Organization, Geneva - 1996.

15. Lamaze International. Position Paper: Promoting, Supporting, And Protecting Normal Birth. The Journal Of Perinatal Education 2007; 16(3): 11–15.

16. Lothian JA. Selling Normal Birth: Six Ways To Make Birth Easier. Journal Of Perinatal Education 2007a; 16(3): 44-46.

17. Lothian JA, Amis D, Crenshaw J. Care Practice #4: No Routine Interventions. Journal Of Perinatal Education 2007b; 16(3): 29-34.

18. ACNM (American College Of Nurse-Midwives). Criteria For Provision Of Home Birth Services Clinical Bulletin #7, 2003. [Http://Www.Midwife.Org/Memberfiles/Education/Clinicalbulletinno7.Pdf](http://www.midwife.org/memberfiles/education/clinicalbulletinno7.pdf)

19. Duman Z, Nadirgil Köken G, Kır Şahin F, Coşar E, Arıöz DT, Aral İ. Sağlık Çalışanlarının Normal Doğum Ve Sezaryen İle İlgili Düşünceleri. Perinatoloji Dergisi 2007; 15(1):7-11.

20. ICM (International Confederation Of Midwives). The Philosophy And Model Of Midwifery Care 2012. <http://www.internationalmidwives.org/portals/5/2010/core%20docs%202010/8.%20philosophy%20and%20model%20of%20midwifery%20care%20ENG-2005%20new%20logo.pdf>

21. Okumuş H (Ed.), Mete S (Ed.), Yenal K, Aluş T.M. Anne Babalar İçin Doğuma Hazırlık Sağlık Profesyonelleri İçin Rehber. 1. Baskı, Deomed Medikal Yayıncılık. İstanbul - 2009.

22. Klein MC. Many Women And Providers Are Unprepared For An Evidence-Based, Educated Conversation About Birth. The Luurnal Of Perinatal Education 2011; 20(4): 185-187.

23. ICM (International Confederation Of Midwives). Essential Competencies For Basic Midwifery Practice 2011. [Http://Www.İnternationalmidwives.Org/Portals/5/2011/Global%20Standards/Essential%20Competencies%20ENG.Pdf](http://www.internationalmidwives.org/portals/5/2011/global%20standards/essential%20competencies%20ENG.pdf)

24. Horey D, Weaver J, Russell H. Information For Pregnant Women About Caesarean Birth. Cochrane Database Of Systematic Reviews 2004; (1): CD003858.

25. Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr J, Sakala C, Weston J. Continuous Support For Women During Childbirth Cochrane Database Of Systematic Reviews 2011; 16(2): CD003766.
26. Berghella V, Baxter JK, Chauhan SP. Evidence-Based Labor And Delivery Management. American Journal Of Obstetrics And Gynecology 2008; 199(5): 445-454.
27. Carroli G, Mignini L. Episiotomy For Vaginal Birth. Cochrane Database Of Systematic Reviews 2009; 21(1): CD000081.
28. Lawrence A, Lewis L, Hofmeyr GJ, Dowswell T, Styles C. Maternal Positions And Mobility During First Stage Labour. Cochrane Database Of Systematic Reviews 2009; April 15(2): CD003934.
29. Sandall J, Devane D, Soltani, H, Hatem M, Gates S. Improving Quality And Safety In Maternity Care: The Contribution Of Midwife-Led Care. Journal Of Midwifery And Womens Health 2010; 55(3): 255-61.
30. Hodnett ED, Downe S, Walsh D, Weston J. Alternative Versus Conventional Institutional Settings For Birth. Cochrane Database Of Systematic Reviews 2010; 8(9): CD000012.
31. Olsen O, Jewell MD. Home Versus Hospital Birth. Cochrane Database Of Systematic Reviews 2000; (2): CD000352.
32. Hatem M, Sandall J, Devane D, Soltani H, Gates S. Midwife-Led Versus Other Models Of Care Efor Childbearing Women. Cochrane Database Of Systematic Reviews 2008; 8(4): CD004667.
33. Utkualp N, Ogur P. Öğrencilerin Doğum Kadın Hastalıkları Ve Hemşireliği Dersi Alan Uygulamasına İlişkin Duygu Ve Düşünceleri. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim Ve Sanatı Dergisi 2010; 3(1): 1.
34. Doğaner G, Doğaner A, Duran Ö, Tuna M, Tezcan Ş, Turan G. Sağlık Bilimlerinde Okuyan Öğrencilerin Doğum Şekli Tercihlerine Yönelik Düşüncelerinin Belirlenmesi. Türk Jinekoloji Ve Obstetrik Derneği Dergisi 2013; 10(1): 31-6
35. Carr CA, Schott A. Differences İn Evidence-Based Care İn Midwifery Practice And Education Journal Of Nursing Scholarship 2002; 34: 2, 153-158
36. Guise JM, Hashima J, Osterweil P. Evidence-Based Vaginal Birth After Caesarean Section. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol 2005;19(1): 117-30.

37. Akyol A, Gönen Yağcı Ş, İsmet A. Tekirdağ Sağlık Personelinin Doğum Şekli Ve Özelliklerinin Sağlık Personeli Olmayanlarla Karşılaştırması. Jinekoloji Obstetrik Pediatri Dergisi 2011; 3(2): 55-63

38. Canbaz S, Sünter T, Süren C. Ve Pekşen Y. Kadın Sağlık Çalışanlarının Doğurganlık Özellikleri, Gebelik Ve Doğum Sonu Dönemdeki Çalışma Koşulları. Kocatepe Tıp Dergisi 2005; 6(2): 39-44.

39. Sayın C, Berberoğlu U, Varol F. Sezaryenle Doğum Yapmış Sağlık Personelinde Doğum Sonrası Memnuniyet Ve Takip Edilen Gebelikte Doğum Şekli Tercihi. Türkiye Klinikleri Jinekoloji-Obstetrik Dergisi 2004; 18(2): 82-8.

40. Gözükara F, Eroğlu K. İlk Doğumunu Yapmış Kadınların (Primipar) Doğum Şekline Yönelik Tercihlerini Etkileyen Faktörler. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi 2008; 15(1):32-46.

41. Sayiner FD, Özerdoğan N, Giray S, Özdemir E, Savcı A. Kadınların Doğum Şekli Tercihlerini Etkileyen Faktörler. Perinatoloji Dergisi 2009; 17(3): 104-112.

42. Şahin S, Özdemir K, Sevimli D, Çevrioğlu AS. Sakarya'da Sağlık Çalışanlarının Doğum Tercihleri Ve Doğuma İlişkin Görüşleri. I. Uluslararası&II. Ulusal Ebelik Kongresi Kongre Kitabı; 13-16 Kasım 2011, Safranbolu. 2011. P.164.

43. Hopkins K. Are Brazilian Woman Really Choosing To Deliver By Cesarean? Social Science & Medicine 2000; 51(5): 725-740.

44. Pınar G, Pınar T. Yeni Doğum Yapmış Kadınların Empatik İletişim Beklentilerinin Ebe/Hemşireler Tarafından Karşılama Durumu. Tıp Araştırmaları Dergisi: 2009; 7(3): 132-140.

45. Kızılkaya N. Kadınların Doğum Eylemindeki Destekleyici Hemşirelik Davranışlarına İlişkin Görüşleri Perinatoloji Dergisi 1997; 5(3-4): 113-116.

46. Hofmeyr GJ. Evidence-Based Intraparum Care. Best Practice And Research Clinical Obstetrics And Gynaecology 2005; 19(1): 103-115.

47. Singata M, Trammer J, Gyte GML. Restricting Oral Fluid And Food Intake During Labour. Cochrane Database Of Systematic Reviews 2010; 20(1): CD003930.

48. Yıldırım G, Beji NK. Effects Of Pushing Technigues In Birth On Mother And Fetus. A Randomized Study 2008; Birth 35(1): 25-30.

49. Dönmez S, Sevil Ü. Rutin Epizyotomi Uygulanmasının Gerekliliği. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim Ve Sanatı Dergisi 2009; 2(3): 105-112.

50. Pınar G, Doğan N, Algier L, Kaya N, Çakmak F. Annelerin Doğum Sonu Konforunu Etkileyen Faktörler. Dicle Tıp Dergisi 2009; 36(3): 184-190.

51. Chen CY, Wang KG. Are Routine Interventions Necessary In Normal Birth? Taiwanese Journal Of Obstetrics & Gynecology 2006; 45(4): 302-306.

52. Crenshaw J. Care Practice # 6: No Separation Of Mother And Baby, With Unlimited Opportunities For Breastfeeding. Journal Of Perinatal Education 2007; 16(3): 39-43.

DOĞUMHANEDE ÇALIŞAN HEMŞİRE VE EBELERİN PARTOGRAF KULLANIMI VE PARTOGRAFİN GEREKLİLİĞİNE YÖNELİK GÖRÜŞLERİ

Kerime Derya BEYDAĞ¹, Yeliz DOĞAN MERİH², Tuğba YILMAZ ESENCAN³

ÖZET

Bu çalışma, İstanbul Anadolu yakasında hizmet veren bir eğitim hastanesinin doğumhanesinde çalışan ebe ve hemşirelerin partograf kullanımı ve etkinliğine yönelik görüşlerinin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır. Tanımlayıcı tipte yürütülen çalışma araştırmaya katılmayı kabul eden 53 ebe ve hemşirenin katılımıyla gerçekleştirilmiştir. Veriler araştırmacı tarafından oluşturulan anket formunun katılımcılar tarafından doldurulması ile toplanmıştır. Elde edilen veriler frekans dağılımı ve ki-kare önemlilik testi kullanılarak bilgisayar ortamında değerlendirilmiştir

Katılımcıların %83'ünün 30 yaş altı grupta olduğu ve %66.1'nin ebe kadrosunda bulunduğu belirlenmiştir. Ebe ve hemşirelerin %45.4'ünün 2-5 yıl süresinde doğumhane de çalıştığı, %58.5'inin daha önce hiç partograf kullanmadığı, %54.7'sinin partografla ilgili hiç eğitim almadığı ve %75.5'inin kendisini partograf konusunda yeterli hissetmediği belirlenmiştir. Katılımcıların %49'unu her zaman partograf kullanılmasını gerekli gördüğünü belirlenmiştir. Katılımcılardan daha önce partograf kullanan, partograf kullanımı konusunda eğitim alan, doğumhanede 2 yıldan az çalışan ve ebe kadrosunda olanların partograf kullanımı konusundaki görüşleri arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır (p<0.05).

Anahtar Kelimeler: Ebe, Hemşire, Partograf, Görüş.

¹Yrd. Doç. Dr. Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Yüksekokulu

² Dr. Hemşire, Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi Sağlık Bakım Hizmetleri Müdürü

³Uzman Hemşire, Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi

İletişim/ Corresponding Author: Kerime Derya BEYGAĞ **Geliş Tarihi / Received:** 14.09.2012

Tel: (216) 677 16 30 / 2881 **e-posta:** derya.beydag@okan.edu.tr **Kabul Tarihi / Accepted:** 04.02.2013

OPINION OF DELIVERY ROOM NURSE AND MIDWIVES ABOUT USING PARTOGRAHM AND EFFECTIVENESS OF PARTOGRAHMS

ABSTRACT

This study was made to determine the using partograhm and effectiveness of partograhms' of the midwives and nurses working in the woman labor clinics of an educational hospital giving service in the Asian side of Istanbul. This descriptive study was made with the participation of 53 midwives and nurses. Data were collected with the survey form which was prepared by the researcher. Obtained data were evaluated in a computerized environment by using frequency distribution and chi-square significancy test.

83% of the participants were determined to be in the 30 age and under and 66.1% of them were in the midwifery staff. 45.4% of them were working in the delivery room between 2-5 years, 58.5% of them were never use partograhm before this time, 54.7% of them were not give any education about using partograhm and 75.5% of them were not feel compenent themselves about partograhm. 49% of the patricipants were said necessary to use partograph every time. A statistically significant difference was found between the participants were use partograhm before this time, give education about using partograhm, works less than two years in the delivery room and working in the midwifery staff and opinion about using partograhms ($p<0.05$)

Keywords: Midwife, Nurse, Partograhm, Opinion.

GİRİŞ

Partograf, doğum eyleminin ilerlemesini değerlendirmek ve yorumlamak için, grafik kağıdına eylem sırasında gözlenen gelişmelerin saat belirtilerek kayıt edilmesi esasına göre kullanılan bir araçtır. Partograf kullanımı eylemin ayrıntılı bir şekilde takibini, doğum eylemi sırasında hem anne hem de bebeğin durumunun düzenli olarak değerlendirilmesini ve uzamış eylemlerinin erken dönemde fark edilmesini sağlar. Partografda üç parametre izlenmektedir; doğumun ilerlemesi, bebeğin sağlık durumu ve annenin sağlık durumu. Partograf doğumun aktif evresinin başlangıcından itibaren doktor, ebe ve hemşireler tarafından kullanılmalıdır (1,2).

Türkiye Nüfus Sağlık Araştırmaları (TNSA) 2008 verilerine göre, ülkemizde istenen doğurganlık hızı 1.6 iken, toplam doğurganlık hızı 2.2 doğumdur. Türkiye’de doğumların %70’i 30 yaşından önce meydana gelmektedir. Gebelik ve doğum ile bağlantılı hastalık ve ölüm risklerinin en yüksek olduğu 20 yaşın altında ve 35 yaşın üzerinde yapılan doğumlar tüm doğumların yaklaşık beşte birini oluşturmaktadır. Doğumların %9.7’si evde gerçekleşmektedir. Türkiye’de, bebek ölüm hızı binde 17’dir (3,4). Tüm bu bulgular, ülkemizde gerçekleşen gebeliklerin daha çok genç yaşta ve plansız olarak gerçekleştiğini, gebelik boyunca sağlık kuruluşlarında takip edilmeden, evde deneyimsiz kişilerce gerçekleştirilen doğumların anne ve bebek ölümlerinde etkili olduğunu düşündürmektedir.

Kullanımı kolay ve ucuz bir araç olan partografin özellikle riskli doğumlar sırasında kullanımının, doğum sürecinin aşama aşama takibini kolaylaştırdığı ve erken müdahale etme olanağı sağladığı bir gerçektir (5). İsveç’li araştırmacılar kendi ülkelerinde bebek ölüm oranlarının binde 3 olmasında ebelerin düzenli partograf kullanmalarının etkili olduğunu düşünmektedirler (6). American Women’s Collage, ebelik müdahaleleri sırasındaki doğru değerlendirmelerin ve kayıtların gerekliliği için tüm ebelerin doğum süreci boyunca partograf kullanmasını önermektedir. Literatür değerlendirmeleri, ebeleri partografı doğru kullanmaları konusunda eğitmenin gerekliliğini ortaya koymaktadır (5,7).

Bu çalışma, bir özel dal eğitim araştırma hastanesinin doğumhane servisinde çalışan ebe ve hemşirelerin partograf kullanımı ve etkinliğine yönelik görüşlerinin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak gerçekleştirilmiştir.

MATERYAL VE METOT

Çalışma, İstanbul'un Anadolu yakasında hizmet veren bir özel dal eğitim araştırma hastanesinin doğumhane servisinde Ocak-Şubat 2011 tarihleri arasında tanımlayıcı olarak gerçekleştirilmiştir. Çalışmanın örneklemini, en az 6 ay süreyle doğumhanede çalışan ve araştırmaya katılmayı kabul eden toplam 35 ebe ve 18 hemşire oluşturmuştur (n:53). Araştırmanın verilerin toplanmasında araştırmacılar tarafından oluşturulmuş anket formu kullanılmıştır. Anket formunda yer alan sorular tanımlayıcı özelliklerini içeren sorular (5 soru), partograf kullanımına ait bilgilerini içeren sorular (5 soru) ve partografa yönelik bilgi düzeyini belirlemeye yönelik (5 soru) sorulardır. Uygulama öncesinde kurumdan izin ve katılımcılardan sözel onam alınmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde, sayı yüzde dağılımları ve ki-kare önemlilik testleri kullanılmıştır.

BULGULAR

Hemşire ve ebelerin tanıtıcı özellikleri Tablo 1'de gösterilmiştir. Katılımcıların bireysel ve mesleki özellikleri incelendiğinde; %83'ünün 30 yaş altı grupta olduğu, %66'sının ebe kadrosunda bulunduğu, %54.7'sinin lisans mezunu olduğu belirlenmiştir. Ebe ve hemşirelerin %45.3'ünün 3-5 yıl arası süredir doğumhanede çalıştığı ve %24.5'inin doğumhanede çalışmayı kendilerinin tercih ettiği saptanmıştır (Tablo 1).

Hemşire ve ebelerin partograf kullanımına ilişkin bilgileri Tablo 2'de gösterilmiştir. Katılımcıların %58.5'inin daha önce hiç partograf kullanmadığı, %54.7'sinin partografla ilgili hiç eğitim almadığı, eğitim alanların ise en fazla bu eğitimi (%39.6) okulda aldığı, %75.5'inin kendisini partograf konusunda yeterli hissetmediği belirlenmiştir. Katılımcıların %49.1'inin her zaman partograf kullanılmasını gerekli gördüğü belirlenmiştir (Tablo 1).

Tablo 1. Hemşire ve Ebelerin Tanıtıcı Özellikleri

Değişkenler	Sayı	Yüzde (%)
Yaş grupları		
30 yaş ve altı	44	83.0
31 yaş ve üzeri	9	17.0
Kadro durumu		
Ebe	35	66.0
Hemşire	18	34.0
Eğitim durumu		
Sağlık meslek Lisesi	4	7.5
Ön lisans	15	28.3
Lisans	29	54.8
Yüksek lisans ve üzeri	5	9.4
Doğumhane çalışma yılı		
2 yıldan az	14	26.4
3-5 yıl	24	45.3
6 yıl ve üzeri	15	28.3
Doğumhanede çalışmayı kendisi isteme durumu		
İsteyen	13	24.5
İstemeyen	40	75.5
Toplam	53	100.0

Hemşire ve ebelerin partografa yönelik bilgileri Tablo 3'te gösterilmiştir. Katılımcıların %56.6'sı partografı doğum eyleminin ayrıntılı takibini sağlayan takip formu olarak nitelendirdikleri, %92.5'inin bu formu tüm sağlık ekibi üyelerinin (doktor, hemşire, ebe) kullanabileceğini ifade ettikleri ve %79.2'sinin partograf parametrelerini sıralayabildikleri belirlenmiştir. Katılımcıların %15,1'inin tüm doğum tiplerinde partograf kullanılmasını gerekli gördüğü ve %64,2'sinin formun kullanma zamanını doğru olarak ifade ettiği belirlenmiştir (Tablo 2).

Tablo 2. Hemşire ve Ebelerin Partograf Kullanımına İlişkin Bilgileri

Değişkenler	Sayı	Yüzde (%)
Şimdiye kadar hiç partograf kullanıp kullanmadığı		
Kullandım	22	41.5
Kullanmadım	31	58.5
Partograf kullanımı ile ilgili eğitim alma durumu		
Eğitim alan	24	45.3
Eğitim almayan	29	54.7
Partograf eğitimini nereden aldığı		
Eğitim almayanlar	29	54.7
Okuldaki dersler	21	39.6
Kendi çabası ile (kitap,dergi, internet, diğer arkadaşlar vb.)	3	5.7
Partograf konusunda kendini yeteli görme durumu		
Yeterli gören	13	24.5
Yeterli görmeyen	40	75.5
Sizce doğum eyleminde partograf kullanmak gerekli mi?		
Her zaman gerekli	26	49.1
Bazen gerekli	20	37.7
Gerekli değil	7	13.2
Toplam	53	100.0

Hemşire ve ebelerin partografa yönelik bilgileri Tablo 3'te gösterilmiştir. Katılımcıların %56.6'sı partografı doğum eyleminin ayrıntılı takibini sağlayan takip formu olarak nitelendirdikleri, %92.5'inin bu formu tüm sağlık ekibi üyelerinin (doktor, hemşire, ebe) kullanabileceğini ifade ettikleri ve %79.2'sinin partograf parametrelerini sıralayabildikleri belirlenmiştir. Katılımcıların %15,1'inin tüm doğum tiplerinde partograf kullanılmasını gerekli gördüğü ve %64,2'sinin formun kullanma zamanını doğru olarak ifade ettiği belirlenmiştir (Tablo 3).

Tablo 3. Hemşire ve Ebelerin Partografa Yönelik Bilgileri

Değişkenler	Sayı	Yüzde (%)
Partografı nasıl tanımladığı		
Doğum eyleminin ayrıntılı takibini sağlayan takip formu	30	56.6
Veri formu	13	24.5
Yanıtızsız	10	18.9
Partografı kimler kullanmalı		
Sadece ebeler	4	7.5
Ebeler, hemşireler ve doğum alanındaki doktorlar	49	92.5
Partografıta hangi parametrelerin değerlendirildiği		
Sadece anneye ait parametreler (ANTA, kontraksiyonlar, dilatasyon vb.)	8	15.1
Sadece fetüse ait parametreler (FKH, fetal başın inişi vb.)	3	5.7
Hem anne, hemde fetüse ait parametrelerin her ikisi	42	79.2
Partograf hangi tip doğumda kullanılmalıdır?		
Sadece normal doğumlarda kullanılmalı	35	66.0
Müdahaleli (vakum, forseps) doğumlarda kullanılmalı	10	18.9
Doğumların hepsinde kullanılmalı	8	15.1
Partograf ne zaman kullanılmalıdır?		
Doğum öncesi dönemde	13	24.5
Doğumun latent fazından itibaren ya da dilatasyon 4cm'den itibaren	34	64.2
Doğum sonu dönemde	6	11.3
Toplam	53	100.0

Katılımcıların partograf kullanma durumları ile doğum eyleminde partografin gerekliliği konusundaki görüşlerinin karşılaştırılması Tablo 4'te gösterilmiştir. Doğum eyleminde partografin gerekliliği ile partograf kullanma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır ($p < 0.05$).

Tablo 4. Katılımcıların Partograf Kullanma Durumları İle Doğum Eyleminde Partografin Gerekliliği Konusundaki Görüşlerinin Karşılaştırılması

Değişkenler	Partograf Kullanma Durumu						x ²	p
	Kullanan		Kullanmayan		Toplam			
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde		
Doğum eyleminde partografin gerekliliği								
Her zaman gerekli	22	86.4	4	15.4	26	100.0	x ² : 39.060	
Bazen gerekli	-	-	20	100.0	20	100.0		
Gerekli değil	-	-	7	100.0	7	100.0		p: 0.000

Katılımcıların partograf kullanımı ile ilgili eğitim alma durumları ile partograf konusunda kendini yeteli görme durumu ve doğum eyleminde partografin gerekliliği konusundaki görüşlerinin karşılaştırılması Tablo 5'te gösterilmiştir. Katılımcıların partograf kullanımı ile ilgili eğitim alma durumları ile partograf konusunda kendini yeterli görme durumu ve doğum eyleminde partografin gerekliliği konusundaki görüşleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır (p<0.05). Farkı yaratan grubun daha önce partograf kullanımı ile ilgili eğitim alan ebe ve hemşireler olduğu görülmüştür.

Tablo 5. Katılımcıların Partograf Kullanımı İle İlgili Eğitim Alma Durumları İle Partograf Konusunda Kendini Yeteli Görme ve Doğum Eyleminde Partografin Gerekliliği Konusundaki Görüşlerinin Karşılaştırılması

Değişkenler	Eğitim Alma Durumu						x ² p
	Alan		Almayan		Toplam		
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	
Partograf konusunda kendini yeteli görme durumu							
Yeterli gören	13	100.0	-	-	13	100.0	x ² : 20.814
Yeterli görmeyen	11	27.5	29	72.5	40	100.0	p: 0.000
Doğum eyleminde partografin gerekliği							
Her zaman gerekli	24	92.3	2	7.7	26	100.0	x ² : 45.549
Bazen gerekli	-	-	20	-	20	100.0	p: 0.000
Gerekli değil	-	-	7	100.0	7	100.0	

TARTIŞMA

Bir özel dal eğitim araştırma hastanesinin doğumhane servisinde çalışan ebe ve hemşirelerin partograf kullanımı ve partografin gerekliğine yönelik görüşlerinin belirlenmesi amacıyla yapılan bu çalışmada, katılımcıların %58.5'inin daha önce hiç partograf kullanmadığı, %54.7'sinin partografla ilgili hiç eğitim almadığı, eğitim alanların ise en fazla bu eğitimi (%39.6) okulda aldığı, %75.5'inin kendisini partograf konusunda yeterli hissetmediği belirlenmiştir. Katılımcıların %49.1'inin her zaman partograf kullanılmasını gerekli gördüğü belirlenmiştir (Tablo 2). Doğum eylemi sırasında kullanmak hem anne hem de bebeğin durumunun düzenli olarak değerlendirilmesini ve uzamış eylemlerinin erken dönemde fark edilmesini sağlayan partografin, ebe ve hemşirelerin yarısının kullanmıyor olması düşündürücüdür. Ayrıca, katılımcıların yarısının partografla ilgili eğitim almamış olması ve dörtte üçünün kendisini partograf konusunda yeterli hissetmediğini belirtmesi de, katılımcıların bu konuda bilgi ve eğitim gereksinimleri olduğunu gösterebilir. Literatürde de, çalışma bulgusu ile benzerlik gösteren çalışmalar yer almaktadır. Modares ve ark. çalışmasında , ebelerin %69.8'inin partograf konusunda bilgisi olmadığı saptanmıştır (6).

Ogwang ve ark. çalışmasında, ebelerin ve doğum doktorlarının partograf kullanım oranı %69.9 olarak bulunmuştur (8). Nytemma ve ark. çalışmasında da, pek çok sağlık birimde partograf bulunmasına rağmen kullanım oranının düşük olduğu saptanmıştır (9). Orji ve arkadaşlarının geliştirmekte olan bir ülkede yaptıkları bir çalışmada ise periferel sağlık merkezindeki sağlık çalışanlarının %98.2sinin daha önce partograf kullanmadığı belirlenmiştir (10). Bu sonuçlara göre partograf kullanımının gelişmiş ülkelerde daha fazla olduğu söylenebilir.

Hemşire ve ebelerin %56.6'sının partograf doğum eyleminin ayrıntılı takibini sağlayan takip formu olarak nitelendirdikleri, %92.5'inin bu formu tüm sağlık ekibi üyelerinin (doktor, hemşire, ebe) kullanabileceğini ifade ettikleri ve %79.2'sinin partograf parametrelerini sıralayabildikleri belirlenmiştir. Katılımcıların %15.1'inin tüm doğum tiplerinde partograf kullanılmasını gerekli gördüğü ve %64.2'sinin formun kullanma zamanını doğru olarak ifade ettiği belirlenmiştir (Tablo 3). Katılımcıların, partografın tüm sağlık ekibi tarafından kullanılması gerektiğini ve çoğunun parametreleri sayabilmelerine rağmen, partograf kullanmanın her zaman gerekli olmadığını belirtmeleri düşündürücüdür. Bu bulgu, ebe ve hemşirelerin partograf kullanımını mesleki uygulamalarda içselleştirmediklerini ve eğitimleri sırasında partograf kullanımının gerekliliği konusunda daha çok durulması gerektiğini düşündürülebilir.

Katılımcıların doğum eyleminde partografın gerekliliği ile partograf kullanma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır ($p<0.05$) (Tablo 4). Farkı yaratan grubun, daha önce partograf kullanan ebe ve hemşireler olduğu görülmüştür. Bu sonuç, daha önce partograf kullanan ebe ve hemşirelerin partografın doğum eylemi sırasında anne ve bebeğin takibinde ve doğum sürecinin kontrolünde sağladığı kolaylıkların partograf kullanımının gerekliliğine olan inançlarını etkilediği söylenebilir. Orji'nin çalışmasında (2008), partograf kullanımının doğum sürecinin takibinde kolaylık sağladığı ve doğum sürecinin değerlendirilmesinde kullanılmasının önerildiği belirtilmektedir (10).

Katılımcıların partograf kullanımı ile ilgili eğitim alma durumları ile partograf konusunda kendini yeterli görme durumu ve doğum eyleminde partografın gerekliliği konusundaki görüşleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0.05$) (Tablo 5). Farkı yaratan grubun daha önce partograf kullanımı ile ilgili eğitim alan ebe ve hemşireler olduğu görülmüştür. Eğitimin partograf kullanımını etkilediğini gösteren bir çok çalışma vardır. Modares ve ark. çalışmasında, partograf kullanımı konusunda verilen eğitimin ebelerin bakım kalitesinde etkili olduğu saptanmıştır (6). Fatusi ve arkadaşlarının

çalışmasında da, sağlık çalışanlarının partograf kullanımlarını arttırmak amacıyla verilen eğitim programının etkili olduğu ve eğitim sonrasında sağlık çalışanlarının verilen eğitimi yararlı buldukları ve partograf kullanım oranlarının artmış olduğu görülmüştür (11). Orji ve ark. çalışmasında ise partograf kullanımı ile ilgili verilen eğitimin, bakım sonuçlarında olumlu etkilerinin olduğu saptanmıştır (10). Nytemma ve ark. çalışmasında da, partograf kullanımı ile ilgili eğitim olmamasının ya da yetersizliğinin partografin etkili kullanılmamasında ya da az kullanılmasında etkili olduğu belirtilmiştir (9). Fahdhy ve ark. çalışmasında ise ebelerin eğitim öncesinde partograf kullanımlarının istendik düzeyde olmadığı, eğitim sonrasında partograf kullanımlarında artış olduğu saptanmıştır (12).

SONUÇ ve ÖNERİLER

Bir özel dal eğitim araştırma hastanesinin doğumhane servisinde çalışan ebe ve hemşirelerin partograf kullanımı ve etkinliğine yönelik görüşlerinin belirlenmesi amacıyla gerçekleştirilmiş olan bu çalışmada, katılımcıların yarıdan fazlasının (%58.5) daha önce hiç partograf kullanmadığı ve partografla ilgili hiç eğitim almadığı (%54.7) ve kendisini partograf konusunda yeterli hissetmediği (%75.5) belirlenmiştir. Katılımcıların yarıdan fazlasının partografı doğum eyleminin ayrıntılı takibini sağlayan takip formu olarak gördükleri, tamamına yakınının bu formu tüm sağlık ekibi üyelerinin (doktor, hemşire, ebe) kullanabileceğini ifade ettikleri, büyük çoğunluğunun partograf parametrelerini sıralayabildikleri, yaklaşık yarısının her zaman partograf kullanılmasını gerekli gördüğü ve yarıdan fazlasının formun kullanma zamanını doğru olarak ifade ettiği belirlenmiştir (Tablo 2). Katılımcılardan daha önce partograf kullananların, partograf kullanımı ile ilgili eğitim alanların, partograf konusunda kendini yeterli görenlerin, doğumhanede 2 yıldan az süredir çalışan ve ebe kadrosunda olan katılımcıların doğum eyleminde partografin gerekliliğine daha fazla inandıkları saptanmıştır. (Tablo 3, Tablo 4, Tablo 5).

Bu sonuçlar doğrultusunda;

- Ebelik eğitimi alan öğrencilerin teorik derslerde partograf kullanımı ve sağladığı yararlar konusunda bilgilendirilmeleri ve doğum uygulamalarında da mutlaka partograf kullanımları desteklenmeli,
- Mezuniyet sonrasında doğumhanede çalışacak olan ebelerin partograf konusunda bilgilerinin değerlendirilmesi ve hizmet içi eğitim kapsamında partograf kullanımı konusunda bilgilendirilmelerinin sağlanması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

1. Karcaaltıncaba D, Abay Ş. Doğum İzleminde Partograf Kullanımı. Acil Obstetrik Bakım Klinisyen Eğitimi Katılımcı Rehberi. Ankara. 2007; s:77-88.
2. Bayram GO. Evde Doğumlarda Ebelik Bakımı, Ebenin Rol ve Sorumlulukları. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi 2009; 2(2):104-111.
3. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü (2009). Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, 2008.
4. Sivri Aydın D, Yayla M. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması Sonuçlarının Antenatal Bakım, Fetal Perinatal ve Neonatal Prognoz Yönünden İrdelenmesi. Perinatoloji Dergisi 2010; 18(3):85-91.
5. Theron GB. Effect of the Maternal Care Manual of the Perinatal Education Programme on the Ability of Midwives to Interpret Antenatal Cards and Partograms. J. Perinatol 1999; 19:432-435.
6. Modares M. et all. The Effect of Education on the Use of Partogram to Control the Quality of Care Offered by Midwives. Research Journal of Biological Sciences 2009; 4(2): 152-156.
7. Carolynn A. et all. Midwives As Primary Care Providers. J. Midwifery Womens Health 2000; 45(1):81-83.
8. Ogwang S, Karyabakabo Z, Rutebemberwa E. Assesment of Partogram Use During Labour in Rujumbura Health Sub District, Rukungiri District, Uganda. African Health Sciences 2009; 9(1):27-34.
9. Nyamtema AS, Urassa DP, Massawe S, Massawe A, Lindmark G and Van Roosmalen J. Partogram Use in the Dar es Salaam Perinatal Care Study. International Journal of Gynaecology and Obstetrics 2008; 100:37- 40.
10. Orji E. Evaluating Progress of Labor in Nulliparas and Multiparas Using the Modified WHO Partograph. International Journal of Gynecology and Obstetrics 2008; 102:249-252.
11. Orji EO, Fatusi AA, Makinde NO, Adayemi BA, Onwudiegwu U. Impact of Training on the Use of Partograph on Maternal and Perinatal Outcome in Peripheral Health Centers. J Turkish-German Gynecol Assoc, Turkish-German Gynecol Assoc 2007; 8(2):148-152.

12.Fahdhy M, Chongsuvivatwong V. Evaluation of World Health Organization Partograph Implementation by Midwives for Maternity Home Birth in Medan, Indonesia. Midwifery 2005; 21:301-310.

KADINLARDA UYKU SORUNLARININ MENOPOZ İLE İLİŞKİSİ*

Menekşe Nazlı ULUSOY¹, Kamile KUKULU²

ÖZET

Bu çalışma, kadınlarda uyku sorunları ve menopozal durum ilişkisini saptamak amacıyla yapılmıştır. Tanımlayıcı türde bir kayıt araştırmasıdır. PubMed veritabanında “menopause and sleep disturbance” anahtar kelimeleri girilerek makaleler taranmıştır. 2007-2011 yılları arasında yayınlanmış 135 makale örneklemini oluşturmuştur. 135 makale arasından, konuyla ilişkili, araştırma makalesi olan ve özet metnine ulaşılabilen 25 araştırma, örneklemini oluşturmuştur.

Birçok çalışmada postmenopozal dönemdeki kadınların uyku sorunları yaşadıkları görülmüştür. Uyku sorunları; uykusuzluk, uykuya dalma süresinde uzama, derin uykuda azalma, uyuma güçlüğü, uyanmalar, uyku süresinde kısalma, uyku verimliliğinde azalma, uyuduktan sonra uyanık kalma süresinde uzama, gündüz uykulu olma sıklığında artma, obstrüktif uyku apnesi sendromu riskinde artma şeklinde görülmektedir. Bunun yanı sıra uyku sorunlarının menopozla ilişkisi olmadığı da bildirmektedir. Bu araştırmalar; toplam uyku yoksunluğu, toplam uyku süresi, uykuya dalmada güçlük, uyku bölünmeleri ve horlamanın menopozdan bağımsız olduğunu göstermektedir.

Kadında postmenopozal dönemdeki sıcak basmaları; uykusuzluk, gece uyuyamama ve uyku bölünmelerine neden olmaktadır. Bir çalışma; menopozal geçiş döneminde sıcak basmalarıyla uykusuzluğu ilişkilendirmemiştir. Bazı çalışmalarda ise; kadınlarda uyku bozukluğu, vazomotor semptomlara bağlı değil, depresyona sekonder olarak geliştiği ileri sürülmüştür.

Postmenopozal dönemde kadınlarda uyku sorunları daha sık görülmektedir. Postmenopozal dönemde uyku sorunları vazomotor semptomlar ya da depresif duygu durumu ile ilişkilendirilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Menopoz Sonrası, Uyku Bozuklukları, Hemşirelik

*9-13 Mayıs 2012 ‘de Antalya’da düzenlenen 10. Ulusal Jinekoloji ve Obstetrik Kongresi’nde poster bildiri olarak sunulmuştur.

¹ Öğr. Gör. Selçuk Üniversitesi Akşehir Kadir Yallagöz Sağlık Yüksek Okulu.

² Prof. Dr. Akdeniz Üniversitesi Antalya Sağlık Yüksek Okulu.

İletişim/ Corresponding Author: Kamile KUKULU
Tel: 0 242 3106103 **e-posta:** kkamile@akdeniz.edu.tr

Geliş Tarihi / Received : 23.10.2012
Kabul Tarihi / Accepted : 07.02.2013

RELATIONSHIP BETWEEN MENOPAUSE AND SLEEP PROBLEMS

ABSTRACT

This study carried out for determination the relationship between women's sleep problems and menopausal status.

This study was planned as a descriptive and survey research. This study was done by searching with key word "menopause and sleep disturbance" researches on Pub Med. The sample of study was composed of 135 abstracts of researches between 2007 and 2011. This research was carried out by examination of 25 research abstracts (relevant to the subject, research article, have abstract) from 135 researches.

Many studies showed postmenopausal women have sleep problems. Sleep problems seen in the form of insomnia, prolonged sleep latency, deep sleep decreases, difficulty sleeping, awakenings, shorter sleep time, decreased sleep efficiency, more wake time after sleep onset, increased daytime sleepiness, increased risk of obstructive sleep apnea syndrome. In addition, some researchers have reported sleep problems not related to menopause. This researches, shows total sleep deprivation, total sleep duration, difficulty falling asleep, snoring and sleep fragmentation is independent of menopause.

Postmenopausal women's hot flashes, cause insomnia, nighttime wakefulness and sleep disruptions. In one study, the period of transition to menopause is not associated insomnia with hot flashes. In some studies, have been proposed sleep disorders at women, is not associated with vasomotor symptoms, develop secondary to depression.

Sleep problems are more common in women with postmenopausal period. The postmenopausal period, sleep problems associated with vasomotor symptoms or depressive mood.

Key Words: Postmenopausal, Sleep Disorders, Nursing

GİRİŞ

Uyku gereksinimi, hemşirelik kuramcıları tarafından temel bakım problemleri arasına alınmakta ve uyku ile ilgili problemler hemşirelik literatüründe bir hemşirelik tanısı olarak yer almaktadır. Hemşirelik kuramcılarından Henderson, hemşirelerin uyku gereksinimi ile ilgili işlevini "hastanın uyku ve dinlenmesine yardım etmek" olarak ifade etmiştir. Uyku gereksinimi, Henderson'a göre temel insan gereksinimleri arasında beşinci sırada ve Abraham Maslow'un temel insan gereksinimleri piramidinde fizyolojik gereksinimler arasında yer almaktadır. Roper, Logan ve Thirney de 12 günlük yaşam aktivitesi arasında uyku alışkanlığına yer vermiştir. Dinlenme örüntüsünün nitelik ve niceliğinde rahatsızlığa yol açan ya da yaşam şeklini etkileyen bir durum olarak tanımlanan "uyku örüntüsünde rahatsızlık" yaşam kalitesini de etkileyen ve NANDA'nın (North American Nursing Diagnosis Association) belirlediği hemşirelik tanıları arasında yer alan önemli bir hemşirelik tanısıdır (1,2,3).

Menopoz, kadın hayatında fiziksel, psikolojik ve sosyal değişimlerin yaşandığı ve bazı sağlık sorunlarının ortaya çıktığı yaşam evrelerinden en uzun olanıdır (4). Klimakteriumda kadının yaşam kalitesi ve psikolojik durumunu dolayısıyla da sağlığını etkileyen önemli belirtilerden birisi de uyku sorunlarıdır (5). Menopoz döneminde uykusuzluk prevalansının arttığı bildirilmektedir (6).

Bu araştırma, kadınlarda uyku sorunları ile menopozal durum ilişkisini saptamak amacıyla 2007- 2011 yılları arasında yapılmış araştırmaların incelenmesiyle yapılmış, tanımlayıcı türde bir kayıt araştırmasıdır.

MATERYAL ve METOT

Bu çalışma, Ocak 2012'de Pub Med üzerinden "menopause AND sleep disturbance" anahtar kelimeleri girilerek 2007-2011'de bu konuda yayınlanmış olan makalelerin taranması şeklinde yapılmış tanımlayıcı bir araştırmadır. Araştırmanın güncel sonuçlara ulaşabilmesi amacıyla, son beş yılda yayınlanan çalışmalar, araştırmaya dahil edilmiştir. Literatür incelemesi ile Pubmed veritabanında "menopause AND sleep disturbance" anahtar kelimeleri kullanılarak 355 makaleye ulaşılmıştır. 2007- 2011 yılları arasında yayınlanmış 135 makale arasından, toplam 110 makale (29 derleme, 3 olgu araştırması, 70'i konu dışı, 8 özet metni yok) araştırma dışında bırakılmıştır. Araştırma makalesi olan ve özet metnine ulaşılabilen 25 araştırma, araştırmanın örneklemini oluşturmuştur.

Araştırma incelemelerinin sadece özet metinler üzerinden yapılması, taramanın sadece Pub-Med üzerinden yapılması, araştırmanın sınırlılıklarıdır.

BULGULAR

Araştırmaların %44'ünün 2009 yılında yayınlandığı, %48'inin örneklem grubunun orta ve/veya ileri yaş kadınlar olduğu ve %96'sının betimleyici tipte yapıldığı saptanmıştır (Tablo 1).

Tablo 1. Menopoz Ve Uyku Sorunları Araştırmalarının Bazı Değişkenlere Göre Dağılımı

	n	%
Basım Yılı		
2011	2	8
2010	7	28
2009	11	44
2008	4	16
2007	1	4
Örneklem Grubu		
Genç, orta ve ileri yaş kadınlar	1	4
Orta ve/veya ileri yaş kadınlar	12	48
Uyku şikayeti olan kadınlar	3	12
Orta ve /veya ileri yaş kadınlar ve erkekler	3	12
Postmenopozal kadınlar	6	24
Araştırma Tipi		
Deneysel	1	4
Betimleyici		
Retrospektif	2	8
Kesitsel	22	88

Menopoz sonrası kadınlarda uyku bozukluğu sıklığı artmaktadır (7). Bu bulgu destekleyen çalışmalar, aşağıdaki gibidir:

- Uykusuzluk, mensturasyon olup olmaması ile ilişkilendirilmiştir (8).
- Postmenopozal kadınların %45.7'sinde uykusuzluk görülmektedir (9).
- Uykusuzluk, en sık görülen üç menopozal semptom arasında yer almaktadır (10).
- Uyuma güçlüğü menopoz sonrasında artmaktadır (11).
- Menopozda uykuya dalma süresinde uzama ve derin uykuda azalma görülmüştür (12).
- Menopozla birlikte, orta yaş kadınlarda insomnia ve uyku sorunları başlamaktadır (13).

• Cerrahi menopoza girmiş kadınların %25'i uyuma güçlüğü nedeniyle tedaviye başvurmuştur (14).

• Premenopozal dönemde, menstural siklus düzensizliği olan kadınlarda daha sık uyku sorunları görülmüştür. Bu kadınlarda artmış hafif uyku evresi ve uyanmalar bildirilmiştir (15).

• Pre ve post menopozal dönemde olan kadınlarda uyku süresi aynı, ancak genç kadınlardan daha kısadır. Uyku verimliliği de benzer özellik göstermektedir. Pre ve post menopozal dönemde olan kadınlarda daha az yavaş dalga uykusu vardır ve uyuduktan sonra uyanık kalma süresi daha uzundur. Menopoz sonrası uykusuzluk şikayeti daha sıktır (16).

• Hachul ve arkadaşlarının 2009'da yaptığı çalışmaya göre uykulu halde olma geç menopozal evrede, erken menopozal evreye göre daha sıktır (17). Benzer şekilde; postmenopozal durumda olma, gündüz uykulu olma sıklığını artırmaktadır (18).

• Menopoz, obstrüktif uyku apnesi sendromu riskini artırmaktadır (19,20,21).

Bunların yanı sıra farklı bulguları bildiren çalışmalar da bulunmaktadır:

• Kadınlarda yaşlanma ile birlikte toplam uyku yoksunluğu değişiklik göstermez (22).

• Toplam uyku süresi menopozal duruma göre değişiklik göstermemektedir. Uyku sorunları ve kötü uyku kalitesi, postmenopozal kadınlarda en yaygın sorun iken premenopozal kadınlarda en az yaygın olan sorundur. Uykuya dalmada güçlük ve uyku bölünmelerinin menopozal statüden bağımsız olduğu saptanmıştır (23).

• Menopoz, horlamanın risk faktörleri arasında belirtilmemiştir (24).

Sağlıklı postmenopozal kadınlarda; sıcak basması şiddetine göre değişiklik gösteren biçimde uykusuzluk, gece uyuyamama ve uyku bölünmeleri görülmektedir (25,26). Hachul ve ark.'a göre ise menopoz sonrasında sıcak basmaları uykusuzlukla ilişkili iken, menopozal geçiş döneminde sıcak basmaları ile uykusuzluk ilişkilendirmemiştir (27). Bazı araştırmalar göre ise kadınlarda uyku bozukluğu, vazomotor semptomlarla ilişkili olmaksızın, depresyona sekonder olarak gelişmektedir (28,29). Bir çalışmada ise iki görüşü de destekler nitelikte; vazomotor semptomların, postmenopozal dönemdeki kadında uykusuzluğa neden olduğu, bu duruma depresyon da eklendiğinde uykusuzluğun daha sık görüldüğü belirtilmektedir (30). Brown ve arkadaşları da depresif duygu durumunun, uyku bozuklukları gibi birçok menopozal semptom sıklığını artırdığını bildirmektedir (31).

SONUÇ VE ÖNERİLER

Yapılan araştırmaların sonuçları, postmenopozal dönemde kadınlarda uyku sorunlarının daha sık görüldüğünü göstermektedir. Çalışmalar, postmenopozal dönemde uyku sorunlarını vazomotor semptomlar ya da depresif duygu durumu ile ilişkilendirmiştir. Postmenopozal dönemdeki kadınlara bütüncül bakım verebilmek için uyku sorunlarının değerlendirilmesinin önem kazandığı; postmenopozal dönemde olup, vazomotor semptom ve depresif duygu durumu olan kadınlara uyku sorunları açısından öncelik verilmesi gerektiği düşünülmektedir.

KAYNAKLAR

1. Çakırcalı E. Hasta Bakımı Ve Tedavisinde Temel İlke Ve Uygulamalar. 3. Baskı, E.Ü Basımevi, İzmir, 2000. 25-36.
2. Potter AP, Perry AG. Basic Nursing Essential For Practice. 5th Ed. England: Mosby; 2003. Pp: 689-706.
3. Roper N, Logan WW, Tierney AJ. Applying The Roper, Logan, Tierney Model In Practice. Second Ed. Philadelphia, Churchill Livingstone, 2012. Pp:416-52.
4. Timur S, Şahin NH, Menopoz Ve Uyku, Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim Ve Sanatı Dergisi, 2010; 3(3):61-7.
5. Derman S. Menopoz Ve Uyku Bozuklukları. Editör: Atasü T. Menopoz, Tedavisi Ve Kanseri. Nobel Tıp Kitabevleri; İstanbul, 2001. 137-50.
6. Krishnan V, Collop NA. Gender Differences In Sleep Disorders. Current Opinion In Pulmonary Medicine. 2006, 12: 383-9.
7. Timur S, Sahin NH. Effects Of Sleep Disturbance On The Quality Of Life Of Turkish Menopausal Women: A Population-Based Study. Maturitas. 2009, 20;64(3):177-81.
8. Ishizuka B, Kudo Y, Tango T. Cross-Sectional Community Survey Of Menopause Symptoms Among Japanese Women. Maturitas. 2008, 20;61(3):260-7.
9. Pérez JA, Garcia FC, Palacios S, Pérez M. Epidemiology Of Risk Factors And Symptoms Associated With Menopause In Spanish Women. Maturitas. 2009, 20;62(1):30-6.
10. Yang D, Haines CJ, Pan P, Zhang Q, Sun Y, Hong S, Tian F, Bai B, Peng X, Chen W, Yang X, Chen Y, Feng H, Zhao S, Lei H, Jiang Z, Ma X, Liao W. Menopausal Symptoms In Mid-Life Women İn Southern China. Climacteric. 2008;11(4):329-36.
11. Berecki-Gisolf J, Begum N, Dobson AJ. Symptoms Reported By Women İn Midlife: Menopausal Transition Or Aging? Menopause. 2009;16(5):1021-9.

12. Bixler EO, Papaliaga MN, Vgontzas AN, Lin HM, Pejovic S, Karataraki M, Vela-Bueno A, Chrousos GP. Women Sleep Objectively Better Than Men And The Sleep Of Young Women Is More Resilient To External Stressors: Effects Of Age And Menopause. *J Sleep Res.* 2009;18(2):221-8.

13. Xu M, Bélanger L, Ivers H, Guay B, Zhang J, Morin CM. Comparison Of Subjective And Objective Sleep Quality In Menopausal And Non-Menopausal Women With Insomnia. *Sleep Med.* 2010; 12(1):65-9.

14. Hickey M, Emery LI, Gregson J, Doherty DA, Saunders CM. The Multidisciplinary Management Of Menopausal Symptoms After Breast Cancer: A Unique Model Of Care. *Menopause.* 2010;17(4):727-33.

15. Hachul H, Andersen ML, Bittencourt LR, Santos-Silva R, Conway SG, Tufik S. Does The Reproductive Cycle Influence Sleep Patterns In Women With Sleep Complaints? *Climacteric.* 2010;13(6):594-603.

16. Kalleinen N, Polo-Kantola P, Himanen SL, Alhola P, Joutsen A, Urrila AS, Polo O. Sleep And The Menopause - Do Postmenopausal Women Experience Worse Sleep Than Premenopausal Women? *Menopause Int.* 2008;14(3):97-104.

17. Hachul H, Bittencourt LR, Soares JM Jr, Tufik S, Baracat EC. Sleep In Post-Menopausal Women: Differences Between Early And Late Post-Menopause. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2009;145(1):81-4.

18. Chedraui P, Pérez-López FR, Mendoza M, Leimberg ML, Martínez MA, Vallarino V, Hidalgo L. Factors Related To Increased Daytime Sleepiness During The Menopausal Transition As Evaluated By The Epworth Sleepiness Scale. *Maturitas.* 2010;65(1):75-80.

19. Kapsimalis F, Kryger M. Sleep Breathing Disorders In The U.S. Female Population. (*J Womens Health (Larchmt).* 2009;18(8):1211-9.

20. Joffe H, Soares CN, Thurston RC, White DP, Cohen LS, Hall JE. Depression Is Associated With Worse Objectively And Subjectively Measured Sleep, But Not More Frequent Awakenings, In Women With Vasomotor Symptoms. *Menopause.* 2009;16(4):671-9.

21. Tufik S, Santos-Silva R, Taddei JA, Bittencourt LR. Obstructive Sleep Apnea Syndrome In The Sao Paulo Epidemiologic Sleep Study. *Sleep Med.* 2010; 11(5):441-6.

22. Urrila AS, Stenuit P, Huhdankoski O, Kerkhofs M, Porkka-Heiskanen T. Psychomotor Vigilance Task Performance During Total Sleep Deprivation In Young And Postmenopausal Women. *Behav Brain Res.* 2007, 4;180(1):42-7.

23. Cheng MH, Hsu CY, Wang SJ, Lee SJ, Wang PH, Fuh JL. The Relationship Of Self-Reported Sleep Disturbance, Mood, And Menopause In A Community Study. *Menopause*. 2008;15(5):958-62.

24. Nagayoshi M, Yamagishi K, Tanigawa T, Sakurai S, Kitamura A, Kiyama M, Imano H, Ohira T, Sato S, Sankai T, Iso H; CIRCS Investigators. Risk Factors For Snoring Among Japanese Men And Women: A Community-Based Cross-Sectional Study. *Sleep Breath*. 2011;15(1):63-9.

25. Ensrud KE, Stone KL, Blackwell TL, Sawaya GF, Tagliaferri M, Diem SJ, Grady D. Frequency And Severity Of Hot Flashes And Sleep Disturbance In Postmenopausal Women With Hot Flashes. *Menopause*. 2009;16(2):286-92.

26. Arakane M, Castillo C, Rosero MF, Peñafiel R, Pérez-López FR, Chedraui P. Factors Relating To Insomnia During The Menopausal Transition As Evaluated By The Insomnia Severity Index. *Maturitas*. 2011;69(2):157-61.

27. Hachul H, Brandão Lde C, Bittencourt LR, D'Almeida V, Andersen ML, Baracat EC, Tufik S. Clinical Profile Of Menopausal Insomniac Women Referred To Sleep Laboratory. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2009;88(4):422-7.

28. Joffe H, Petrillo L, Viguera A, Koukopoulos A, Silver-Heilman K, Farrell A, Yu G, Silver M, Cohen LS. Eszopiclone Improves Insomnia And Depressive And Anxious Symptoms In Perimenopausal And Postmenopausal Women With Hot Flashes: A Randomized, Double-Blinded, Placebo-Controlled Cross Over Trial. *Am J Obstet Gynecol*. 2010; 202(2):171.

29. Terauchi M, Obayashi S, Akiyoshi M, Kato K, Matsushima E, Kubota T. Insomnia In Japanese Peri- And Postmenopausal Women. *Climacteric*. 2010;13(5):479-86.

30. Zervas IM, Lambrinouadaki I, Spyropoulou AC, Koundi KL, Voussoura E, Tzavara C, Verdeli H, Aravantinos L, Creatsa M, Paparrigopoulos T. Additive Effect Of Depressed Mood And Vasomotor Symptoms On Postmenopausal Insomnia. *Menopause*. 2009;16(4):837-42.

31. Brown JP, Gallicchio L, Flaws JA, Tracy JK. Relations Among Menopausal Symptoms, Sleep Disturbance And Depressive Symptoms In Midlife. *Maturitas*. 2009, 20;62(2):184-9.

SAĞLIK YÜKSEKOKULU ÖĞRENCİLERİNİN DEPRESYON DÜZEYLERİNİ ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN İNCELENMESİ

Havva KAÇAN SOFTA¹ Sümeyra KAYA²

ÖZET

Bu çalışma Sağlık Yüksekokulu Öğrencilerinin depresyon düzeyleri ve bunu etkileyen faktörlerin incelenmesi amacıyla planlanmış tanımlayıcı tipte bir araştırmadır. Araştırmacının Evrenini 334 öğrenci oluşturmuştur. 2011-2012 Eğitim Öğretim yılı 1. ve 4. Sınıf Hemşirelik Bölümünde öğrenim gören 199 öğrenciden oluşmuştur. Araştırma verileri, öğrencilerin tanıtıcı özelliklerini içeren anket formu ve depresyon düzeyini belirlemede Beck Depresyon Envanteri (BDE) kullanılarak toplanmıştır. Verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metodlar (Sayı, Yüzde, Ortalama, Standart sapma) ile Kruskal Wallis H-Testi, Mann Whitney U testleri yapılmıştır. Araştırmaya katılan öğrencilerin %79,0'u kız, %21,0'i erkek, %47,9'u 1.sınıf, %50,3'ü 4. sınıf öğrencisidir. 18-21 yaş aralığındaki hemşire adaylarının depresyon puanı 11.80 ± 8.921 , 22-25 yaş aralığındaki hemşire adaylarının depresyon puanından 10.27 ± 9.780 yüksektir. Araştırmaya katılan hemşire adaylarının depresyon düzeyi ortalaması 11.097 ± 9.334 olarak bulunmuştur. Yapılan istatistiksel analiz sonucunda sınıf, cinsiyet, kardeş sayısı, yaşamda sosyal olma durumu, ekonomik durum, ailede psikiyatrik bir bireyin olma durumu ile depresyon düzeyi arasında anlamlı ilişki bulunmuştur ($p < 0,05$). Çalışmamızda öğrencilerin %25,0'inin depresyon açısından risk altında olduğu saptanmıştır ve diğer çalışmalarla benzerlik göstermektedir. Öğrencilere yönelik koruyucu ruh sağlığı programları geliştirilmeli ve yaygınlaştırılmalıdır.

Anahtar Sözcükler : Depresyon, Hemşirelik Öğrencileri, Sosyo-demografik Veriler

¹Kastamonu Üniversitesi Fazıl Boyner Sağlık Yüksekokulu Öğretim Görevlisi

İletişim/ Corresponding Author: Havva KAÇAN SOFTA

Geliş Tarihi /Received: 03.07.2012

Tel: 05057753893 **e-mail:** kacanbe@hotmail.com

Kabul Tarihi / Accepted: 03.04.2013

THE INVESTIGATION OF FACTORS AFFECTING THE HEALTH FACULTY STUDENTS' DEPRESSION LEVELS

ABSTRACT

This study is a descriptive research, which was planned to analyse the health faculty students' depression levels and the factors affecting them. 199 people, studying in the 1st and the 4th classes of the department of nursing in 2011-2012 academic year, constitute the population. The data of the research was collected by using a questionnaire form including informative characteristics of the students and Beck's Depression Inventory (BDI) for specifying their depression levels. Descriptive statistical methods (Quantity, Percentage, Average, Standard Deviation), H-test of Kruskal Wallis and U-test of Mann Whitney were used while evaluating the data. 79,0% of the students who participated the research were female, 21,0% of them were male. 47,9% of the students were freshmen, 50,3% of them were seniors. The depression score of the nurse nominees at the age range of 18-21 ($11,80 \pm 8,921$) was higher than the depression score of the nurse nominees at the age range of 22-25 ($10,27 \pm 9,780$). The average of the depression level of the nurse nominees who participated the research was detected as depression score at $11,097 \pm 9,334$. As a consequence of the statistical analysis, a significant relation between grade, sex, number of siblings, case of being social in life, economic condition, case of having a psychiatric patient in the family and the depression level was found ($p < 0,05$). In our study, it's detected that 25,0% of the students were at risk in terms of depression and this resembles to other studies. Protective mental health programmes oriented to students should be enhanced and generalized.

Keywords: Depression , Students Of Department Of Nurse, Socio-Demographic, Data

GİRİŞ

Üniversite yılları gençlerin erişkinliğe geçiş yıllarıdır. 18-25 yaş arasındaki üniversite öğrencilerinin yetişkinliğe geçiş dönemindeki gelişimsel süreçlerinin yanı sıra üniversite yaşamı, bu öğrencilerin birçok yeni akademik, kişisel ve sosyal yaşantıları, deneyimleri önemli bir süreç olarak nitelendirilebilir. Bu süreçte öğrenciler, birçok alanda stres yaşamaktadırlar. Bu dönemde gençlerin ilişkilerinin çok hızlı değişim gösterdiği bilinmektedir. Özellikle üniversitede okuma şansı elde edenler, üniversiteyi kazanma sevincinin yanı sıra; aileden ayrılma, yeni çevre ve arkadaş edinme, yalnız kalma korkusu, ekonomik güçlükler, yurt hayatına alışma, gelecekteki mesleği ve çalışma hayatı ile ilgili kaygı gibi birçok sorunla da yüz yüze kalır. Bu sosyal, kültürel ve ekonomik değişiklik gençleri ruhsal açıdan olumsuz etkileyebilir (1).

Üniversite öğrencileri arasında yapılan araştırmalarda, bu grubu tehdit eden en önemli ruhsal bozukluğun depresyon olduğu belirtilmektedir. Gençlerde depresyon, en çok görülen, psiko-sosyal ve akademik işlevlerde ciddi düzeyde bozulmalara yol açan ve gelişimsel sorunların aşılmasını engelleyen ruhsal bozukluklardan biridir (2). Depresyon yaygın, yüksek kronikleşme ve yinleme oranı, önemli intihar riski ve işgücü kaybı oluşturması nedeniyle ciddi bireysel ve toplumsal bir sağlık sorunudur (3). Özetle depresyon, kişinin sosyal ilişkilerini, akademik başarısını, meslekî başarısını, yani hayat kalitesini örseleyen ciddi bir rahatsızlıktır. Çocuk ve ergenin tembel, mutsuz, umarsız ve geçimsiz bir birey olmasına yol açar. Toplumda iş gücünü, üretkenliği büyük oranda engeller. Zararlı alışkanlıkların kazanılmasını kolaylaştırır. İntihar teşebbüsüne zemin hazırlar. Bu yüzden depresyonun tanımlanması, önlenmesi, tedavisi, yinleme risk etkenlerinin belirlenmesi özel bir önem taşımaktadır (3,4). Depresyon herhangi bir yaşta başlayabilir, ancak ortalama başlangıç 20'li yaşların ortalarında olmaktadır. Bu nedenle Depresyon erken çocukluk yıllarından ileri yaşlara dek her yaşta görülebilen bir bozukluktur (5). Depresyonun sıklığı ve yaygınlığıyla ilgili olarak ilk görüşler, yaş arttıkça depresyonun görülme olasılığının arttığı biçimindedir. Son yıllardaki çalışma sonuçları ve görüşler, depresyonun sıklığının ve yaygınlığının gençler arasında giderek arttığı yönündedir (2). Depresyonun yaşam boyu görülme sıklığı çocukluk döneminde %3'ten az olduğu halde ergenlik döneminde bu oran %14'e ulaşmaktadır

(5). Bu dönemde görülen depresyonun yetişkinliktekine benzer sonuçları olmaktadır. Depresyon, ergen için hem yeti yitimine sebep olmakta hem de intihar davranışı için bir risk etmeni oluşturmaktadır (6). Öğrencilerin bu dönemde arkadaşlarıyla ve buldukları yeni ortamdaki diğer insanlarla başarılı bir iletişim kurmaları hem akademik başarıları hem de artık oturmaya başlayan kişilikleri açısından önem taşımaktadır. Farklı bir ortama uyum sağlamanın zorluğu ve içinde buldukları gelişim döneminin özellikleri itibariyle çeşitli ruhsal bozukluklara girme konusunda risk grubunda bulunan üniversite öğrencilerinin sosyal zekâ ve kişilerarası ilişkilerle ilgili donanımlı olmaları ve kolay iletişim kurmaları psikolojik sağlıkları açısından önemlidir (7). Sağlık Yüksekokulu öğrencilerinin klinik uygulamalarında hasta bireylerle karşılaşmaları ve bire bir ilişki yürütmeleri nedeniyle depresyonun saptanması önemlidir. Depresif belirtilerin hafif düzeylerde olduğu durumlarda bile, bireyi hareketsizliğe, verimsizliğe, mutsuzluğa itmesi nedeniyle, bu belirtileri gösteren bireylere ulaşılması koruyucu ruh sağlığı açısından önem taşımaktadır (3). Üniversitede okuyan hemşirelik öğrencileri üniversiteli bir öğrenci olarak yaşadıkları çatışmaların yanı sıra, hemşirelik eğitiminden ve hastane ortamından kaynaklanan bir takım sorunlarla da karşılaşmaktadırlar. Genç yaşta sağlığı bozuk insanlarla yoğun ve teke tek ilişkiye girmeleri, acı çekme, ağrı, ümitsizlik gibi olumsuz duygularla sık sık karşılaşmaları, bilgileri tanımlamaya çalışan, yetkileri olmayan öğrencilerin ancak eğitimcisine karşı hasta bakımından sorumlu gençler olmaları öğrencilerin ruh sağlığını olumsuz yönde etkilemektedir. Ayrıca yoğun ders programları ve hemşirelik öğrencilerindeki sosyal aktivitenin düşük olması ve yaşanan şehrin sosyal imkanlarının kısıtlı olması bu durumu daha da ilerletebilir. Bireyin maruz kaldığı yaşam olaylarının hangilerinin depresyonu açıkladığı önemli bir soru olarak ortaya çıkmaktadır. Böylece, yaşam boyunca geliştirilen çeşitli yaşantılardan ve deneyimlerden oluşan sosyo-demografik değişkenlerin, olumsuz yaşam olaylarının, bireylerin kişilerarası ilişkileri ve beklentilerinin var olan depresyon düzeylerine etkisi bu araştırmanın inceleme konusu olmaktadır. Ayrıca bu çalışmada üniversiteye yeni başlamış bir sağlık öğrencisi ile mezun konumundaki sağlık öğrencisinin depresyon düzeyleri arasında fark olup olmadığını ortaya koymak amaçlanmıştır.

MATERYAL VE METOT

Araştırmanın evrenini, Kastamonu Üniversitesi Fazıl Boyner Sağlık Yüksekokulunda 2011-2012 eğitim öğretim yılında 1. ve 4. Sınıf Hemşirelik Bölümünde öğrenim gören 199 kişi oluşturmuştur. Örneklem grubu olarak evrenin tamamının çalışmaya alınması planlanmıştır. Ancak araştırmanın verilerinin toplandığı gün ve saatlerde okula devam etmeyen 4 öğrenci çalışmaya alınmamış, araştırmanın örneklemini 195 kişi oluşturmuştur. Çalışmanın gerçekleştirilebilmesi için Kastamonu Üniversitesi Fazıl Boyner Sağlık Yüksekokulu Müdürlüğünden yazılı izin alınmıştır. Araştırmaya katılan öğrencilerin onayları anket uygulamadan önce sözlü olarak alınmıştır. Araştırma verileri, araştırmacılar tarafından hazırlanan öğrencileri tanıttıcı özelliklerini içeren anket formu ve depresyon düzeyini belirlemede Beck Depresyon Envanteri (BDE) kullanılarak toplanmıştır. BDE, Beck ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir. Formun Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği Hisli (1989) tarafından yapılmış olup, ölçeğin Cronbach alfa katsayısı 0.80 olarak bulunmuştur. Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik makalesinde kesme puanının 17 olarak kabul edildiği belirtilmiştir. Ölçekten alınacak toplam puan 0-63 arasında değişmektedir (8).

Ölçek 21 maddeden (belirti kategorisinden) oluşmaktadır. Her madde depresyona özgü bir davranışsal örüntüyü belirlemektedir. Bu maddeler depresyonun belirtilerine ilişkin olup, depresyonun etiyolojisine ilişkin herhangi bir kuram yansıtmamaktadır. Bu belirtiler kategorileri sırasıyla; Duygu durum, Kötümserlik, Başarısızlık Duygusu, Doyumsuzluk, Suçluluk Duygusu, Cezalandırılma Duygusu, Kendinden Nefret Etme, Kendini Suçlama, Kendini Cezalandırma Arzusu, Ağlama Nöbetleri, Sinirlilik, Sosyal Çekilme, Kararsızlık, Bedensel İmge, Çalışabilirliğin Vurgulanması, Uyku Bozuklukları, Yorgunluk-Bitkinlik, İştah Azalması, Kilo Kaybı, Somatik Yakınmalar ve Cinsel Dürtü Kaybıdır. Bu 21 maddenin her biri için azdan çoğa doğru giden dört yanıt seçeneği vardır. Her madde 0 ile 3 arasında puanlanmaktadır (8).

Araştırma sonucunda elde edilen veriler SPSS Windows paket programı kullanılarak analiz edilmiştir. Verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metodlar(Sayı, Yüzde, Ortalama, Standart sapma) kullanılmıştır. Hipotez testleri olarak Non-Parametrik testlerden Kruskal Wallis H-Testi, Mann Whitney U testleri

yapılmıştır. Elde edilen bulgular %95 güven aralığında 0,05 anlamlılık düzeyinde yorumlanmıştır.

BULGULAR

Bu bölümde, araştırma probleminin çözümü için, araştırmaya katılan hemşire adaylarından ölçekler yoluyla toplanan verilerin analizi sonucunda elde edilen bulgular yer almaktadır. Elde edilen bulgulara dayalı olarak açıklama ve yorumlar yapılmıştır.

Tablo 1. Örneklem Grubunun Sosyo-Demografik Değişkenlere Göre Dağılımı

Tanımlatıcı Özellikler	Değişkenler	N	%
Yaş	18-21	105	53,8
	22-25	90	46,2
Cinsiyet	Kız	154	79
	Erkek	41	2
Sınıf	1. Sınıf	97	49,7
	4. Sınıf	98	50,3
Aile Tipi	Çekirdek Aile	167	85,6
	Geniş Aile	28	14,4
	Tek Kardeş	20	10,3
Kardeş Sayısı	2 Kardeş	78	40
	3 Kardeş	55	28,2
	4 Kardeş	23	11,8
	5 Kardeş ve üzeri	19	9,7
Hayatın Çoğunun Geçirildiği Yer	Köy	28	14,4
	Şehir	167	85,6
	Devlet Yurdu	58	29,7
Öğrenim Süresince Kalınan Yer	Özel Yurt	46	23,6
	Özel Ev	62	31,8
	Aile Yanı	29	14,9
	Düşük	62	31,8
Ailenin Gelir Düzeyi	Orta	108	55,4
	Yüksek	25	12,8
Yaşamda Sosyallik	Evet	168	86,2
	Hayır	27	13,8
	Çocukluğunuzda ailenizin ev değiştirmesi	59	30,3
Yaşanılan Yaşamsal Olaylar	Boşanma	6	3,1
	Göç	12	6,2
	Diğer	9	4,6
	Yok	109	55,9

Araştırmaya katılan hemşire adaylarının 105'i (%53.8) 18-21 yaş, 90'ı (%46.2) 22-25 yaş aralığındadır. Araştırmaya katılan hemşire adaylarının 154'ü (%79.0) kız, 41'i (%21.0) erkektir. Araştırmaya katılan hemşire adaylarının 97'si (%47.9) 1.sınıf, 98'i (50.3) 4. sınıf öğrencisidir. Araştırmaya katılan hemşire adaylarının 167'sinin (%85.6) ailesinin çekirdek aile, 28'inin (%14.4) ailesinin geniş aile olduğu görülmektedir.

Araştırmaya katılan hemşire adaylarının 20'sinin (% 10.3) tek kardeş, 78'inin (% 40.0) 2 kardeş, 55'inin (% 28.2) 3 kardeş, 23'ünün (% 11.8) 4 kardeş, 19'unun (% 9.7) 5 ve üzeri kardeşinin olduğu görülmektedir. Araştırmaya katılan hemşire adaylarının 28'inin (% 14.4) yaşamının çoğunu köyde, 167'sinin (% 85.6) yaşamının çoğunu şehirde geçirdiği görülmektedir. araştırmaya katılan hemşire adaylarının 58'inin (% 29.7) öğrenim süresince devlet yurdunda, 46'sının (% 23.6) öğrenim süresince özel yurttta, 62'sinin (% 31.8) öğrenim süresince özel evde, 29'unun (% 14.9) öğrenim süresince aile yanında kaldığı görülmektedir. Araştırmaya katılan hemşire adaylarının 62'sinin (% 31.8) ailesinin gelir düzeyinin düşük, 108'inin (% 55.4) ailesinin gelir düzeyinin orta, 25'inin (% 12.8) ailesinin gelir düzeyinin yüksek seviyede olduğu görülmektedir. Araştırmaya katılan hemşire adaylarının 168'inin (% 86.2) yaşamlarında sosyal oldukları, 27'sinin (% 13.8) yaşamlarında sosyal olmadıkları görülmektedir. Araştırmaya katılan hemşire adaylarının 59'unun (% 30.3) yaşamlarında küçüklüğünde ailesinin ev değiştirmesi, 6'sının (% 3.1) boşanma, 12'sinin (% 6.2) göç, 9'unun (% 4.6) diğer olaylar yaşadığı, 109'unun (% 55.9) yaşamsal bir olay yaşamadığı görülmektedir. Araştırmaya katılan hemşire adaylarının 3'ünün (% 1.5) tutuklanma, 7'sinin (% 3.6) dava, 6'sının (% 3.1) duruşma gibi yasal sorunlar yaşadığı, 179'unun (% 91.8) herhangi bir yasal soruna maruz kalmadığı görülmektedir. Araştırmaya katılan hemşire adaylarının 55'inin (% 28.2) ailesinde önemli bir hastalık geçiren bir bireyin olduğu, 140'ının (% 71.8) ailesinde önemli bir hastalık geçiren bir bireyin olmadığı görülmektedir. Araştırmaya katılan hemşire adaylarının 12'sinin (% 6.2) kronik bir hastalık geçirdiği, 183'ünün (% 93.8) kronik bir hastalık geçirmediği görülmektedir. Araştırmaya katılan hemşire adaylarının 172'sinin (% 88.2) genel olarak fiziki durumlarından memnun olduğu, 23'ünün (% 11.8) genel olarak fiziki durumlarından memnun olmadığı görülmektedir. Araştırmaya katılan hemşire adaylarının 14'ünün

(% 7.2) ailesinde psikiyatrik bir hastalık geçiren ferdin olduğu, 181'inin (% 92.8) ailesinde psikiyatrik bir hastalık geçiren ferdin olmadığı görülmektedir.

Tablo 2. Araştırmaya Katılan Hemşire Adaylarının Depresyon Düzeyi Ortalaması

Depresyon	N	Ort.	S.s	Min.	Max.
Puanı	195	11,097	9,334	0	40

Araştırmaya katılan hemşire adaylarının depresyon düzeyi ortalaması 11.097 ± 9.334 olarak bulunmuştur (Tablo2).

Tablo 3. Araştırmaya Katılan Hemşire Adaylarının Depresyon Düzeyi Ortalamalarının Tanımlayıcı Değişkenlere Göre Dağılımı

	Yaş	N	Ort	Ss	MW	P
Depresyon Puanı	18-21 Yaş	105	11.800	8.921	3.952.000	0.049
	22-25 Yaş	90	10.278	9.780		
	Cinsiyet				2.520.500	0.047
Depresyon Puanı	Kız	154	11.584	9.258		
	Erkek	41	9.268	9.505		
	Sınıflar				3.871.000	0.025
Depresyon Puanı	1. Sınıf	97	12.031	8.933		
	4. Sınıf	98	10.173	9.671		
	Kardeş Sayısı				11.794	0.019
Depresyon Puanı	Tek Kardeş	20	5.550	5.799		
	2 Kardeş	78	11.333	9.869		
	3 Kardeş	55	12.164	8.850		
	4 Kardeş	23	12.957	10.666		
	5 Kardeş ve Üzeri	19	10.632	8.381		
	Öğrenim Süresince Kalınan Yer				2.299	0.513
Depresyon Puanı	Devlet Yurdu	58	11.000	9.472		
	Özel Yurt	46	11.717	8.398		
	Özel Ev	62	10.484	10.023		
	Aile Yanı	29	11.621	9.329		
	Aile Gelir Düzeyi				8.676	0.013
Depresyon Puanı	Düşük	62	12.113	9.371		
	Orta	108	9.815	9.209		
	Yüksek	25	14.120	9.130		
	Yaşamda Sosyallik				1.241.000	0.000
Depresyon Puanı	Evet	168	10.071	8.829		
	Hayır	27	17.481	10.009		
	Fiziki Durumlarından Memnun Olup Olmama				1.363.500	0.016
Depresyon Puanı	Evet	172	10.459	8.989		
	Hayır	23	15.870	10.640		
	Ailesinde Psikiyatrik Bir Hastalık Geçiren Ferdin Olma Durumu				599.500	0.001
Depresyon Puanı	Evet	14	17.500	7.155		
	Hayır	181	10.602	9.315		

Araştırmaya katılan hemşire adaylarının depresyon puanı ortalamalarının yaş değişkenine göre fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur (Mann Whitney $U=3952.00$; $p=0.049<0.05$). Ortalamalar arasındaki farka göre, 18-21 yaş aralığındaki hemşire adaylarının depresyon puanı, 22-25 yaş aralığındaki hemşire adaylarının depresyon puanından yüksektir (Tablo 3).

Araştırmaya katılan hemşire adaylarının depresyon puanı ortalamalarının cinsiyet değişkenine göre fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur (Mann Whitney $U=2520.50$; $p=0.047<0.05$). Ortalamalar arasındaki farka göre, bayan hemşire adaylarının depresyon puanı, erkek hemşire adaylarının depresyon puanından yüksektir (Tablo 3).

Araştırmaya katılan hemşire adaylarının depresyon puanı ortalamalarının sınıf değişkenine fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur (Mann Whitney $U=3871.00$; $p=0.025<0.05$). Ortalamalar arasındaki farka göre, 1. sınıfta öğrenim gören hemşire adaylarının depresyon puanı, 4. sınıfta öğrenim gören hemşire adaylarının depresyon puanından yüksektir (Tablo 3).

Araştırmaya katılan hemşire adaylarının depresyon puanı ortalamalarının kardeş sayısı değişkeni fark anlamlı bulunmuştur ($KW=11.794$; $p=0.019<0.05$). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere Mann Whitney U testi uygulanmıştır. Buna göre; 2 kardeşi olan hemşire adaylarının depresyon puanı, tek kardeşi olan hemşire adaylarının depresyon puanından yüksektir (Mann Whitney $U=473.000$; $p=0.007<0.05$). 3 kardeşi olan hemşire adaylarının depresyon puanı, tek kardeşi olan hemşire adaylarının depresyon puanından yüksektir (Mann Whitney $U=270.500$; $p=0.001<0.05$). 4 kardeşi olan hemşire adaylarının depresyon puanı, tek kardeşi olan hemşire adaylarının depresyon puanından yüksektir (Mann Whitney $U=12.500$; $p=0.014<0.05$). 5 ve üzeri kardeşi olan hemşire adaylarının depresyon puanı, tek kardeşi olan hemşire adaylarının depresyon puanından yüksektir (Mann Whitney $U=104.000$; $p=0.015<0.05$) (Tablo 3).

Araştırmaya katılan hemşire adaylarının depresyon puanı ortalamalarının öğrenim süresince kaldıkları yer değişkeni açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal Wallis H-Testi sonuçlarına göre; grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır ($KW=2.299$; $p=0.513>0.05$) (Tablo 3).

Araştırmaya katılan hemşire adaylarının depresyon puanı ortalamalarının aile gelir düzeyi değişkeni açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal Wallis H-Testi sonuçlarına göre; grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur (KW=8.676; $p=0.013<0.05$). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere Mann Whitney U testi uygulanmıştır. Buna göre; aile gelir düzeyi düşük olan hemşire adaylarının depresyon puanı, aile gelir düzeyi orta olan hemşire adaylarının depresyon puanından yüksektir (Mann Whitney U=2732.500; $p=0.046<0.05$). Aile gelir düzeyi yüksek olan hemşire adaylarının depresyon puanı, aile gelir düzeyi orta olan hemşire adaylarının depresyon puanından yüksektir (Mann Whitney U=895.500; $p=0.009<0.05$). Araştırmaya katılan hemşire adaylarının depresyon puanı ortalamalarının yaşamda sosyal olma durumu değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney-U testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur (Mann Whitney U=1241.00; $p=0.000<0.05$). Ortalamalar arasındaki farka göre, yaşamda sosyal olmayan hemşire adaylarının depresyon puanı, yaşamda sosyal olan hemşire adaylarının depresyon puanından yüksektir.

Araştırmaya katılan hemşire adaylarının depresyon puanı ortalamalarının genel olarak fiziki durumlarından memnun olup olmama durumu değişkenine göre fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur (Mann Whitney U=1363.50; $p=0.016<0.05$). Ortalamalar arasındaki farka göre, genel olarak fiziki durumlarından memnun olmayan hemşire adaylarının depresyon puanı, genel olarak fiziki durumlarından memnun olan hemşire adaylarının depresyon puanından yüksektir. Araştırmaya katılan hemşire adaylarının depresyon puanı ortalamalarının ailesinde psikiyatrik bir hastalık geçiren fertlerin olup olmama durumu değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney-U testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur (Mann Whitney U=599.50; $p=0,001<0.05$). Ortalamalar arasındaki farka göre, ailesinde psikiyatrik bir hastalık geçiren fert olan hemşire adaylarının depresyon puanı, ailesinde psikiyatrik bir hastalık geçiren fert olmayan hemşire adaylarının depresyon puanından yüksektir.

TARTIŞMA

Gençlik çağında fizyolojik değişikliklerin yanı sıra, ruhsal ve toplumsal değişiklikler genci zorlar. Zorlamalara her gencin tepkisi farklıdır, bu tepkilerin bir grubunu da depresif belirtiler oluşturur. Genel olarak depresif belirtilerin toplum içindeki nokta prevalansı %13-20 arasında değişmektedir (4). Çalışmamızda BDÖ ortalama puanı 11.097 ± 9.334 olarak bulunmuştur. Kaya ve arkadaşlarının Malatya'da Tıp Fakültesi ile Sağlık Yüksekokulu öğrencilerini karşılaştırdığı araştırmada, Sağlık Yüksekokulu öğrencilerinin BDÖ ortalama puanı 13.47 ± 8.45 yüksek olarak bulunmuştur (5). Temel ve arkadaşlarının Gaziantep Üniversitesi hemşirelik öğrencileri üzerinde yaptıkları çalışmada öğrencilerin depresyon puan ortalamaları 13.43 ± 8.45 olarak belirlenmiştir(6). Pamukkale Üniversitesi'nde yapılan bir çalışmada BDÖ ortalama puanı 12.80 ± 7.19 bulunurken, Ortadoğu Teknik Üniversitesi'nde yapılan bir başka çalışmada 13.9 olarak bulunmuştur(1,4). Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılan bir araştırmada BDÖ ortalama puanı 7.6 olarak bildirilmiştir (6). Bizim çalışmamızda 11.097 ± 9.334 elde edilen oran kaynaklardaki oranlardan daha düşük bulunmuştur (Tablo 2). Yerleşim yeri, sosyal, kültürel düzey ve bireysel etkenler gibi çok sayıda değişken bu farklılığa yol açmış olabilir. Aylaz ve arkadaşlarının Sağlık Yüksekokulu öğrencileri üzerinde yaptıkları çalışmada da BDÖ ortalama puanı 10.84 ± 9.39 olarak bulunmuştur. Bu çalışmanın ortalaması ile benzerlik göstermektedir (3).

Araştırmaya katılan hemşire adaylarının depresyon puanı ortalamaları cinsiyet değişkenine göre anlamlı bir farklılık göstermektedir($p=0.047<0.05$)(Tablo 3). Kanada Üniversitesi'nde yapılan bir çalışmada da kızlarda depresif belirti yaygınlığı anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (3). Sasaki ve Yamasaki, 292 Japon üniversite öğrencisiyle yaptığı bir çalışmada kızların zor durumlarla karşılaştığında depresyona yakalanma olasılıklarının daha yüksek olduğunu belirlemiştir (3). Aylaz ve arkadaşlarının Malatya Sağlık Yüksekokulunda yaptığı çalışma, Ortadoğu teknik üniversitesi, Hacettepe'de yapılan çalışmalarda cinsiyet ile depresyon arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır. Ancak bizim çalışmamız ve literatüre baktığımızda kadınlarda depresyon erkeklere göre daha sık görülmektedir (9). Desai ve arkadaşlarının yaptığı bir araştırmada başka bir yönden bakıldığında, biyolojik yapısı, ruhsal özellikleri, geliştirmiş olduğu kişilik yapısı, sorunlarla başa çıkma

tarzı, toplumsal ve kültürel konumu ile cinsiyet rolünün, kadını depresyona daha yatkın kıldığı vurgulanmaktadır (11).

Araştırmaya katılan hemşire adaylarının depresyon puanı ortalamalarının sınıf değişkenine göre anlamlı bir farklılık göstermektedir ($p=0.025<0.05$) (Tablo 3). 1.sınıf öğrencilerinin üniversite ortamına yeni girmiş olması gençlerin çoğunluğunun alışageldikleri toplum ya da ortamdan uzaklaşarak yeni bir ortama ya da duruma uyum sağlamak durumunda kaldıkları, yaşamlarında köklü değişikliklerin oluşmaya başladığı bir dönem olması depresyon puanının yüksek olmasının nedenleri arasında sayılabilir. Derya (2004)'nin hemşirelik öğrencileri üzerine yaptığı bir çalışmada ruhsal belirti ortalamaları en yüksek 1.sınıflarda çıkmıştır. Dökmen (1989) 'nin Üniversite öğrencileri üzerinde yaptığı çalışmaya göre, öğrencilerin öğrenimlerinin birinci yılında üniversite ve yurt yaşamıyla ilgili sorunların ön planda olduğu, son sınıfta ise gelecek kaygısı-iş bulma sorununun ön planda olduğunu belirlemiştir (9). Yalçın yaptığı bir araştırmada 4. sınıfta depresyon puanının düşük çıkmasının mezun olduklarında iş garantisinin olmasının verdiği güven duygusuna okulun bütün koşullarına alışmış ve uyum sağlamış olmalarına, arkadaş ilişkilerinin güçlenmesine bağlanabilir (4). Elde edilen sonuç kurulan hipotezi desteklemektedir. Ancak Özdel ve arkadaşları ile Bakır ve arkadaşlarının ve Temel ve arkadaşları 4. sınıflarda depresyon düzeyinin diğer sınıflara göre yüksek olduğunu bulmuşlardır. Kaya ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada SYO öğrencilerin depresyon düzeyleri Tıp Fakültesi öğrencilerinden daha yüksek bulunmuştur. SYO öğrencilerinde depresyon puanlarının daha yüksek olması, bu öğrencilerin daha fazla gelecek kaygısı taşıdıklarını, okul ile ilgili hoşnutsuzluklarının daha fazla olduğu şeklinde yorumlanmıştır (5).

Araştırmaya katılan hemşire adaylarının depresyon puanı ortalamalarının kardeş sayısı değişkenine göre anlamlı bir farklılık göstermektedir. 5 ve üzeri kardeşi olan hemşire adaylarının depresyon puanı, tek kardeşi olan hemşire adaylarının depresyon puanından yüksektir ($P<0.05$) (Tablo 3). Çalışmamızda kardeş sayısı arttıkça depresyon düzeyi artmaktadır. Özdel ve arkadaşlarının çalışmasında kardeş sayısı ve depresyon arasında anlamlı ilişki bulunmamakla beraber, kardeş sayısı arttıkça depresif belirtiler gösterme oranının da arttığı bildirilmektedir (1). Temel ve arkadaşlarının çalışmasında da kardeş sayısı arttıkça

depresif belirtilerde artmaktadır (6). Öğrencilerin çoğunluğunun ailesi orta düzeyde bir gelire sahiptir. Ailedeki çocuk sayısındaki artış gelir durumunu olumsuz etkilemektedir. Ekonomik sıkıntılarla karşılaşan gençlerin benlik saygısında azalma sonucu ruhsal yapılarının olumsuz yönde etkilendiği ve kısıtlamaların depresif belirtileri arttırmış olabileceği düşünülmektedir (1). Korkmaz'ın yaptığı çalışmaya göre eğitim seviyesi düşük ve kalabalık bir ailede yaşayan ve üniversite eğitimi gören birey çevresi ile uyumunu zaman içinde kaybedebilir (12). Bunun sonucunda depresyona daha eğilimli bir hale gelebilir.

Araştırmaya katılan hemşire adaylarının depresyon puanı ortalamalarının aile gelir düzeyi değişkeni açısından incelediğimizde aile gelir düzeyi düşük olan hemşire adaylarının depresyon puanı, aile gelir düzeyi orta olan hemşire adaylarının depresyon puanından yüksek iken ($p=0.046<0.05$) (Tablo 3) aile gelir düzeyi yüksek olan hemşire adaylarının depresyon puanı, aile gelir düzeyi orta olan hemşire adaylarının depresyon puanından yüksektir ($p=0.009<0.05$) (Tablo 3). Gelir düzeyinin düşük ve yüksek olma durumunda depresyon puanı artmaktadır. Gelir düzeyinin düşük olması durumunda depresyon puanının artması, öğrenci ailelerinin üniversite masraflarını karşılama durumları kötüleşmesine bağlı olabilir. Ankara Üniversitesi'nde yapılan benzer bir çalışmada öğrencilerin gelir durumuyla depresyon arasında ilişki anlamlı bulunmuştur (13). Doğan ve arkadaşlarının yaptığı bir araştırmada depresyonun en yüksek oranda düşük gelir düzeyindekilerde bulunduğu bildirilmektedir (13). Bu araştırma sonucumuz Özdel ve arkadaşlarının sonuçları ile de benzer bulunmaktadır (1). Ancak ekonomik durumun yüksek düzeyde olması depresyon puanının yükselmiş olması durumunda bir çelişki bulunmaktadır. Bu bize ekonomik güçlük gençlerde depresyonun tek nedeni olmadığını göstermektedir. Rakam olarak kazanılan paranın miktarından çok, kişilerin giderlerini karşılamada güçlük çekip çekmemeleri daha önemli bir gösterge olarak düşünülebilir.

Araştırmaya katılan hemşire adaylarının % 86.2 yaşamda sosyal olabildiği, %13.8 'nin yaşamda sosyal olamadıkları görülmektedir. Araştırmaya katılan hemşire adaylarının depresyon puanı ortalamalarının yaşamda sosyal olma durumu değişkenine göre grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($P<0,05$) (Tablo 3). Sosyal destek, sağlıklı olma davranışlarının

sürekliliğinde önemli değişkenlerden biridir. Maslow bireyin en temel ihtiyaçlarından birisinin sevmek ve diğerleri tarafından sevilme, bir toplumsal grubun üyesi olmak şeklinde belirtmiştir. Eğer birey başkaları ile rahat ilişki kuramaz ise sosyal etkinlikleri yetersiz kalabilecek ve bunun sonucunda da duygusal sorunlar yaşayabilecektir (11). Eker ve Arkan'ın üniversite öğrencileri ile yaptıkları bir çalışmada sosyal destek ile depresyon arasında anlamlı ilişkiler bulunduğu belirtilmektedir (14). Çünkü gençlik çağı sosyal gereksinmelerin arttığı bir dönemdir ve sosyal etkinliklere katılmadaki yetersizlik ruhsal bozukluklara karşı yatkınlığı ya da direnci etkileyen etkenler içinde sayılmaktadır (3). Aylaz ve arkadaşlarının yaptıkları araştırmanın sonucuna göre yaşamlarında sosyal olmadıklarını belirtenlerin sosyal olduklarını belirtenlere göre BDÖ ortalama puanı daha yüksek bulmuşlardır. Bu çalışmanın sonucuyla uyumludur (3).

Araştırmaya katılan hemşire adaylarının depresyon puanı ortalamalarının ailesinde psikiyatrik bir hastalık geçiren ferdin olup olmama durumu değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini baktığımızda sonuç istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0.001<0.05$). Ortalamalar arasındaki farka göre, ailesinde psikiyatrik bir hastalık geçiren fert olan hemşire adaylarının depresyon puanı, ailesinde psikiyatrik bir hastalık geçiren fert olmayan hemşire adaylarının depresyon puanından yüksektir. SYO öğrencileri için ruhsal bozukluk olması risk faktörüdür. Çünkü ailede psikiyatrik sorunlu bireyin olması diğer aile bireylerini psikolojik, maddi durum, eğitim durumu, yaşam tarzı, aile çevresi ve sosyal çevre ile ilişkilerini etkileyebilmektedir (15). Bedensel hastalığı olanlarda, başta depresyon olmak üzere ruhsal bozuklukların yüksek oranda görüldüğü ve ruhsal bozuklukların da bedensel hastalıkların seyrini olumsuz yönde etkileyebileceği bilinmektedir (17). Kaya ve arkadaşlarının Tıp Fakültesi ve Sağlık Yüksekokulu öğrencileri üzerinde yaptıkları çalışmanın sonucuna göre, öğrencilerin daha önce ruhsal sorun geçirmiş olması depresyon puanlarını arttırdıklarını bulmuşlardır (5). Ruhsal bir bozukluğun varlığı bireyi stres etkenlerine daha duyarlı hale getirebileceği gibi, stres etkenini değerlendirme, anlam verme süreçlerini etkilediği, buna koşut olarak stresle başa çıkmada farklılıklar yarattığı düşünülebilir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışmamızda öğrencilerin %25.0'nın depresyon açısından risk altında olduğu saptanmıştır. Bayanların erkeklere göre, 1. sınıfların 4. sınıflara göre, gelir düzeyi düşük olanların yüksek olanlara göre, kardeş sayısının giderek artması durumunda, ailede psikiyatrik rahatsızlığın olması açısından BDÖ puanları yüksek bulunmuştur. Ayrıca yaşamlarında sosyal olamadıklarını belirtenlerin depresyon puanları yüksek ve anlamlı bulunmuştur. Bu bulgulardan yola çıkarak toplum ruh sağlığı sorunları arasında ilk sırada yer alan depresyon belirtilerinin elde edilen veriler ışığında etkili önleme ve izleme programlarının geliştirilmesi, ayrıca riskli gruba (ailesinden ayrı yaşayanlar, bayan öğrenciler, üniversiteyi yeni kazananlar...v.b) yönelik koruyucu yaklaşımlar geliştirilmelidir. Ekonomik durum belirlenerek gerekli desteğin verilmesi, üniversitelerin sosyal yaşam imkanlarını arttırması, psikolojik danışmanlık hizmetlerinin gözden geçirilmesi ve arttırılması, öğrencilerimizin problemlerine ve yardım almak istedikleri konulara yönelik özel danışmanlık verilmesi çözüme yönelik öncelikler olarak düşünülebilir.

KAYNAKLAR

- 1- Özdel L, Bostancı M, Özdel O, Oğuzhanoglu NK. Üniversite Öğrencilerinde Depresif Belirtiler Ve Sosyo-demografik Özelliklerle İlişkisi. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2002;3:155-161.
- 2- İnanç N, Savaş HA, Tutkun H, Herken H, Savaş E. Gaziantep Üniversitesi Mediko-Sosyal Merkezi'nde Psikiyatrik Açısından İncelenen Öğrencilerin Klinik Ve Sosyo-demografik Özellikleri. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2004; 5:222-230.
- 3- Aylaz,R, Kaya B,Dere N,Karaca Z,Bal Y. Sağlık Yüksekokulu Öğrencileri Arasındaki Depresyon Sıklığı Ve İlişkili Etkenler. Anatolian Journal of Psychiatry 2007; 8:46-51.
- 4- Aydın G, Demir A. ODTÜ Öğrencilerinde Depresif Belirtilerin Yaygınlığı. İnsan Bilimleri Dergisi 1989; 8:27-40.
- 5- Kaya M, Genç M, Kaya B, Pehlivan E. Tıp Fakültesi Ve Sağlık Yüksek Okulu Öğrencilerinde Depresif Belirti Yaygınlığını, Stresle Başa Çıkma Tarzları Ve Etkileyen Faktörler. Türk Psikiyatri Dergisi (Baskıda).
- 6- Temel E, Çuhadar D. Öğrenci Hemşirelerin Stresle Baş etme Tarzları Ve Depresyon Düzeylerinin Belirlenmesi. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi 2007;2 (5).

- 7- Banu Ö . Uzmanlık Tezi;” Üniversite Öğrencilerinde Görülen Depresyonun Giderilmesinde Dansın Etkisi” Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Tez Yöneticisi; Yrd. Doç. Dr. Mehibe Akandere.Konya-2007.
- 8- Hisli N. Beck Depresyon Envanterinin Üniversite Öğrencileri İçin Geçerliliği Güvenirliği. Psikoloji Dergisi 1989; 23: 3-13.
- 9- Yıldırım A, Hacıhasanoğlu R, Karakurt P . Hemşirelik Öğrencilerinin Ruhsal Durumlarının Ve Etkileyen Faktörlerinin İncelenmesi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2008;11:2
- 10- Derya G. Uzmanlık Tezi; ”Hemşirelik Öğrencilerinin Ruhsal Sorunlarına Sahip Olma Durumları Ve Problem Alanlarının Saptanması” Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı, Tez Yöneticisi; Yrd. Doç. Dr. Mine Ekinci. Erzurum-2004.
- 11- Bakır B, Yılmaz R, Yavaş İ, Toraman R, Güleç N. Tıp Fakültesi Öğrencilerinde Sorun Alanları Ve Sosyo-Demografik Özelliklerle Depresif Belirtilerin Karşılaştırılması. Düşünen Adam 1997;10:5-12.
- 12- Korkmaz B. Psikolojik Danışma Ve Rehberlik Öğrencilerinin Boyun Eğici Davranış Ve Depresyon Düzeylerinin İncelenmesi. Atatürk Eğitim Fakültesi Eğitim Bilimleri Dergisi 2001; 139.
- 13- Doğan T. Uzmanlık Tezi; ”Başkent Üniversitesi Öğrencilerinin Stresle Başa Çıkma Stratejilerinin Bazı Değişkenlere Göre İncelenmesi” Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara-1998.
- 14- Yılmaz E, Yılmaz E, Karaca F. Üniversite Öğrencilerinin Sosyal Destek Ve Yalnızlık Düzeylerinin İncelenmesi. Genel Tıp Dergisi2007;18 (2): 71-79.
- 15- Dönmez N, Bayhan P, Artan, İ . Engelli Çocuğa Sahip Ailelerin Beklentileri Ve Endişe Duydukları Konuların İncelenmesi. Sosyal Hizmet Dergisi2001;11:16-24.
- 16- Güney M. Üniversite Öğrencileri Arasında Depresyon Ve Problem Alanlarının Akademik Başarı İle İlişkileri. Ankara Üniversitesi Rektörlüğü Yayınları.1995.
- 17- Sağduyu A, Ögel K, Özmen E. Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Depresyon. Türk Psikiyatri Dergisi 2000;11 (1):3-16.

BİPOLAR BOZUKLUĞU OLAN HASTALARDA İŞLEVSELLİK DÜZEYİ VE İÇSELLEŞTİRİLMİŞ DAMGALAMA ARASINDAKİ İLİŞKİNİN BELİRLENMESİ

Olçay ÇAM¹ Döndü ÇUHADAR²

ÖZET

Bu araştırma bipolar bozukluğu olan hastalarda içselleştirilmiş damgalama ve işlevsellik düzeyi arasındaki ilişkiyi ve içselleştirilmiş damgalamayı etkileyen sosyodemografik faktörler ve hastalığa ilişkin özellikleri belirlemek amacıyla planlanmıştır. Bu araştırma tanımlayıcı ve kesitsel tipte planlanmış olup, bir ruh sağlığı ve hastalıkları hastanesinde tedavi alan 71 hasta ile yapılmıştır. Veri toplama aracı olarak, birey tanım formu, Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalama Ölçeği ve Bipolar Bozukluk İşlevsellik Ölçeği kullanılmıştır. Araştırmanın sonucunda, düşük eğitim seviyeli, düşük gelirli, ilaçlarını düzenli içmeyen, kontrollerine düzenli olarak gelmeyen, kadın hastalarda içselleştirilmiş damgalama puan ortalamasının anlamlı olarak yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Duygusal, zihinsel, cinsel işlevsellik, damgalama algısı, içe kapanım, aile içi ilişkiler, yakın arkadaş ilişkileri, toplumsal etkinliklere katılım, inisiyatif alma ve potansiyelini kullanma gibi işlevsellik alanları ile içselleştirilmiş damgalama düzeyi arasında negatif yönde anlamlı ilişkiler olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Bipolar bozukluk hastalarında işlevsellik bozuldukça içselleştirilmiş damgalama düzeyi artmaktadır. Bipolar bozukluğu olan hastaların tedaviye uyumunun sağlanması, toplumsal ilişkilerinin ve işlevselliklerinin iyileştirilmesi açısından içselleştirilmiş damgalanmanın belirlenip, damgalanmayı azaltıcı girişimlerin planlanması önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Bipolar Bozukluk; Damgalama, İçselleştirilmiş Damgalama, İşlevsellik, Hemşirelik.

¹ Ege Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Prof. Dr.

² Gaziantep Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Yrd. Doç. Dr.

İletişim/Corresponding Author: Döndü ÇUHADAR

Tel: 0342 360 60 60-76756 **e-posta:** donduchadar@hotmail.com

Geliş Tarihi / Received: 24.09.2012

Kabul Tarihi / Accepted: 12.04.2013

DETERMINATION OF THE RELATIONSHIP BETWEEN FUNCTIONALITY LEVEL AND INTERNALIZED STIGMA IN PATIENTS WITH BIPOLAR DISORDER

ABSTRACT

This research was carried out to determine the relationship between internalized stigma and functionality level and sociodemographic factors and characteristics related to illness that effecting internalized stigma in patients with bipolar disorder. This research is planned as cross-sectional and descriptive and conducted with 71 patients who treated in one of mental health and disease hospital. Individual Identification Form, Internalized Stigma Scale in Mental Illness and Bipolar Disorder Functionality Scale were used as data collection tools. As a result of the study internalized stigma mean scores were significantly higher in patients with low educational level, low-income, do not use drugs regularly, do not come controls regularly and female. ($p<0.05$). significant negative correlations were found between emotional functionality, mental functionality, sexual functionality, perception of stigma, withdrawal, relations within family, relations within closer friends, participation to social activities, to take initiative and use potential and internalized stigma. When functionality distortion increases in patients with bipolar disorder level of internalized stigmatization increases. It is important to determination of internalized stigma and to planning intervention to decrease internalized stigma for providing adaptation to treatment and improving the social relationship and functionality of patients who have bipolar disorder.

Key Words: Bipolar Disorder; Stigma, Internalized Stigma, Functionality, Nursing

GİRİŞ

Damgalama, bir kişinin, ruhsal hastalık, etnik grup, ilaç kötüye kullanımı veya fiziksel yetersizlik gibi özelliklerine dayanarak kusurlu veya gözden düşmüş olarak olumsuz değerlendirilmesidir (1). Damgalamanın amacı ve sonucu, ayırmak ve dışlamaktır. Damgalama pek çok olgu ve durum için görülse de erken çağlardan bu yana damgalama ve ayrımcılığa en fazla maruz kalan kesim ruhsal hastalığı olan kişilerdir (2).

Ruhsal hastalığa sahip bireylerin psikiyatriye başvurduktan ve tanı konduktan sonra, açık bir ayrımcılık ya da kötü davranışa maruz kalmasalar bile kendilerini damgalanmış olarak hissettikleri görülmüştür. Bu hastalarda, durumundan utanma, yetersizlik duyguları, olumsuz otomatik düşüncelerde artma, sosyal ilişkilerden kaçınma, kendilik değerinde düşme olduğu bildirilmektedir. Kullanılan psikiyatrik tanının damgalayıcı içeriği ne kadar fazla ise bu belirtilerin şiddeti de o kadar fazla olmaktadır. İçselleştirilmiş damgalama olarak isimlendirilen bu durum, nesnel olarak dışlanma ya da ayrımcılığa maruz kalma deneyimlerinden bağımsızdır ve daha önce çok farkına varılmasa bile bir ruhsal hastalık tanısı ya da etiketi alma ile birlikte etkisini göstermeye başlamaktadır (3).

Bipolar bozukluk toplum tarafından görece olarak daha az tanınan ve damgalanan bir bozukluktur ancak hastalar damgalanma hissini çok yoğun biçimde yaşarlar, yani kendi kendilerini damgalarlar (4). Morselli ve Elgie'nin çalışmasında, damgalamanın bipolar bozukluğu olan hastaların %54.6'sının hissettiği ciddi bir sorun olduğu belirlenmiştir (5). Çalışmada hastaların %28'i kendilerini çevreleri tarafından reddedilmiş hissettiklerini ifade etmişlerdir. Hayward ve ark. bipolar bozukluk tanısı konan hastalarda yaptıkları çalışmada hastaların, toplum tarafından arkadaş olarak kabul edilmeyeceklerini, daha az zeki ve güvenilmez olarak değerlendirileceklerini, işverenlerin kendilerine iyi ücret vermeyeceklerini ve diğer işçilere davrandıkları gibi davranmayacaklarını, kadınların kendilerine görüşme randevusu vermeyeceklerini, psikiyatri kliniğine yattıkları için kendilerinin fikirlerini daha az ciddiye alacakları şeklinde düşündüklerini belirlemişlerdir (6). Bipolar bozukluk tanısı konan hastalarla yapılan bir çalışmada, hastaların kendilerini yetersiz ya da eksikmiş gibi hissettikleri, hastalıklarının evlenme konusunda kendilerine engel olacağını düşündükleri ve çevrelerindeki kişiler tarafından da yetersiz olarak görüldüklerini düşündükleri belirlenmiştir (4). Dünya Sağlık Örgütü'ne (WHO) bipolar bozukluk bütün diğer hastalıklar arasında yetersizliğe neden olan altıncı hastalıktır. Bipolar bozukluğa sahip hastaların işlevselliğindeki bozulma sadece belirtilerin olduğu dönemlerle sınırlı kalmayıp remisyon dönemleri süresince

de görülebilir (7). Bipolar bozukluk hastalarının işde güçlük yaşadıkları, aile ve arkadaşlarla sosyal etkileşimlerinin azaldığı, boş zaman aktivitelerine karşı ilgisiz oldukları, görevlerini sürdürmede düşük otonomiye sahip oldukları, kötü bilişsel işlevsellik deneyimledikleri belirtilmektedir (8).

Hastalık nedeni ile bir işlev yitiminin ortaya çıkmış olması ve bu nedenle hastanın daha önceki toplumsal ve mesleki işlevlerinde eskiye göre bozulması olan hastalarda damgalanma algısı daha yüksek düzeydedir. Ruhsal hastalıkla birlikte, fiziksel işlevlerde de bozulmanın olması damgalanma algısını arttırmaktadır, yeti yitiminin daha fazla olması, hastalığın uzun sürmesi, daha fazla damgalanma duygusu yaşanmasına neden olmaktadır (3). Bipolar bozukluk, hastanın iyilik halini ve sosyal, mesleki ve genel işlevselliğini etkilemektedir. Bipolar bozukluğu olan hastaların yaşam kalitesindeki bozulma, genel toplum ve kronik fiziksel hastalığı olan bireylere göre daha fazladır (9). İşlevsellik bipolar bozukluktaki tedavinin en önemli hedeflerinden biridir. Bu nedenle, işlevselliği etkileyen faktörleri belirlemeye yönelik çalışmalar gereklidir (7). Bipolar bozukluk tanısı konan hastalarda işlevsellik ve damgalamayı belirlemeye yönelik çalışmalar oldukça azdır ve çalışmalar daha çok şizofreni hastalarındaki damgalama ve etkilerini ve belirlemeye yöneliktir (4-6).

Bu bilgiler ışığında bu çalışmada bipolar bozukluğu olan hastalarda işlevsellik düzeyi ve içselleştirilmiş damgalama arasındaki ilişkiyi belirlemek amaçlanmıştır.

MATERYAL-METOD

Tanımlayıcı tipte kesitsel olarak planlanan araştırma, Kasım 2009 - Haziran 2010 tarihleri arasında bir ruh sağlığı ve hastalıkları hastanesinin psikiyatri polikliniklerinde ayaktan tedavi edilen bipolar bozukluk tanısı konan hastalarla yapılmıştır. Araştırmanın evrenini 175 hasta, örneklemini ise, 18-65 yaş grubunda yer alan, ayaktan tedavi edilen, araştırmanın yapıldığı günlerde hastanede bulunan, iletişim kurulabilen, ve araştırmaya katılmayı kabul eden 71 hasta oluşturmuştur. Veri toplama işlemi belirlenen tarihler arasında haftada bir gün yüz yüze görüşülerek yapılmıştır. Araştırmaya başlamadan önce, Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Bilimsel Etik Kurul Başkanlığı'ndan, Manisa İl Sağlık Müdürlüğü'nden, Manisa Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi Başhekimliği'nden yazılı izin, hastalardan bilgilendirilmiş yazılı onam alınmıştır.

Veri Toplama araçları

Araştırmada veri toplama aracı olarak üç form kullanılmıştır. Bunlar, Tanıtıcı Bilgi Formu, Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalama Ölçeği (RHİDÖ), Bipolar Bozuklukta İşlevsellik Ölçeği (BBİ-)’dir.

Tanıtıcı Bilgi Formu

Araştırmacı tarafından geliştirilen, hastaların yaş, cinsiyet, eğitim durumu, çalışma durumu, medeni durumu gibi sosyo-demografik özelliklerini ve hastalık süresi, hastaneye yatış sıklığı, ilaç tedavisi kullanma, ailede hastalık öyküsü gibi hastalıklarına ilişkin bilgileri edinmeye yönelik sorulardan oluşmaktadır.

Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği (RHİDÖ)

Boyd-Ritsher ve Phelan tarafından yılında geliştirilmiş olan ölçek, Ersoy ve Varan tarafından Türkçeye çevrilip, geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır (10.11). Ölçek 29 maddeden oluşan ve içsel damgalanmayı değerlendiren bir öz-bildirim ölçeğidir. Ölçeğin: “yabancılaşma”(madde: 1,5,8,16,17,21), “kalıp yargıların onaylanması” (madde:26,10,18,19,23,29), “algılanan ayrımcılık” (madde:3,15,22,25,28), “sosyal geri çekilme” (madde:4,9,11,12,13,20), “damgalanmaya karşı direnç” (madde:7,14,24,26,27) olmak üzere beş alt ölçeği bulunmaktadır. Ölçekte yer alan maddeler, “ kesinlikle aynı fikirde değilim” (1 puan),”aynı fikirde değilim” (2 puan), “aynı fikirdeyim” (3 puan), “kesinlikle aynı fikirdeyim” (4 puan) şeklinde dördü bir likert tipi ölçek üzerinde yanıtlanmaktadır. Damgalanmaya karşı direnç alt ölçeğinin maddeleri (7, 14, 24, 26, 27) ters olarak hesaplanmaktadır. Beş alt ölçeğin toplanmasıyla elde edilen toplam RHİDÖ puanı 4 ile 91 arasında değişmektedir. Yüksek puanlar kişinin içselleştirilmiş damgalanmasının olumsuz yönde daha şiddetli olduğunu göstermektedir. Ölçeğin Türkçe formunun, alt ölçeklerine ait cronbach alfa katsayıları .63 ile .87 arasında değişirken, tüm ölçek için cronbach alfa sayısı .93 olarak hesaplanmıştır (9). Bu çalışma için alt ölçekler cronbach alfa değerleri .58, ile .79 arasında değişirken toplam ölçek cronbach alfa değeri .87’dir. Ölçeğin kesme puanı olmayıp, ölçekten alınan puan arttıkça içselleştirilmiş damgalama artmaktadır.

Bipolar Bozuklukta İşlevsellik Ölçeği (BB-İ)

Aydemir ve ark. tarafından geliştirilip, geçerlilik güvenilirlik çalışması yapılan ölçek, 52 maddeden oluşmaktadır (12). (1) duygusal işlevsellik, (2) zihinsel işlevsellik, (3) cinsel işlevsellik, (4) damgalanma hissi, (5) içe kapanıklık, (6) ev içi ilişkiler, (7) arkadaşlarıyla ilişkiler, (8) toplumsal etkinliklere katılım, (9) günlük etkinlikler ve hobiler, (10) inisiyatif

alma ve potansiyelini kullanabilme, (11) iş olmak üzere 11 alt ölçekten oluşmaktadır. Maddeler “hayır ya da hiç” 1 puan, “kısmen ya da bazen” 2 puan , “evet ya da her zaman” 3 puan verilerek hesaplanmıştır. Bu alt ölçeklerin toplanmasıyla toplam ölçek puanı elde edilmektedir. Ölçeğin alt ölçeklere ait cronbach alfa değerleri .53 ile .83 arasında değişirken, toplam ölçek cronbach alfa sayısı 0.91 olarak bulunmuştur (10). Bu çalışmada alt ölçekler için cronbach alfa değerleri .50 ile 0.81 arasında değiştiği saptanmış olup, cinsel işlevsellik ve iş alanında yanıt vermeyen hastalar olduğu için toplam ölçek cronbach alfa değeri hesaplanmamıştır. Ölçeğin kesme puanı olmayıp puan arttıkça işlevsellik olumlu yönde artmaktadır.

Verilerin analizi

Verilerin analizi SPSS 11.5 programında, sıklık, ortalama, cinsiyet, çalışma durumu, ailede hastalık öyküsü, ilaçlarını düzenli kullanma, kontrollerine gelme, alkol kullanma, hastaneye yatış öyküsü gibi değişkenlere göre RHİDÖ puan ortalamasının karşılaştırılması t-testi ve Mann Whitney U Testi kullanılarak, medeni durum, eğitim durumu, yaşanılan yer, sosyoekonomik durum gibi değişkenlere göre RHİDÖ puan ortalamasının karşılaştırılması Varyans Analizi ve Kruskal Wallis kullanılarak, yaş, hastalık süresi, işlevsellik ve içselleştirilmiş damgalama arasındaki ilişkinin incelenmesi ise Pearson korelasyon analizi kullanılarak yapılmıştır.

BULGULAR

Hastalara ait BBİ-Ö ve RHİDÖ’ye ait alt ölçek ve toplam ölçek puan ortalamaları tablo 1’de görülmektedir. Araştırmaya katılan hastalardan bazıları işlevsellik ölçeğinde yer alan cinsel işlevsellik ve iş ile ilgili alanları yanıtızsız bıraktığından işlevsellik ölçeği alt ölçekler üzerinden değerlendirilmiştir. Hastaların BBİ-Ö alt ölçeklerinden aldıkları puan ortalamalarının orta düzeyde olduğu görülmektedir. Hastaların RHİDÖ ve alt ölçeklerine ilişkin puan ortalamalarının da orta düzeyde olduğu belirlenmiştir (Tablo1).

Tablo 1: Hastaların BBİ- Ö Alt Ölçekleri, Toplam RHİDÖ ve RHİDÖ Alt Ölçekleri Puan Ortalamaları

BBİ-Ö	N	Mean	SS	Min - Max
Duygusal işlevsellik	71	7.61	1.54	3-9
Zihinsel işlevsellik	71	8.84	2.74	4-12
Cinsellik	62*	8.41	2.49	4- 12
Damgalama algısı	71	8.52	2.74	4- 12
İçe kapanma	71	6.67	1.81	3-9
Ev içi ilişkiler	71	14.33	3.28	6-18
Arkadaş ilişkileri	71	9.71	3.44	5-15
Toplumsal etkinliklere katılım	71	11.,26	3.77	8-24
Günlük etkinliklere katılım	71	13.60	3.76	8- 24
İnisiyatif alma	71	5.54	1.74	3-9
İş	48**	9.16	2.14	4-12
RHİDÖ				
Yabancılaşma	71	13.30	4.21	6-24
Kalıp yargıları onaylama	71	14.56	3.79	7-28
Ayrımcılık	71	11.25	3.61	5-20
Geri çekilme	71	13.7	4.12	6-24
Damgalamaya karşı direnç	71	11.60	3.56	5-20
Toplam İRHİDÖ	71	41.22	13.38	4-91

*9 hasta cinsel partneri olmadığı için bu alanı boş bırakmıştır.

**23 hasta hiç iş deneyimi olmadığı için bu alanı boş bırakmıştır.

Araştırmaya katılan hastaların yaş ortalaması 37.43 ± 11.14 , hastalık süresi 9.32 ± 6.7 yıl olarak belirlenmiştir. Hastaların %74.6'sı kadın, %54.9'u evli, %39.4'ü ilkökul mezunu, %69'u şehirde yaşamaktadır, %47.9'unun geliri giderinden az, %21.1'i çalışıyor, %23.9'unda bipolar bozukluk dışında başka bir hastalık öyküsü bulunmakta, büyük çoğunluğu (%91.5) ilaçlarını düzenli olarak kullanmakta, %94.4'ü kontrollerine düzenli olarak gelmekte, %94.4'ü alkol kullanmamaktadır (Tablo 2).

Araştırmaya katılan hastaların bazı sosyo-demografik özelliklerine göre RHİDÖ puan ortalamaları tablo 2'de görülmektedir. Çalışmaya katılan hastaların %74.6'sı kadınlardan oluşmaktadır ve kadın hastaların içselleştirilmiş damgalama puan ortalamasının erkek

hastalara göre anlamlı oranda yüksek olduğu belirlenmiştir ($p=0.031$). Katılımcıların %46.75'i eşinden boşanmıştır, medeni durumlarına göre içselleştirilmiş damgalama düzeyine bakıldığında boşanmış hastaların puan ortalamalarının daha yüksek olduğu ancak, gruplar arasındaki bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($p=0.375$) (Tablo 2).

Hastaların %39.4'ünün eğitim seviyesi ilköğretim düzeyindedir ve düşük eğitim seviyesine sahip hastaların içselleştirilmiş damgalama düzeyinin, diğer eğitim seviyesindeki hastalara göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p=0.001$) (Tablo 2).

Katılımcıların %11.3'ü şehirde yaşamaktadır, yaşamının uzun bir kısmını köyde geçiren hastaların içselleştirilmiş damgalama puan ortalamalarının diğer yerleşim yerlerindeki hastalara göre daha yüksek olduğu ancak bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($p=0.536$) (Tablo 2).

Çalışmaya katılan hastaların %47.9'unun geliri giderinden azdır ve düşük gelir düzeyli hastaların içselleştirilmiş damgalama puan ortalamasının, diğer gruplara göre anlamlı olarak yüksek olduğu belirlenmiştir ($p=0.002$). Hastaların büyük çoğunluğu (%78.9) şuan herhangi bir işte çalışmamaktadır. Şu an herhangi bir işte çalışmayan hastaların içselleştirilmiş damgalama puan ortalamasının daha yüksek olduğu ancak bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($p=0.402$) (Tablo 2).

Bipolar bozukluk tanısı dışında fiziksel bir hastalık öyküsü olanların içselleştirilmiş damgalama puan ortalamasının başka bir hastalığı olmayanlara göre daha düşük olduğu ancak bu farkın anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p=0.479$). Hastaların büyük çoğunluğu (%91.5) ilaçlarını düzenli olarak kullanmaktadır ve ilaçlarını düzenli kullanan ve kontrollerine düzenli gelen hastaların içselleştirilmiş damgalama puan ortalamasının, ilaçlarını düzenli kullanmayan ve kontrollerine düzenli olarak gelmeyen hastaların puan ortalamasına göre anlamlı olarak düşük olduğu bulunmuştur ($p=0.022$, $p=0.02$) (Tablo 2).

Alkol kullanma durumlarına göre hastaların içselleştirilmiş damgalama puan ortalamasının anlamlı farklılık göstermediği belirlenmiştir ($p=0.125$). Hastaların %60.9'unda bipolar bozukluk nedeniyle hastaneye yatış öyküsü vardır ve hastaneye yatış öyküsü bulunan hastaların içselleştirilmiş damgalama puan ortalamasının, hastaneye yatmayan hastalara göre anlamlı farklılık göstermediği belirlenmiştir ($p=0.513$) (Tablo 2).

Tablo 2: Hastaların Bazı Sosyo-demografik Özelliklerine Göre RHİDÖ Puan Ortalamaları

ÖZELLİK	N	%	Mean	SS	t –testi	KW	P
Cinsiyet							
Kadın	53	74.6	43,33	12,94	MWU=314,0		0.031
Erkek	18	25.4	35,00	13,01			
Medeni durum							
Evli	39	54.9	40,43	11,78	KW=1,961	0.375	
Bekar	20	28.2	39,45	15,66			
Boşanmış	12	16.9	46,75	13,96			
Eğitim durumu							
İlkokul	28	39.4	47,75	12,95	KW=16,163	0.001	
Ortaokul	15	21.2	42,46	7,64			
Lise	14	19.7	37,71	12,23			
Üniversite	14	19.7	30,35	13,01			
En uzun süre yaşamın yer							
Köy	8	11.3	45,25	14,20	KW=1,247	0.536	
Kasaba	14	19.7	39,50	10,47			
Şehir	49	69.0	41,06	14,08			
Sosyoekonomik durum							
Gelir giderden az	34	47.9	46,91	11,85	KW=12,82	0.002	
Gelir gidere denk	34	47.9	36,82	12,43			
Gelir giderden fazla	3	4.2	26,66	14,15			
Şuan herhangi bir işte çalışma							
Evet	15	21.1	38,86	12,04	MWU=360,5	0.402	
Hayır	56	78.9	41,85	13,75			
Başka hastalık öyküsü							
Evet	17	23.9	38,70	12,84	MWU=406,5	0.479	
Hayır	54	76.1	42,01	13,56			
İlaçlarını düzenli olarak içme							
Evet	65	91.5	40,10	12,38	MWU=84,0	0.022	
Hayır	6	8.5	53,33	18,71			
Kontrollere düzenli gelme							
Evet	67	94.4	40,26	12,95	MWU=40,50	0.020	
Hayır	4	5.6	57,25	10,96			
Alkol kullanma							
Evet	4	5.6	32,50	8,22	MWU=72,50	0.125	
Hayır	67	94.4	41,74	13,48			
Hastaneye yatış							
Evet	43	60.6	42,18	13,91	MWU=546,5	0.513	
Hayır	28	39.4	39,75	12,61			

Bipolar bozukluk tanısı almış hastaların yaş, hastalık süresi ve BBİ alt ölçekleri ile RHİDÖ puan ortalamaları arasındaki ilişki tablo 3'te görülmektedir. Hastaların yaş ortalamaları ve hastalık süresi ile RHİDÖ arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır ($p=0.947$, $p=0.277$). Hastaların günlük etkinliklere katılım ve iş gibi işlevsellik alanları ile RHİDÖ puanları arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır ($p=0.125$, $p=0.067$). BBİ-Ö'ne ait duygusal işlevsellik, zihinsel işlevsellik, cinsel işlevsellik, damgalanma hissi, içe kapanma, ev içi ilişkiler, arkadaş ilişkileri, toplumsal etkinliklere katılım, inisiyatif alma ve potansiyelini kullanma gibi işlevsellik alanları ile RHİDÖ arasında negatif yönde anlamlı ilişkiler olduğu belirlenmiştir ($p=0.001$, $p=0.00$, $p=0.002$, $p=0.000$, $p=0.021$, $p=0.003$, $p=0.000$, $p=0.002$, $p=0.022$) (Tablo 3).

Tablo 3: Hastaların Yaş, Hastalık Süresi, BBİ Alt Ölçekleri Ve RHİDÖ Puanları Arasındaki İlişki

Özellik	RHİDÖ
Yaş	R= -.008, P=0.947
Hastalık süresi	R= 0.131, P=0.277
Duygusal işlev	R= -.383, P=0.001
Zihinsel işlevsellik	R= -.533, P=0.00
Cinsel işlevsellik	R= -.381, P=0.002
Damgalanma hissi	R= -.511, P=0.000
İçe kapanma	R= -.273, P=0.021
Ev içi ilişkiler	R= -.351, P=0.003
Arkadaş ilişkileri	R= -.407, P=0.000
Toplumsal etkinliklere katılım	R= -.364, P=0.002
Günlük etkinliklere katılım	R= -.185, P=0.125
İnsiyatif alma ve potansiyelini kullanma	R= -.272, P=0.22
İş	R= -.267, P=0.067

TARTIŞMA

Bipolar bozukluğu olan hastalar, sosyal geri çekilme, düşük benlik saygısı, yakın ilişkilerde azalma ya da hiçlik, diğerlerine bağımlılıkta artış, aile çatışmaları, iş kaybı ve sosyal işlevlerde bozulma gibi ciddi mesleki ve sosyal problemler yaşamaktadırlar (13). Tekrarlayan mani ve depresyon epizodları, alkol ve madde kullanımı, anksiyete, iletişim güçlükleri ve iş problemleri hastalığın yükünü artırmaktadır (14). Yaptığımız çalışmada bipolar bozukluk tanısı konan hastaların, duygusal işlevsellik puanı 7.61, zihinsel işlevsellik puanı 8.84, cinsellik puanı, 8.41, damgalama algısı puanı 8.52, içe kapanma puanı 6.67, ev içi ilişkiler puanı 14.33, arkadaş ilişkileri puanı 9.71, toplumsal etkinliklere katılım puanı 11.26, günlük etkinliklere katılım puanı 13.60, insiyatif alma puanı 5.54, iş puanı 9.16 olarak bulunmuştur. İş ve cinsel işlevsellik alanında ölçek maddelerine yanıt vermeyen hastalar olduğundan ölçek toplam puanı bu çalışma için hesaplanmamıştır. remisyonda olsalar bile işlevsellik düzeylerinin orta düzeyde olduğu belirlenmiştir. Bu durum hastalık belirtileri ortadan kalksa bile hastaların eski işlevselliklerine tam olarak dönememediklerini göstermektedir. Yapılan bir çalışmada, hastaların, %44.6'sının işi uygulamak, %41.0'inin boş zaman aktivitelerinden hoşlanma, %43.5'inin aile ilişkilerinde, %36.7'sinin arkadaş ilişkilerinde, %36.2'sinin duygularını ifade etmede güçlük yaşadığı belirlenmiştir (5).

RHİDÖ'yü kullanarak yapmış olduğumuz bu çalışmada hastaların RHİDÖ'ünün maddelerine verdikleri yanıtlar incelendiğinde; hastaların %39.4'ü insanların kendilerine farklı davrandıklarını, %35.2'si diğer insanların kendilerini ciddiye almadıklarını ifade ettikleri, hastaların %35.2'sinin eskisi kadar sosyal olmadığı, %49.3'ünün hastalık nedeniyle doyum verici bir hayat yaşamadığı, %36.6'sının diğer insanlarla birlikteyken kendisini o ortama ait değilmiş gibi hissettiği, %46.5'inin ruhsal hastalık nedeniyle hayatından memnun olmadığı, %31'inin sosyal ortamlardan uzak durduğu, %64.8'inin kendisi hakkında pek fazla konuşmadığı, hastaların %23.9'unun ruhsal hastalığı olan kişilerin evlenmemesi gerektiğini düşündüğü, %73,2'sinin ruhsal hastalığı olan kişilerin topluma katkılarının olamayacağını düşündükleri saptanmıştır. Ülkemizde yürütülen ve bipolar bozukluğu olan hastalarla yapılan bir çalışmada hastaların, damgalanma hissi alt başlığı altında yer alan sorulara verdikleri yanıtlar incelendiğinde; hastaların %46'sının kendilerini tam ya da kısmen yetersiz ya da eksikmiş gibi hissettikleri, yaklaşık %40'ının çevresindeki kişiler tarafından tam veya kısmen yetersiz veya eksikmiş gibi görüldüklerini düşündükleri, %60'ı hastalıklarının evlenme konusunda kendilerine olumsuzluk yaratacağını düşündükleri, mesleki işlevsellik açısından,

hastaların yaklaşık %55'inin hastalıklarının iş bulma konusunda zorluk yaşatacağını düşündükleri saptanmıştır (15). Hayward ve ark. yaptıkları çalışmada hastaların, toplum tarafından arkadaş olarak kabul edilmeyeceklerini, daha az zeki ve güvenilmez olarak değerlendirileceklerini, işverenlerin kendilerine iyi ücret vermeyeceklerini ve diğer işçilere davrandıkları gibi davranmayacaklarını, bayanların kendilerine görüşme randevusu vermeyeceklerini, psikiyatri kliniğine yattıkları için kendilerinin fikirlerini daha az ciddiye alacakları şeklinde düşündüklerini belirlemişlerdir (6).

Hastaların bazı sosyo-demografik özelliklerine göre, içselleştirilmiş damgalama düzeyleri incelendiğinde, kadın hastaların içselleştirilmiş damgalama düzeyinin erkek hastalara oranla anlamlı olarak daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Türk toplumunda kadın daha çok ev hanımı statüsündedir, ekonomik olarak erkeğe bağımlıdır, çocukların bakımıyla sorumludur. Hastalık nedeniyle hastanın işlevselliğinde meydana gelen bozulmalar kadının bu görevleri yerine getirmesinde problemlere yol açarak hastalarda daha fazla yetersizlik duygusuna neden olarak damgalamayı artırabilir. Çalışmamıza katılan 53 kadın hastadan sadece beşi şuan çalıştığını belirtmiştir. Yaş ile içselleştirilmiş damgalama arasındaki ilişki incelendiğinde, yaşın içselleştirilmiş damgalamayı etkilemediği belirlenmiştir. Yapılan bir başka çalışmada da yaş ile içselleştirilmiş damgalama arasında anlamlı ilişki olmadığı belirlenmiştir (7).

Çalışmamızda eğitim seviyesi ilkokul düzeyinde olan hastaların RHİDÖ puan ortalamasının diğer eğitim seviyesindeki hastaların RHİDÖ puan ortalamasına göre anlamlı oranda yüksek olduğu belirlenmiştir. Bireylerin eğitim düzeyi yükseldikçe ruhsal hastalıkların etiolojisinde kişisel ve sosyal nedenlerin daha az, biyolojik nedenlerin daha fazla sorumlu tutulduğu, eğitim düzeyi düşük olanların bilgilerinin yetersiz ve bazen yanlış olduğu, ruh sağlığı ve hastalıkları merkezlerini daha az kullandıkları ve geleneksel iyileştiricilere daha fazla başvurdukları bilinmektedir. Bunun nedeni etiketlenme ve dışlanma konusunda daha duyarlı olmaları ve bu nedenle bu merkezlerden uzak durmak istemeleridir (16). Bir başka çalışmada da eğitim düzeyi ile içselleştirilmiş damgalama arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki olduğu ve eğitim düzeyi arttıkça içselleştirilmiş damgalamanın azaldığı belirlenmiştir (7).

Bu çalışmada yaşamının büyük bölümünü köyde geçiren hastaların içselleştirilmiş damgalama puan ortalaması diğer yerleşim yerlerindeki hastalara göre daha yüksek olsa da bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Bunun nedeni çalışmamızda yer alan ve

köyde yaşayan hasta sayısının çok az olması olabilir. Kırsal kesimde damgalama ve damgalanma daha önemli bir sorundur. Damgalamanın etkisi ile alt sosyal sınıftakiler, diğerlerine göre ruhsal hastalıkları daha fazla bir “leke” gibi görme eğilimindedir. Düşük sosyoekonomik ve sosyal sınıfta olanlar ya da kırsal kesimde yaşayanlar damgalanma endişesini daha fazla yaşamaktadırlar. Bu nedenle de bu sınıftaki kişiler ne kendileri ne de yakınları için psikiyatrik yardım isteğinde bulunmamayı tercih etmektedir. Bazen sağaltım konusunda yeterli bilgileri olmasına karşın bu endişe nedeni ile bildikleri halde doğru adrese ulaşamamaktadır. Kırsal kesimde ve alt toplumsal sınıflardaki kişilerin sağaltım kavramını önemsememeleri ve tıp dışı geleneksel iyileştiricilere daha fazla başvurma nedenlerinden birisi de bu korkudur (16).

Çalışmamızda hastalık nedeniyle hastaneye yatış öyküsü olan hastaların içselleştirilmiş damgalama puan ortalamasının hastaneye yatış öyküsü olmayan hastalara, göre daha yüksek olduğu görülmektedir ancak bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. İlaçlarını düzenli olarak kullanmayan hastaların içselleştirilmiş damgalama puan ortalaması daha yüksek bulunmuştur. Bu sonuç hastaların damgalama korkusunun ilaç tedavisine uyum göstermelerini olumsuz etkileyebileceğini göstermektedir. Ayrıca çalışmamızda kontrollerine düzenli olarak gelmeyen hastaların içselleştirilmiş damgalama puan ortalaması, kontrollerini düzenli gelen hastalara göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Hastaneye gelip gitme hastalar için çevre tarafından damgalanmaya zemin hazırlayabileceğinden dolayı hastaların, kontrollerini aksatmalarına neden olabilir. Sürekli ilaç kullanma gerekliliği (özellikle şizofreni ya da bipolar bozukluk tanılı hastalarda) damgalanma algısının artmasına neden olmaktadır. Sürekli ilaç kullanmak zorunda kalan hastaların sağaltıma uyumları uzun dönemde giderek bozulmaktadır ve tedaviye uyumdaki bu bozulmanın ilaçların yan etkilerine bağlı olmadığı, damgalanma algısına ya da korkusuna bağlı olduğu görülmüştür (3). İçselleştirilmiş damgalama, hastaların tıbbi tedavi ve psiko-sosyal tedavi yaklaşımlarına katılımlarına ve tedaviye uymalarını zorlaştırarak iyileşmelerini engellemektedir (17).

Hastaların işlevsellik düzeyi ile içselleştirilmiş damgalama arasındaki ilişki incelendiğinde; duygusal işlevsellik, zihinsel işlevsellik, cinsel işlevsellik, damgalanma hissi, içe kapanma, ev içi ilişkiler, arkadaş ilişkileri, toplumsal etkinliklere katılım ve inisiyatif alma ve potansiyelini kullanma gibi işlevsellik düzeyleri ile içselleştirilmiş damgalama düzeyi arasında anlamlı ilişki olduğu, işlevsellikteki bozulma arttıkça içselleştirilmiş damgalamanın olumsuz yönde arttığı belirlenmiştir. Hastalık nedeni ile bir işlev yitiminin ortaya çıktığı ve bu

nedenle daha önceki mesleki ve toplumsal işlevlerinde eskiye göre daha fazla bozulma gösteren hastalarda damgalanma algısı daha yüksek düzeylerde olmaktadır. Damgalanma algısı nedeni ile hastalar hastalık etkilerinden bağımsız olarak eski toplumsal ve mesleki rollerine tekrar dönememektedir. Ayırımdan ve reddedilmeden kaçınmak için, ruhsal hastalığı olan bireyler benzer şekilde damgalanan veya damgalamanın farkında olan veya kabul eden bireylerle örneğin aile üyeleri gibi sosyal etkileşimlerini sınırlandırır (18). Cerit ve ark. yaptığı çalışmada da hastaların işlevsellik düzeyi ile içselleştirilmiş damgalama düzeyi arasında negatif yönde anlamlı ilişki olduğu ve işlevsellik arttıkça içselleştirilmiş damgalamanın azaldığı belirlenmiştir (7). Yapılan bir başka çalışmada da, otonomi, mesleki işlevsellik, bilişsel işlevsellik, ekonomik konular, kişilerarası ilişkiler ve boş zaman etkinlikleri gibi işlevsellik alanları ile içselleştirilmiş damgalama arasında anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir (19). Bir başka çalışmada da yüksek içselleştirilmiş damgalamanın düşük işlevsellik puanı ile ilişkili olduğu belirlenmiştir (8).

Çalışmamızda toplumsal etkinliklere katılım, arkadaş ilişkileri ve aile içi ilişkiler gibi diğer insanlarla etkileşimi gerektiren işlevsellik alanlarındaki bozulmanın içselleştirilmiş damgalamayı olumsuz yönde etkilediği belirlenmiştir. Perlick ve ark. bipolar bozukluk tanısı konan hastalarla yaptıkları çalışmada, yüksek düzeyde damgalama endişesi bildiren hastaların, aile dışındaki kişilerle etkileşimlerinde daha fazla bozulmuş sosyal işlevsellik gösterdikleri ancak aile üyeleriyle etkileşimlerinde ise bunun olmadığı belirlenmiştir (18).

Fung ve ark.nın çalışmasında damgalamanın, benlik saygısı, öz yeterlilik ve psikososyal tedaviye uyumda olumsuz bir role sahip olduğu saptanmıştır (17). Morselli ve ark. hastaların yüksek akademik başarıya sahip olmalarına rağmen iş edinirken güçlük yaşadıkları, hastaların %36.4'ünün genel yaşamda, %18.1'inin aile içinde, %13.9'unun iş yerinde damgalanmış hissettiğini belirlemişlerdir (5). Bizim çalışmamızda hastaların %64,8'i hastalıklarının işe alınmalarını zorlaştıracağını ifade etmiştir ve çalışmaya katılan hastaların %78.9'unun herhangi bir işte çalışmıyor olması bu sonucu desteklemektedir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Bipolar bozukluğu olan hastaların içselleştirilmiş damgalama ile işlevsellik düzeyi arasındaki ilişkiyi belirlemek için yapılan çalışmanın sonucunda; kadın hastalarda, düşük eğitim seviyesine sahip, düşük gelirli, ilaçlarını düzenli almayan, kontrollerine düzenli gitmeyen hastaların içselleştirilmiş damgalama düzeyinin daha yüksek olduğu, hastaların

işlevsellik düzeyi azaldıkça içselleştirilmiş damgalama düzeyinin arttığı belirlenmiştir. Bu bulgular ışığında;

- Bireyler damgalamanın etkisi nedeniyle önerilen tedaviyi uygulama ve kontrollere gelmeyi reddedebilirler, bu nedenle hastalık ve tedavi hakkında bireylerin eğitim seviyelerine uygun olan bilginin verilmesiyle, bireylerin hastalığı kabullenmesine ve tedaviye yönelik kaygılarını dile getirmelerine olanak sağlayarak hastalıkla ve tedavi ile ilgili yanlış inançları düzeltilmeye çalışılmalıdır.

- Genel işlevsellikteki bozulma arttıkça hastaların içselleştirilmiş damgalama düzeyi arttığından, bu hastaların işlevselliklerini artırmaya yönelik olarak, psiko-sosyal beceri eğitimi gibi psiko-eğitim gibi uygulamaların artırılması,

- Hemşirelerin hastaları içselleştirilmiş damgalama yönünden değerlendirmeleri ve içselleştirilmiş damgalamayı azaltmaya yönelik uygulamalara taburculuk programı içinde yer vermeleri önerilebilir.

KAYNAKLAR

1.Taşkın EO. (ed.), Kaptanağlu C. Stigma Ruhsal Hastalıklara Yönelik Tutumlar ve Damgalama:Psikanalitik Açıdan Damgalama ve Ayrımcılık. 1. Baskı. Meta Basım ve Matbaacılık., İzmir-2007. ss:59-66.

2.Taşkın EO(ed.), Taşkın EO. Stigma Ruhsal Hastalıklara Yönelik Tutumlar ve Damgalama. :Ruhsal Hastalıklarda Damgalama ve Ayrımcılık 1. Baskı. Meta Basım ve Matbaacılık., İzmir-2007. ss:17-30.

3.Taşkın EO(ed.), Taşkın EO. Stigma Ruhsal Hastalıklara Yönelik Tutumlar ve Damgalama:İçselleştirilmiş Damgalama ve Damgalanama Algısı. 1. Baskı. Meta Basım ve Matbaacılık., İzmir-2007. ss:31-40.

4.Aydemir Ö. Bipolar Bozukluğa Yönelik Tutumlar Ve Damgalama. 3P Dergisi (ek 3) Eylül 2004;12:61-64.

5.Morselli PL, Elgie R. GAMIAN-Europe/BEAM Survey I- Global Analysis Of A Patient Questionnaire Circulated To 3450 Members Of 12 European Advocacy Groups Operating In The Field Of Mood Disorders. Bipolar Disorders 2003; 5(4):265-278.

6.Hayward P, Wong G, Bright A, Lam D. Stigma And Self-Esteem In Manic Depression: An Exploratory Study. Journal of Affective Disorders 2002; 69: 61-67.

7.Cerit C, Filizer A, Tural Ü, tufan AE. Stigma: A Core Factor On Predicting Functionality İn Bipolar Disorder. *Comprehensive Psychiatry* 2012; 53: 484-489.

8.Vazquez GH, Kapczinski F, Magalhaes PV, Cordoba R, Lopez Caramillo C, Rosa AR at al. Stigma And Functioning İn Patients With Bipolar Disorder. *Journal of affective Disorders* 2011; 130: 323-327.

9.Goossens PJJ, Knoppert-van der Klein EAM, Kroon H, van Achterberg T. Self Reported Care Needs Of Outpatients With Bipolar Disorder İn The Netherlands: A Quantitative Study. *Journal of Psychiatric Mental Health Nursing* 2007; 14(6): 549-557.

10.Boyd-Ritsher J, Otilingam PG, Grajales M. Internalized Stigma Of Mental İllness: Psychometric Properties Of A New Measure. *Psychiatric Research* 2003; 121:31-49.

11.Ersoy MA, Varan A. Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalama Ölçeği Türkçe Formunun Güvenilirlik Ve Geçerlilik Çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2007; 18(2): 163-171.

12.Aydemir Ö, Eren İ, Savaş H, Oğuzhanoglu NK, Koçal N, Özgüven HD ve ark. Bipolar Bozuklukta İşlevsellik Ölçeğinin Geliştirilmesi, Güvenilirlik Ve Geçerliliği. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2007;18(4):344-352.

13.Walsh J. *Psychoeducation İn Mental Disorder*. Los Angeles:Lycium Inc; 2010.

14.Proudfoot JG, Parker GB, Benoit M, Manicasagar V, Smith M, Gayed A. What Happens After Diagnosis? Understanding The Experiences Of Patients With Newly Diagnosed Bipolar Disorder. *Health Expectations* 2009;12(2):120-129.

15.Taşkın EO(ed.), Aydemir Ö. Stigma Ruhsal Hastalıklara Yönelik Tutumlar ve Damgalama: Bipolar Bozukluğa Yönelik Tutum Ve Damgalama. 1. Baskı. Meta Basım ve Matbaacılık., İzmir-2007. ss:156-165.

16.Taşkın EO(ed.), Taşkın EO. Stigma Ruhsal Hastalıklara Yönelik Tutumlar ve Damgalama:Ruhsal hastalıklara yönelik tutum ve damgalamayı etkileyen faktörler. 1. Baskı. Meta Basım ve Matbaacılık., İzmir-2007. ss:73-114.

17. Fung KT, Tsang HWH, Corrigan PW, Lam CS, Cheng WM. Measuring Self Stigma Of Mental İllness İn China And Its İmplications For Recovery. *International Journal of Social Psychiatry* 2007; 53(5): 408-418.

18.Perlick DA, Rosenheck RA, Clarkin JF, Sirey JA, Salahi J, Struening EL at al. Stigma As A Barrier To Recovery Adverse Effects Of Perceived Stigma On Social

Adaptation Of Persons Diagnosed With Bipolar Affective Disorder. *Psychiatric Services* 2001; 52(12):1627- 1632.

19.Thome ES, Dargel AA, Migliavcca FM, Potter WA, Jappur DMC, Kapczinski F at al. Stigma Experiences İn Bipolar Patients: The İmpact Upon Functioning. *Journal of Psychiatric And Mental Health Nursing* 2012 Oct; 19(8):665-671.

NURSES WORKING IN INTERNAL MEDICINE WARDS KNOWLEDGE AND PRACTICE RELATED TO FOOD-DRUG INTERACTION

Güler BALCI ALPARSLAN¹

ABSTRACT

Aim of this study is to determine nurses' knowledge and practice about food-drug interaction. This study was a descriptive and cross section. The target population included 90 nurses who works in clinics of internal diseases in two university hospitals in Ankara. The survey was conducted using questionnaire form developed in light of related literature by researcher. Data were entered and evaluated into the SPSS. 32.2% 26.7%, 24.4 % of the nurses had knowledge about effects of alcohol, calcium, grapefruit respectively. In regard to effects of drugs on minerals and vitamins in organism, 37.8% and 7.8% of the nurses had knowledge about effects of anticoagulans and antidiabetics, respectively. The status of nurses' knowledge according to subgroups by age, educational level and working years was assessed. As a result of the analyses no significant differences were found. 12.2% of the nurses expressed that content of nutrition was adjusted by nurses because of food drug interactions. Lesson of food-drug interaction should be put in curriculum of nursing education and topic of food-drug interaction should be firmed by job training. Thus effects of treatment and quality of care could increase.

Key Words: Drug Therapy Management, Health Care, Nursing Care, Food-Drug Interaction

İÇ HASTALIKLARI SERVİSİNDE ÇALIŞAN HEMŞİRELERİN BESİN İLAÇ ETKİLEŞİMİ İLE İLGİLİ BİLGİ VE UYGULAMALARI

ÖZET

Bu çalışmanın amacı, hemşirelerin besin ilaç ile ilgili bilgi ve uygulamalarını belirlemektir. Bu çalışma tanımlayıcı ve kesitseldir. Ankara’ da iki üniversite hastanesi iç hastalıkları kliniklerinde çalışan 90 hemşire çalışmanın örnekleimidir. Araştırmada araştırmacılar tarafından literatüre dayanılarak geliştirilen anket formu kullanılmıştır. Veriler SPSS’e girilmiş ve değerlendirilmiştir. Hemşirelerin sırasıyla %32.2, %26.7, %24.4’ünün, alkol, kalsiyum ve greyfurtun etkisi ile ilgili bilgisi vardır. İlaçların mineral ve vitaminler üzerindeki etkisi dikkate alındığında, sırasıyla %37.8ve %7.8’i antikoagülan ve antidiyabetiklerle ilgili bilgisi vardır. Hemşirelerin bilgisi, yaş, eğitim durumu ve çalışma yılı gibi alt gruplara göre değerlendirilmiştir. Analiz sonucunda istatistiksel açıdan anlam çıkmamıştır. Hemşirelerin %12.2’si besin ilaç etkileşimi nedeniyle hemşireler tarafından besin içeriğinin ayarlandığını vurgulamıştır. Hemşirelik eğitiminde besin ilaç etkileşimi derslerinin müfredata konmalı ve hizmet içi eğitimde besin ilaç etkileşimi konusuna yer verilmelidir. Böylece tedavinin etkinliği ve bakımın kalitesi artabilecektir.

Anahtar Kelimeler: İlaç Tedavi Yönetimi, Sağlık Bakımı, Hemşirelik Bakımı, Besin İlaç Etkileşimi

INTRODUCTION

Nutrition/food-drug interaction is among the important factor which determines the quality of treatment and care. It is necessary to pay attention not only the dosage and frequency of drugs which must be used in the treatment but also the nutrient elements and amounts during the treatment. Because drugs can change metabolism of nutrients just as the nutrients which is taken can affect pharmacodynamics and pharmacokinetics of drugs. Nutrients and drug interaction can be positive or negative (1-3).

It is known that drug treatment, alimentation and nursing care affect directly the healing process and quality of life. Health professional who implement drug treatment is nurse. Nurses are responsible for controlling efficiency of treatment and evaluating the results. At the same time, nurses should also take into consideration that alimentation is one of the effects that increases or reduces the efficiency of drugs even causes toxicity. Nurses should follow closely nutritional status as they implement and evaluate the drug treatment. Nurses should know the interaction between drug treatment and alimentation for conducting them effectively and they should assume the key role with their implementation.

As result of literature search, is has not been found data and studies of nurses' information and implementation about the nutrient-drug interaction in Turkey. By considering the shortage of information about this subject, it is thought to contribute the augmentation of care quality with the information and implementation of nurses' about nutrient-drug interaction, developed proposals in accordance with the results (4-9).

Research is planned as the descriptive and cross-sectional for determining the nurses' who work in the clinic of internal medicine- knowledge and implementation about food-drug interaction.

MATERIAL AND METHOD

Working Group

Research was conducted between 28.07.2008-31.08.2008 with 90 (%72) nurses who accept to involve in research and work in the clinics of internal medicine in two universities in Ankara. All the nurses are involved to research who work in the clinics. If the choice of hospital, it is considered that the patients who apply for internal medicine form the majority in comparison with the other hospitals.

Questionnaire And Evaluation

Data is collected with the questionnaire which created by researchers as a result of literature research. It is constituted two parts in the questionnaire. The 11 questions constituted the first part and they are made for determining the sociodemographic (age, period of employment, education etc) and food-drug interaction of nurses. The second part consists of the information and implementation parts which is made for determining the effects of nutrients to drugs and the effects of drugs to the vitamins and minerals that are in organism. While preparing the questionnaire, it is considered drug groups which are used usually in internal medicine clinics. It is wanted from nurse to mark nutrient groups which the nurses think them to influence each other and consist of drugs and nutrients. And also it is wanted to make an explanation in the blanks. In the evaluation of data, it is accepted ones who knows interacting drug with the food/diet content -consumption level- are accepted as “have knowledge” and ones who knows of the fact that of this medicines affectiveness on the vitamin and mineral levels of the organism are accepted as “have knowledge”. It is food drug interaction are shown below:

Food/Diet Content -Drug

Including calcium foods / diet: Iron preparations and tetracycline

Including sodium foods / diet: Antimanic (Lithium)

Including iron foods / diet: Tetracycline

Including protein foods / diet: Levadopa

Including alcohol diet: Antineoplastic, tetracycline, antimanic (Lithium)

Herbal Teas: Antineoplastic

Including grapefruit juice diet: Antihypertensive(calcium channel blockers), antineoplastic

Drugs And Vitamins/Minerals

Antacid: Vitamins A and B, folic acid, calcium, iron, zinc, phosphate and magnesium.

Antilipidemic: Vitamins A, B, D, E and K, folic acid and iron.

Antibacterial: Vitamins A, B and C, calcium, iron, copper, zinc, sodium, potassium, phosphate and magnesium.

Anticoagulants: Vitamin K.

Laxative: Vitamins A, D, E and K, calcium, sodium, potassium and phosphate.

Diuretics: calcium, zinc, sodium, potassium and magnesium.

Antidiabetic: Vitamin B.

Steroid: Vitamin C, calcium, sodium and potassium.

Antineoplastic: Vitamin B, folic acid, calcium, potassium, phosphate and magnesium.

Antihypertensive: Vitamin B, sodium.

Analgesics (narcotics out):calcium, iron.

Anti-inflammatory: Folic acid, calcium, zinc and potassium.

Bronchodilator: Vitamin B.

Anticonvulsant: Vitamins D and K, folic acid and calcium

Antiparkinsonian: Iron

Antidepressant: Copper and sodium

Implementation Of The Question Form

Pre-implementation survey forms have been conducted with 10 nurses and these have been kept outside research extent. After pre-application, necessary changes have been made on form. The meeting have been arranged in data collection period, lasted average of 45 minutes with responsible nurses for clinic. In meeting have been emphasized importance of working with responsible nurses and survey form has been introduced. Each responsible nurse at the same time has carried out survey forms in her own clinic.

Analysis Of Data

The data have been evaluated in statistical package program and in evaluation the frequency, distribution, and chi-square tests have been used. The written acceptance has been taken from the institutions in which the study was conducted and The nurses, who agreed to participate in the study, have been informed consent.

RESULTS AND DISCUSSION

%53.3 of nurses are between the age of 22-29 (30.2 ± 0.58 ; 22-45) ($p=0,120$) and %48.9 of nurses graduated from university. It is stated that total period of employment of the nurses' with the percentage %48.2 is about 2-5 (9.2 ± 0.75 ; 1-28) ($p=0,088$) years and %46.7 of period of employment in the internal medicine clinic is about 2-5 years (7.3 ± 0.71 ; 1-28). By this research, it is stated that %10 of nurses who involved this research attended class which is about food-drug intereaction and %5.6 of them in-service training for food-drug interaction.

The knowledge of the nurses, who work in internal medicine clinic, about effects of the nutrition/diet contents on medicines is analysed. With the analyses of the **data**, it is stated that the %32.2 of the nurses know of the effects of the alcohol, %26.7 of them know of the

effects of the calcium %24.4 of them know of the effects of the grapefruit juice, %23.3 know of the effects of the herbal tea, %16.7 know of the effects of the iron,%15.6 of them know of the effects of the protein and %10 of them know of the effects of the sodium on importance of the using medicines (Table-1).

When the nurses' knowledge about the affectiveness of the drugs on vitamin and mineral level at the organism are analysed; it is stated that the %37.8 of the nurses know the effects of the anticoagulant, %7.8 of them know the effects of antidiabetics, %2.2 of them know the effects of bronchodilator and antiparkinsonian,%1.1 of them know the effects of antihypertensive, antibacterial, laxative, and steroids (Table-1).

Because anticoagulants as one of the most used medicines by the nurses, and the is the most knowledge (Table-1) on nutrition interaction of anticoagulants compared to the other ones; In table 2, it is assesmented of the relation between the nurses' knowledge on the anticoagulants and the age, total period of employment and the education levels are analysed. According having knowledge of drug-nutrition, age ($p=0,120$), period of employment ($p=0,088$) and the education levels ($p=0,323$) there isn't significant difference ($p>0,05$) (Table-2).

When evaluating the implantation of nurses about food-drug interaction,%33.3 of nurses indicated that they gave an education about nutrient-drug interaction and when evaluating the content of their education, it is stated that iron-calcium interaction was in the first place with percentage of %60. 12.2% of nurses expressed they controlled and arranged nutrition content of considering using drugs and in case need they worked dietetics together. %3.3 of nurses stated that they monitored the level of blood-potassium in who used diuretic and laxative and %2.2 of them monitored the level of blood-sodium and according with that, they arranged the content of nutrient (Table-3).

Table 1. Situation Knowing of Nurses About Effects of Food/Nutrition Content on Drugs and of Drugs on Vitamins/Minerals in Organism

Food/Nutrition Content	Frequency	%
Alcohol*	29	32.2
Calcium*	24	26.7
Grapefruit Juice *	22	24.4
Herbal Tea*	21	23.3
Iron*	15	16.7
Protein*	14	15.6
Sodium*	9	10.0
Drugs		
Anticoagulant*	34	37.8
Antidiabetic*	7	7.8
Bronchodilator *	2	2.2
Antiparkinsonian *	2	2.2
Antihypertensive *	1	1.1
Antibacterial *	1	1.1
Laxative *	1	1.1
Steroid*	1	1.1
Other**	0	-

*n folded

**Antacid, antilipidemic, antidiuretic, antineoplastic, analgesic, anti-inflammatory, anticonvulsant, antidepressant

Table 2. Sociodemographic Features According to Know Interactions Anticoagulant Drug-Food/Nutrition

Socio-demographic Features		Knowledge Sitituon Interactions Anticoagulant Drug-Food/Nutrition				Test Result
		Have Knowledge		No Knowledge		
		Frequency	%	Frequency	%	
Age	22-29	14	41.2	34	60.7	
	30-39	17	50.0	16	28.6	X²: 4,239
	40-45	3	8.8	6	10.7	p: 0,120
Period of employment (year)	0-1	0	-	3	5.4	
	2-5	10	29.4	27	48.2	X²: 6,546
	6-10	10	29.4	8	14.3	p: 0,088
	11 and above	14	41.2	18	32.1	
Education	High School	8	23.5	7	12.5	X²: 2,258
	2 year at university	11	32.4	17	30.4	p: 0,323
	Graduated University	15	44.1	32	57.1	
Total		34	100.0	56	100.0	

Table 3. Nurses' Implementations on Food/Nutrition Drug Interactions

Implementations	Sayı	%
Arranging nutrition content of considering using drugs	n:90 11	12.2
Monitoring the level of blood-potassium used diuretic and laxative	n:90 3	3.3
Monitoring the level of blood-sodium used diuretic and laxative	n:90 2	2.2
Giving education/instruction about food-drug interaction	n:90 30	33.3
Education/instruction Subjects	n:30	
• Iron-calcium interaction *	18	60.0
• Antihypertensive drug and food interactions*	4	13.3
• Anticoagulant drug and food interactions *	4	13.3
• Grapefruit Juice and food interactions *	4	13.3
• Steroid and food interactions *	4	13.3

*n folded

With this study it has been determined a small percentage of nurses have knowledge about effect of nutrient/diet content on important drugs (Table-1). Especially containing calcium, iron, protein foods, herbal teas, grapefruit juice and such as alcohol drinks groups are known to effect the pharmacokinetics of the drug. In our study it has been most known the alcohol have an effect on drug (Table-1). Alcohol, by making pyloric spasm, with etinol microsomal oxidizing system activation, affect adversely effect of drug absorption and metabolism of many drugs. Using drug with alcohol consumption to can cause increase and decrease of drug effects to undesirable levels and intoxications. Especially the central nervous system depressants, antineoplastic and antibiotic drugs are from drug groups that interact with alcohol. In order to the effectiveness of the treatment, it's vital that the nurses should know alcohol-drug interaction and should also gather information about the alcohol habit of the patient and should plan the nursing process. When faced with the situations like alcoholism,

the nurse should direct the patient to the appropriate advice and guidance emergency, taking into the consideration of alcohol and drug interactions (10,11).

Calcium and irons can effect negatively drug emmision, especially by forming seleration with the tetracycling group antibiotics; proteins can effect negatively attachment and distribution by interreacting with levadopa. Because the sodium level in organism is important for the ones who takes lithium, sodium taking should controlling. Because of being Narinjin and CYP3A4 enzyme inhibitor in grapefruit juice, inperiod of drug therapy, grapefruit juice consumption affects negatively on drug metabolism. Especially some drugs are metabolized with CYP3A4 enzyme. Consequently, when the nurses' knowledge of drugs' effects on vitamins and minerals in organism is analysed, very few of them (%10-32,2) have knowledge about this.

In our research, anticoagulant drugs' intereaction with the vitamins and minerals are pointed out with the most proportion (%26.7) (Table-1). Knowing the effect of the commonly used drugs in internal disease clinics like antihypertensives, laxatives, steroids bronchodilators, antiparkinsonians, antidiabetics and anticoagulants, monitoring these, giving care including nutrition education and informing the patients and care giver may enhance the effectiveness of the treatment (1-3,7,8,10-14).

With the literature research, the studies which the knowledge of nurses' about food drug interactions can not be found so the studies which the knowledge of nurses' compare with sociodemographic features can not be shown. But in other studies that determine the nurses' knowledge about other subject, there is no significant differences between knowledge situation and sociodemographic datas. In the study that was made by Mortel, it is examined informations and implementation of health workers about hepatisis C. At the end of this study, there is no statistically differences between knowledge situation and sociodemographic features (15). And in the other study that made by Soh and his friends, they examine knowledge of intesive care nurses about infections in hospital. With this, it is found not difference as statistically the sociodemographic features such as educational status and period of employment (16). Similar with the other studies, in this study any significant difference can not be found, it is clearly demonstrated that socio-demographic data (Table-2) like age, educational status and period of employment does not affect knowledge situation of the sociodemographic features.

When analyzing the applications about food-drug interaction, it is found that a great number of nurses give information to inpatient about the topic, small proportion of the nurses control nutrition considering the using drugs and if it is necessary they make the arrangement (Table-3) It is found that still a very small proportion on nurses follow the changes of serum electrolyte changes. Among the drug groups which can make liquid electrolyte changes, laxatives, diuretics, steroids and from antimanic drugs lithium can be mentioned. For example nurses must know to follow the sodium level of patient who use lithium and nurses must plan their care from this direction. Among nurses' drug implementation, it can be mentioned such as arranging of food and drug hours, supplying patients to take vitamin C besides iron preparat, impeding the patients, who use drugs, from the grapefruit juice and alcohol consumption (within the institution or outside from institution after discharge), informing to discharged patients or relative of them about the drug intereaction and its importance. At the end of the research, none of the nurses mention about these interference. The main cause of this situation is lack of knowledge that nurses have. So it is expected that they don't undertake the interferences about the drugs. Nurses must take into consideration food drug interaction when being educated about drugs which they are using or they will use. It is nurses' responsibility to pursue the drug implementation of hospitalized patient. Nurses decide and implement usually the drug time/hours. Drugs and nutrient groups should be considered to be in different time zones to prevent negatively interactions. For example if the patient takes iron preparat, it must required at least two hours betwween foods and beverages contain calcium. It must cease foods and beverages, which has long effects to human body like especially grapefruit juice, when using intereacted drugs. In intereaction, not only the time but also nutritional content is important. Nutritional content must be arranged according to drug groups which are used by the nurse. It must be known well implementation method of drugs, which may be interact, in patient who takes support of total parenteral and enteral alimentation and it must be considered of these methods.

As described above it is important that nurses must know and implement food-drug intereaction for the effectiveness of the treatment. Thus nurses, who know intereaction, can inform patients and can be guide to home care which is the important piece of treatments (2,3,6,9,13,14). But it is observed that is is not given enough importance to food-drug intereaction in the education and implementation which is given by the nurse to the both

hospitalized and non-hospitalized patient. The cause of this is considered that nurses' information about food-drug interaction is not enough.

Pascoe and his friends decided the education range which is required by discussing with nurses. At the end of the research, %75.1 of nurses pointed that there is an education requirements about drugs, their effects and their implementations (17). In this study, few of the nurses expressed that they gave instructions about food drug interaction (Table-3). When explicating content of the information which is about food-drug interaction that given by the nurse to the patient, it is observed that most of these informations are just about iron-calcium interaction. As the cause of very few of the nurses, being aware of the food-drug interaction and also calcium-iron interactions' only majority in the content of training; it is likely to be for giving inadequate importance both in professional and in in-service trainings, and inadequate apprehending of the subject by nurses, moreover the results point that out. When the results of the research are analysed, it is stated that some of the nurses know the alcohol-drug interaction but they don't educate to patient on the subject. Moreover, while the percentage of knowledge about the calcium and iron interaction is about %24, the education percentage on this subject is only %20. While these percentages on food-anticoagulan interaction is %34 and %4.4, for grapefruit juice-drug interaction, it is only %22 and %4.4. It is only %1.1 and %4.4 for antihypertensive drugs and steroid drugs food interaction (Table 1 and 3). These results show that very few of the nurses have knowledge on this subject and fewer of them educate to patient this subject. As shown, it has been stated that very few of the nurses are educating on antihypertensive and steroid drug-food interaction, without the required knowledge. This shows us that there is a wrong or inadequate training about the subject and also makes us think that the treatment process may be effected negatively. With this research, it has been stated that very few of the nurses was educated in school and in-service training. In this case, both on professional training and on in-service training, it is highly recommended to give great importance on the food-drug interaction subject. Starting from the professional training of the nurse, also on in-service trainings, educating nurses on food drug interaction may provide a better apprehending of the importance of the subject and thus may encourage them to put food drug interaction in the information, given to the patient. Handling the food drug interaction subject both on professional and on in-service trainings at the same time will support nurses to develop themselves on this subject.

In conclusion of search, few of the nurses have knowledge about interactions of food drug and taking into consideration food drug interaction, following the nutritional status has been stated. Nurses having been informed about drug interactions is first step for giving care their patients. With knowing interactions of food drug by nurse, adjustment of drug and feeding times, providing exact and fully nursing care which includes disciplines such as nutrition content and quantity monitoring may enhance the effectivity of treatment. Therefore, in nursing education, at the undergraduate level, putting food drug interaction course in curriculum will especially be critically helpful in Turkey. In addition, in-service trainings by including up to date drugs on regular basis, educating this subject supports the nurse to renew his-her knowledge. The protocol is prepared about food and drug interactions by nursing services administration frequently confronted in service training, and putting this protocol in every room of the clinic will be reminding for nurses. Moreover, by apprehending the importance of food drug interaction in terms of effectiveness of treatment and care, nurses must support their development with up to date publication.

REFERENCES

1. Elmacioğlu F. Besin-İlaç Etkileşimleri (Food Drug Interactions). Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri Dergisi (Journal of Medical Sciences) 2007; 3(31):108-120.
2. www.fda.gov. Food Drug Administration (FDA), 2009; (Access date: 06.03.2012)
3. www.bilkent.edu.tr. Besin İlaç Etkileşimi (Food Drug Interaction), 2009; (Access date: 06.03.2012)
4. Bressler R, Bahl J. Principles of Drug Therapy for the Elderly Patient. Mayo Clinic Proceedings 2003;78(12):1564-1577.
5. Uzun Ş, Arslan F. İlaç Uygulama Hataları (Mistake on Drug Administration) . Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri Dergisi (Journal of Medical Sciences) 2008; 28(2):217-222.
6. Akdemir N, Birol L. İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı (Internal Medicine and Nursing Care). Ankara: Sistem Ofset; 2005.ss.176-178
7. Pharmd L, Spinewine A, Thuang A. The Challenge of Managing Drug Interaction in Elderly People. The Lancet 2007;370(9582):185-191.
8. McCabe BJ. Prevention of Food Drug Interactions with Special Emphasis on Older Adults. Current Opinion in Clinical Nutrition and Metabolic Care 2004; 7(1):21-26.

9. Balcı Alparslan G, Bostan N. Huzurevi Sakinlerinin İlaç, İlaç Kullanımı ve Etkileşimine İlişkin Bilgi ve Uygulamaları (Knowledge and Implamentation on Drug, Drug Using and Interaction of Nursing Home Dwellers). Akademik Geriatri Kongresi (Congress of Academic Geriatric) 2009:151.

10. Çelik S. Alkol İlaç Etkileşimleri (Alcohol Drug Interactions). Türkiye Klinikleri (Journal of Medical Sciences) 2007;3(31):24-27.

11. Yurttagül M. Alkol İlaç Etkileşimi (Alcohol Drug Interaction). Besin İlaç Etkileşimi (Food Drug Interaction) Ankara: 1999: 43-52.

12. Fairweather S, Teucher B. Iron and Calcium Bioity of Fortified Foods and Dietary Supplements. Nutritions Reviews 2002; 60 (11): 360-368.

13. Balcı D, Genç V, Demirer S, Aydıntuğ S. Total Nütrisyon Tedavisinde Farmakolojik Etkileşimler (Pharmacologic Interactions on Total Nutritional Treatment) . Yoğun Bakım Dergisi (Journal of Intensive Care) 2005;5(1):42-49.

14. Black JM, Hawks JH. Medical-Surgical Nursing: Clinical Management for Positive Outcomes. America: Elsevier Saunders, 2005: 47-65

15. Mortel T. Health Care Workers' Knowledge Of Hepatıtıs C And Attitudes Towards Patients With Hepatıtıs C: A Pilot Study. Australian Journal of Advanced Nursing 2002;20(1):13-19.

16. Soh KL, Koziol-Mclain J, Wilson J, Soh GL. Critical Care Nurses' Knowledge In Preventing Nosocomial Pneumonia. Australian Journal of Advanced Nursing 2007;24(3):19-25.

17. Pascoe T, Hutchinson R, Foley E, Watts I, Senior A. The Educational Needs Of Nurses Working In Australian General Practices 2007;24(3):33-37.

GENETİĞİ DEĞİŞTİRİLMİŞ GIDALAR VE İNSAN SAĞLIĞI ÜZERİNE ETKİLERİ

Sema ÖZMERT ERGİN¹, Hilmi YAMAN²

ÖZET

Biyoteknolojideki gelişmeler, organizmalar arası gen transferini mümkün hale getirmiştir. Değiştirilmiş gen dizilimine sahip ya da kendi doğasında bulunmayan, ancak gen transferi vasıtasıyla bir spesifik özellik dahil edilen organizmalar, genetiği değiştirilmiş organizmalar (GDO) olarak tanımlanır. Bu teknoloji tarımdan sağlığa birçok farklı sektörde kullanılmaktadır. Gıdalarda verimi ve ürünün besleyici değerini artırmada veya meyve ve sebzelerin raf ömrünü uzatmada, yenilebilir aşı ve ilaç üretiminde ve hastalıkların tedavisinde kullanılabilir. Buna karşılık gıda güvenliğinde azalma, insan sağlığını olumsuz etkileme gibi kaygılar; dini, kültürel ve etik sorunlar ortaya çıkabilir. Günümüzde bu konunun her yönü ile ilgili yeterli bilimsel veri bulunmamaktadır. Gelecek araştırmalar ve teknolojik ilerlemeler bu alanda daha detaylı ve net bilgiler sağlayacaktır.

Anahtar kelimeler: Genetiği Değiştirilmiş Organizmalar, Genetiği Değiştirilmiş Ürünler, Halk Sağlığı.

GENETICALLY MODIFIED FOODS AND THEIR EFFECTS ON HUMAN HEALTH

ABSTRACT

Developments in biotechnology have made possible to transfer genes between microorganisms. Organisms with changed gene sequence or with a special characteristic which is not a part of its nature but rather inserted through gene transfer are defined as genetically modified organisms (GMO). This technology is used in a lot of different sectors from agriculture to health. It can be used in food to increase harvest and nutritional quality or shelf life of fruits and vegetables, in production of edible vaccine and drugs, and in treatment of diseases. On the contrary, decrease in food safety, worries about the negative effects to human health, religious and cultural ethical problems may occur. At present, there is not enough scientific data about every aspect of this topic. Further studies and technological developments will provide more detailed and clear data in this area.

Key words: Genetically Modified Organisms, Genetically Modified Products, Public Health.

¹ Doktora öğrencisi, Afyon Kocatepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Besin/Gıda Hijyeni ve Teknolojisi Anabilim Dalı

² Doç. Dr., Adnan Menderes Üniversitesi, Aydın Sağlık Yüksek Okulu, Beslenme ve Diyetetik Bölümü

İletişim/Corresponding Author: Sema Özmert Ergin **Geliş Tarihi / Received :** 16.11.2012

e-posta: semaozmert@hotmail.com **Kabul Tarihi / Accepted :** 04.01.2013

GİRİŞ

Ülkemizde tarım ve gıda sektöründe süratli değişimler yaşanmaktadır. Gıda güvenliği ve halk sağlığı tüm ülkelerde gıda kontrol birimleri ve tüketiciler için büyük öneme sahiptir. GDO'lu (genetiği değiştirilmiş organizmalar) tarımsal ürünlerin 1996 yılında dünya ticaretine girmesinden sonra bu konu değişik çevreler tarafından tartışılmaya ve araştırılmaya başlanmıştır. GDO'lar tarım, tıp, sağlık, sanayi, kimya ve birçok alanda kullanılmaktadır (1,2).

Genetiği değiştirilmiş organizmalar, birtakım biyoteknolojik yöntemlerle canlıların sahip olduğu gen dizilimlerinin değiştirilmesi yoluyla canlılara yeni özellikler kazandırılması sonucu elde edilen farklı nitelikteki organizmalardır (3). Genetik yapısı değiştirilmiş organizmalar, Değiştirilmiş Canlı Organizmalar (DCLMO), Genetik Olarak Modifiye Edilmiş Mahsüller (GM) gibi değişik isimlerle de isimlendirilirler.

GDO'lar ile ilgili tartışmalarda en önemli konu şüphesiz bu gıdaların insan sağlığı üzerine olan etkileridir. Diğer taraftan çevre sağlığı, etiketleme, tüketicilerin bilme hakları, dini, kültürel, etik değerler ve gıda güvenliği gibi konular da bu tartışmalara konu olmaktadır (4).

Genetiği değiştirilmiş organizmaları destekleyen gruplar, bu teknolojinin besin kalitesinin ve sağlığa yönelik faydalarının artırılmasında, meyve ve sebzelerin raf ömürlerinin uzatılması ve duyuşsal özelliklerinin iyileştirilmesinde, ürün veriminin artırılmasında, yenebilir aşı ve ilaç üretiminde, insan hastalıklarının tedavisinde ve çevresel olarak birçok faydaları olacağı görüşündedirler. Bu organizmaları eleştirenlere göre ise besin kalitesindeki değişiklik, gıda güvenliği, alerjik ve toksik etki oluşturmaları, genetiği değiştirilmiş ürünlerin etiketlenmemesi durumunda tüketici haklarının ihlali, çevresel ve çeşitli grupların kaygıları ile dini, kültürel ve etik sorunların olabileceğini düşünmektedirler (5,6).

I- REKOMBİNANT DNA TEKNOLOJİSİ

Rekombinant DNA teknolojisi, çeşitli materyallerden genlerin izole edilip istenilen değişikliklerin yapılması, genlerin klonlanması ve bunların çeşitli araştırmalarda kullanılması uygulamalarıdır (7). Genetik mühendisliği 1970'lerde Kaliforniyalı bilim adamlarının enzim kullanarak rekombinant DNA'yı keşfetmeleriyle başlamıştır. Daha sonra antibiyotik dirençli soya, insektlere dirençli mısır ve patates, virüslere dirençli kabak gibi transgenik ürünler yetiştirilmeye başlanmıştır (8,9). Bir DNA fragmentinin veya bir gen bölgesinin elde edilip

çoğaltılmasında çeşitli evreler uygulanmaktadır. Bunlar, öncelikle organizmadan DNA'nın elde edilmesi (ekstraksiyon-pürifikasyon), sonra fragmentlere ayrılması (fragmentasyon), daha sonra da çeşitli yöntemler kullanılarak bu fragmentlerin sayısının artırılması (klonlama) evreleridir (10).

A- Rekombinant DNA Teknolojisinin Gıda Alanında Kullanımı

Rekombinant DNA teknolojisinden gıda alanında enzim üretimi, starter kültür üretimi, organik asit, aminoasit ve C vitamini üretiminde yararlanılmaktadır. Gıda üretiminde mikroorganizmaların enzim üretimini artırması biyoteknolojide kullanılan tekniklerdendir (11). Amacı ise insektlere, viral patojenlere direncin artmasıdır. Farklı rekombinant mikroorganizmalar tarafından üretilen kimoziin gıda endüstrisinde yaygın olarak kullanılmaktadır (12, 13).

Danimarka'da yapılan bir çalışmada; içeceklerde tatlandırıcı olarak kullanılan bir enzim üretilmiştir. Bu enzimin pH değişikliklerine dayanıklı olduğu bulunmuştur (14). Bu teknoloji ile peynir mayası için üretilen bir enzim sayesinde % 60 daha sert peynir yapımı sağlanmıştır (15).

Rekombinant DNA teknolojisi bazı starter kültürlerin üretiminde de kullanılmaktadır. Modern moleküler biyoloji teknikleriyle probiyotik laktik asit bakterileri elde edilmiştir (16). *Leuconostoc spp.* kültürü tereyağında istenmeyen bir bileşik olan asetaldehiti parçalamak için kullanılmıştır (17, 18).

Günümüzde C vitamini (askorbik asit) üretiminde glikoz rekombinant bir organizma tarafından ketoglikonik asite dönüştürülmekte ve daha sonra ketoglikonik asit askorbik asite dönüştürülmektedir (7).

II- GENETİĞİ DEĞİŞTİRİLMİŞ ÜRÜNLER

Genetiği değiştirilmiş ürün endüstrisi artarak yaygınlaşmaktadır. Dünyada GDO'lu ürünlerin ekim alanı 1996'da 1,7 milyon hektar iken 2000 yılında 44,2 milyon hektara çıkmıştır. 23 ülkede yapılan bir araştırmada ise 2007 yılındaki ekim alanı toplam 143 milyon hektar olduğu bulunmuştur (19, 20).

Bilinen izinli ilk GDO "FLAVRS AVR™"dır. Bu GDO'ya 1994'de ticari üretim izni alınmış ve transgenik domates çeşidi olarak geliştirilmiştir (21). 1995'te *Bacillus*

thuringiensis (Bt) mısır ekimi yapılmıştır. 1998’de GDO’lu ürünlerin etiketlenmesi ile ilgili düzenlemeler yapılmıştır (22).

Genetiği değiştirilmiş organizma üretimi gün geçtikçe artmakta ve hayatın her alanında karşımıza çıkmaya başlamaktadır. En yaygın ürünler ise soya, pamuk, mısır ve kanola olup uygulama en fazla soyadadır. Bunların yanında pirinç, balkabağı, ayçiçeği, yer fıstığı, kasava ve papaya da GDO’lu olarak üretilmektedir. Muz, ahududu, çilek, kiraz, ananas, biber, kavun ve karpuzda halen çalışmalar devam etmektedir. Tahıllardan ise yalnızca çeltikte yabancı ot ilacına dayanıklılık sağlayan bir gen aktarımı yapılmıştır. Buğday, arpa gibi yüksek ekonomik değere sahip ürünlerde henüz üretime sokulmuş bir transgenik ürün bulunmamaktadır (23).

A- Genetiği Değiştirilmiş Gıdalar ve Amaçları

Gıda alanında GDO teknolojisinin farklı gıda gruplarında ve hangi amaçlarla kullanıldığı tablolarla gösterilmiştir.

Tablo 1. Genetiği Değiştirilmiş Meyve ve Sebzeler

GD ürünler	Hedefler	Kaynaklar
Domates	Herbisitlere dayanıklılık Raf ömrünü uzatmak	24
Patates, muz, domates	Yenebilir aşı üretmek	14, 25
Patates	Nişasta oranını artırmak	26
Patates, domates	Toksik madde oranını azaltma	27
Biber, domates	Çekirdeksiz ürünler	7
Soya, mısır, patates	Antibiyotik ve insektisitlere direnç	8, 9, 28
Kanola, ayçiçeği	Doymamış yağ oranını artırmak	29
Domates, çilek	Kutuplarda yaşayan bir balık geni transferi ile soğuğa dirençli ürün elde etmek	30
Çilek, şeftali, ananas	Olgunlaşmayı geciktirmek, raf ömrünü uzatmak	15
Patates	Kolera ve diyarenin önlenmesi	31
Muz	Virütik hastalıklara dayanıklılık	32
Üzüm	Çekirdeksiz üzüm elde etmek	32
Papaya, patates	Virüslere dirençlilik	33

Tablo 2. Genetiği Değiştirilmiş Tahıllar

GD ürünler	Hedefler	Kaynaklar
Çeltik	Verim artışı	16
Çeltik, ceviz	Alerjik etkinin azaltılması	27
Pirinç	A vitamini oranını artırmak	34, 25
Mısır ve soya	Kanatlı hayvan, balık beslenmesinde kullanma	35,6
Tahıl	Aminoasit oranını artırmak	23
Pamuk ve mısır	İnsektisitlere direnç	36, 37, 38
Buğday	Ot öldürücülere dayanıklılık	32
Çeltik	Demir ve beta-karoten içeriğini zenginleştirmek	39, 15
Mısır	Broyler beslenmesinde kullanma	30
Mısır	Viral bitki hastalıklarına dayanıklılık	15

Tablo 3. Genetiği Değiştirilmiş Et ve Et Ürünleri

GD ürünler	Hedefler	Kaynaklar
Balık	Et veriminin artması	40
Koyun	Az yağlı et üretimi	41
İnek	Et ve süt veriminin artması	5
Domuz	Yemden yararlanma oranının ve et veriminin artması	7
Koyun	Yün verimini artırma	15

Tablo 4. Genetiği Değiştirilmiş Süt ve Süt Ürünleri

GD ürünler	Hedefler	Kaynaklar
Süt	Laktoza duyarlı bireyler için sütün içeriğinin değiştirilmesi	5
Yoğurt	Mide asidine dayanıklı laktobasillerle probiyotik ürün eldesi	10
Peynir	% 60 daha sert peynir elde etmek	15

B- Genetiği Değiştirilmiş Laktik Asit Bakterilerinin Gıdalarda Kullanımı

GDO teknolojisi bitkisel ve hayvansal ürünlerin yanı sıra mikroorganizmalarda da kullanılmaktadır. Genetiği değiştirilmiş mikroorganizmalar (bakteriler, mayalar ve küfler) ekmek, bira, peynir, bağcılık ürünleri vb. çeşitli üretimlerde, enzim ve gıda katkı maddesi olarak aminoasit elde etmek için kullanılmaktadır. Bu şekilde birçok endüstriyel ürün elde edilebilmektedir (5).

Bilindiği gibi starter kültürler fermente süt ve et ürünlerinin (peynir, tereyağı, yoğurt, sucuk vb.) yapımında kullanılırlar. Bu kültürler fermente besinin olgunlaşmasını sağlayarak ürüne özgü tat ve kokuyu verirler. Laktik asit bakterileri (LAB) gıda üretiminde uzun yıllardan beri kullanılmaktadır. LAB gram pozitif, sporsuz bakterilerdir. Fermente et, süt ve diğer gıda endüstrilerinde peynir, yoğurt, kefir, sosis, zeytin gibi gıdalarda fermentasyonda starter kültür olarak LAB'lar yaygın olarak kullanılırlar (16,42). Bu bakteriler ürünün kalitesini, raf ömrünü, besin değerini artırır.

Genetiği değiştirilmiş *Lactobacillus lactis* suşları kullanılarak Roquefort peynirlerinde kalite artırılmıştır. Yoğurt yapımında kullanılan *Lactobacillus delbrueckii* subspecies *bulgaricus* suşları ise ürünün raf ömrünü uzatmıştır. Ayrıca bu suşlar antibiyotik üretiminde, riboflavin ve diasetil enzimi üretiminde de kullanılırlar. Tereyağına karakteristik tat ve kokusunu veren, laktik asit bakterilerinin çoğalması ve laktik asit üreterek asiditeyi arttırması sürecinde oluşan diasetil isimli bileşiktir (42). Yine bu teknoloji ile *Leuconostoc* spp. kültürüne tereyağında istenmeyen bir bileşik olan asetaldehidi parçalama özelliği kazandırılmıştır (17). Yem endüstrisinde ise *Lactobacillus plantarum* kullanılmış ve bunun silaj yemlerde pH düşürücü etki gösterdiği bulunmuştur (43).

III. GENETİĞİ DEĞİŞTİRİLMİŞ GIDALARIN İNSAN SAĞLIĞI ÜZERİNE ETKİLERİ

A. Olumlu Etkiler

1. Gıdaların Besin İçeriklerinin Artırılması

Tarımsal biyoteknoloji uygulamalarıyla gıda veriminde ve kalitesinde artış sağlanabilmektedir. Gıda kalitesindeki artış, gıdanın tadı, yapısı, görünüşü ve besin değerindeki artış anlamına gelmektedir. Domateste kuru madde oranının artırılması, soyadaki doymamış yağ asidi oranının artırılması gibi uygulamalar sağlık açısından yararlıdır.

Gıdaların besin değerinin artırılması insan beslenmesi ve sağlığın korunmasında önemli bir uygulamadır. Araştırmalara göre A vitamini yetersizliğinden dolayı 14 milyon çocuk tedavisi mümkün olmayan göz hasarıyla karşı karşıyadır. Yine dünya nüfusunun % 30'unda demir eksikliği görülmektedir. Bu durum öğrenme kabiliyetini azaltma, enfeksiyon artışı gibi sorunlar oluşturur. Bilim adamları A vitamini miktarını artıran bir pirinç türü üretmişlerdir. Farklı bir pirinç türünde de demir oranı iki kat artırılmıştır (44).

Gen aktarım teknolojisi ile bazı kanserlerin, kalp hastalığı ve körlük gelişiminin sebebi ve zararlı bir kimyasal reaksiyon olan, biyolojik oksidasyonu yavaşlatan veya engelleyen bileşikler olarak bulunan antioksidan vitaminlerin ve minerallerin ürünlerdeki düzeyi artırılmaktadır. C vitamini insan beslenmesi açısından önemlidir. Genetik değiştirme teknolojisi ile üretilen çilekte C vitamini düzeyi artırılmıştır (35). Gıda ürünlerindeki antioksidan düzeyinin artırılması, toplumda var olan belirli kanser ve diğer kronik hastalıkların oranının azalmasını sağlayacaktır. Önemli bir antioksidan olan likopen, genetiği değiştirilmiş domates, domates ürünleri ve biberde bol miktarda bulunmaktadır.

Doymuş yağ oranı yüksek olan yağlar insanlarda kolesterolün yüksek olmasına sebebiyet vermektedir. Sağlıklı bir beslenme açısından doymuş yağ oranı düşük ve doymamış yağ oranı daha yüksek olan yağlar tercih edilmelidir. Genetiği değiştirilmiş soya ve kolza çeşitlerinde doymamış yağ oranı artırılarak vücuttaki kolesterol oranı kontrol altına alınabilmiştir (23, 29).

Ayrıca yüksek nişasta oranına sahip patates çeşitleri, gluteni ve ekmeklik kalitesi yükseltilmiş buğday çeşitleri, aminoasit oranı artırılmış tahıl çeşitleri üretilmektedir (23). Transgenik yöntemlerle balıkların daha fazla büyüme hormonu salgılaması ve böylece et veriminin artması sağlanmıştır (3).

2. Gıda Veriminde Artış ve Yeterli Beslenme

Günümüzde dünyada yetersiz beslenme ve açlık sebebiyle ölümlerin görüldüğü ülkeler bulunmaktadır. Nüfusun hızla artması ise besin ihtiyacının karşılanması endişesini doğurmaktadır. Ekilebilir alanları artırmak mümkün olmadığı gibi, tarımsal üretimde kullanılacak tatlı su kaynakları da hızla azalmaktadır. Artan nüfusu besleyecek miktarda üretim birim alandan alınan ürün veriminin artırılması gerekmektedir. Bu açıdan bakıldığında genetiği değiştirilmiş ürünlerin açlığa bir çözüm olduğu düşünülmektedir (5,41).

Hastalık ve zararlılara karşı dayanıklı genlerin aktarıldığı ürünlerle hem ilaçlama maliyetleri azaltılmakta, hem de verimde artış sağlanmaktadır (45).

3. Yenebilir Aşı Üretimi

Dünya üzerinde çok sayıda insan önlenemez sağlık sorunları nedeniyle yaşamını kaybetmekte veya sakat kalmaktadır. Bu hastalıkların pek çoğunun önlenmesinde aşılama, en etkili yöntemdir. Aşıların pahalı olması, uygulanma şekli, uygulanması için eğitimli personele

ihtiyaç duyulması, taşınması ve saklanması zor olması, insanların sosyokültürel yapısı gibi birçok nedenle pek çok kişi aşıya ulaşamamaktadır. Tükettiğimiz sıradan bitkilere aktarılabilecek genler vasıtasıyla patojen mikroorganizmaların çeşitli proteinlerini sentezleyen bitkiler elde edilerek bu bitkilerin aşı olarak kullanılmasına çalışılmaktadır. Hepatit B, diyare, kolera, kızamık ve birçok hastalığa karşı genetiği değiştirilmiş meyve ve sebzeler kullanılmaktadır (25). Bu yöntemin en önemli avantajı aşının oral olarak alınabilmesidir. Bu amaçla patates, muz, tütün ve marul üzerinde çalışmalar sürdürülmektedir (3). Domates ve patatese aktarılabilecek genlerle yapılan bir çalışmada aşı maliyetini düşürmek ve bu ürünleri Afrika gibi yerlere kolay ulaştırmak amaçlanmıştır (46). Ayrıca ishal aşısı içeren muz, protein içeren patates, kuduz aşısı içeren mısır ve monoklonal antikor üreten mısır çeşitleri üretimi gibi çalışmalarla sağlık alanında gelişmeler sağlanmıştır (23).

Son zamanlarda diyabet hastalarının insülini iğne yoluyla alması yerine ağız yoluyla alabilmesi için bitkilerde insülin üretimi amaçlanmıştır (5).

4. İnsan Hastalıklarının Tedavisi

Gıdaların besin değerinin artması (A vitamini artışı gibi), insan sağlığını olumlu etkiler. Ayrıca üretimde pestisit ve herbisitlere duyulan ihtiyacın azalması da gıda güvenliği, insan sağlığı, alerji ve duyarlılıkların azalmasını sağlar. Antihipertansif etkisi olan ovokinin içeren soya, laktoz intoleransı olan bireyler için üretilmiş laktoz içeriği azaltılmış süt tedavi amaçlı örneklerdir (3). Kolera ve diyarenin önlenmesi için üretilen genetiği değiştirilmiş patatesler etkili olmuştur. Koleradan AIDS'e kadar birçok hastalığa çözüm aranmakta, aşı üretimi yapılmaktadır. Bu gelişmeler insan sağlığını olumlu etkiler ve hayat kurtarır (31).

B. Olumsuz Etkiler

1. Antibiyotiklere Direnç Gösterme

Üretimi hızla artan GDO'lu ürünlerin sağlığımıza ne gibi etkileri olacağı belirsizdir. Yabancı genetik materyal başka bir canlıya verilince, bu genler çevredeki hastalık yapan bakteri veya mikroorganizmalarla veya bunları yiyen insan ve hayvanların bağırsaklarındaki mikroplarla da birleşebilirler. Bu şekilde antibiyotiklere dirençli bakteriler oluşabilir ve bu durum sağlık açısından olumsuz sonuçlar doğurabilir (47). Özellikle GDO'lu besinlerin antibiyotiklere dirençli genetik materyal taşıması, insan bağırsağındaki bakterilere bu genetik materyalin geçmesi, çok tehlikeli bir durum olabilir. Böyle bir aktarım sonucunda bugün

birçok hastalığın tedavisinde kullanılan antibiyotikler etkisiz kalabilir (22). Ayrıca antibiyotik direnç genlerinin patojen mikroorganizmalara geçmesi durumunda bu, bakterilerin neden olduğu enfeksiyonları kontrol altına almayı zorlaştıracaktır (2, 7).

2. Alerjik Etkiler

Genetik değiştirme teknolojisinin sebep olduğu sağlık problemlerinden biri bazı insanlarda alerjik reaksiyonlar oluşturmaktadır (44,48). Gıda alerjileri bağışıklık sistemiyle ilgilidir. İnsan vücudunda bu alerjiler ağızda dil ve dudak şişmesi ve kaşıntı, gözde kızarma ve şişme, solunum yollarında nefes almada zorluk, sindirim sisteminde abdominal ağrılar, diyare, kusma ve deride ekzama, kızarıklıklar şeklinde kendini gösterebilir. Bazı alerjik gıdalar süt, yumurta, balık, kabuklu deniz mahsulleri, fıstık, soya fasulyesi ve buğday olarak sayılabilir (23).

Genetiği değiştirilmiş soya ve mısır tüketimi sonucu alerjik tepkiler ortaya çıkmıştır. Örneğin, soyaya aktarılan bir fındık geni nedeniyle, fındığa alerjisi olan insanlarda soya tüketimi sonucu alerjik reaksiyonlar görülmüştür (49,50,51). ABD 'StarLink' adlı mısır türünün sadece insan tüketimi dışı amaçlar için üretimine izin vermektedir. Bunun nedeni 'StarLink'te yer alan bir Bt protein türünün daha yavaş sindirilmesi nedeniyle bazı kişilerde alerjik reaksiyonların gözlemlenmesidir (52).

3. Toksik Etkiler

Genetiği değiştirilmiş ürünlerin olumsuz reaksiyonlarından biri de toksin oluşturmalarıdır (44). 1967 yılında ABD'de Lenapo patatesi olarak tanımlanan patates, cips yapımında kullanılmak üzere kuru maddesi yüksek olacak şekilde geliştirilerek piyasaya sunulmuştur. İki yıl sonra bu patates türü solanin toksini oluşturması nedeniyle Amerikan Tarım Bakanlığı tarafından piyasadan toplanmıştır (53).

1988-1989 yılları arasında Eosinofili-Miyalji Sendromu (EMS) nedeniyle 37 kişi ölmüş ve 1000 kişi hastalanmıştır. Araştırmacılar bu olaya L-Triptofan içeren besinlerin sebep olduğunu öne sürmüşlerdir (7). GDO'lu ürünlerin hemen hemen %70'ine yakını, kuraklığa ve böceğe dayanıklılık sağlanması amacıyla taşır. Bu ürünlerin böcek ilacı içerdiğini belirten GDO karşıtları, bu mısırı tüketen canlılarda toksik etkilerin ortaya çıkabileceğini belirtmektedirler (54).

4. Kanserojen Etkiler

Bilindiği gibi son zamanlarda kanser vakaları artmış ve daha erken yaşlarda görülmeye başlanmıştır. GDO'lu ürünlerin kanserojen etkileri ile ilgili çalışmalar yapılmaktadır. Genetiği değiştirilmiş sığır büyüme hormonu (rBGH) süt verimini artırmak için ineklere enjekte edilmektedir. rBGH sütte insülin benzeri büyüme faktörünün (IGF-I) artmasına neden olmaktadır. IGF-I hem normal hücrelerin hem de kanserli hücrelerin büyümesine neden olmaktadır. Kanda IGF-I seviyesinin artması lenf, göğüs, rahim ve yumurtalık, prostat, kolon, akciğer ve pankreas kanserlerini ortaya çıkarabilmektedir. Ayrıca rBGH verilmiş hayvanlarının dalaklarının önemli bir şekilde büyüdüğü ve lenf sistemlerinde büyük değişiklikler geçirdikleri gözlenmiştir (55).

Kanada'da rBGH hormonu verilen sıçanların prostatlarında ve tiroid bezlerinde tümör gelişimi saptanmış ve hormon piyasadan kaldırılmıştır (47).

SONUÇ VE ÖNERİLER

Genetiği değiştirilmiş organizmalar tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de oldukça güncel bir konudur. Genetiği değiştirilerek tüketime sunulan ürünler gün geçtikçe artmakta ve tartışma konusu olmaktadır. Bu konuda yapılan birçok çalışmaya rağmen GDO'ların yararlı ya da zararlı olmaları konusunda henüz kesin bir yargı öne sürülememektedir. Bunun nedeni GDO teknolojisinin yeni olması ve uzun vadede nasıl bir etki göstereceğinin bilinmemesidir.

Açlığa çözüm olarak başlatılan bu teknolojinin ekonomik faydalarından çok ortaya çıkaracağı sağlık sorunları üzerinde durulmalıdır. Bu teknoloji ile üretilen ürünler kullanıma sunulmadan önce alerjik, toksik etkileri bakımından incelenmeli, bunun için gerekli alt yapı oluşturulmalıdır. Etiketleme ile ilgili yasal önlemler mutlaka alınmalı, tüketicilerin satın aldıkları ürünlerin GDO içerip içermediğini bilmeleri sağlanmalıdır. İnsanlardaki biyogüvenlik kaygısını en aza indirmek ve toplumu bu konuda bilgilendirmek için çeşitli eğitim etkinlikleri düzenlenmelidir.

KAYNAKLAR

1. II. Tarım Şurası, X. Komisyon, 2004.
<http://www.orkoop.org.tr/uploads/files/10.komisyon.pdf> Erişim tarihi: 24.01.2011.
2. Yanaz, S. Genetiği Değiştirilmiş Organizmalar Konusu ve Cartagena Biyogüvenlik Protokolü. Dış Ticaret Dergisi 2003; 28:116-126.
3. Kulaç İ, Ağirdil Y, Yakın M. Sofralarımızdaki Tatlı Dert, GDO ve Halk Sağlığına Etkileri. Türk Biyokimya Dergisi 2006; 31(3):151-155.
4. Karlı B, Bilgiç A, Çelik Ş. İki Basamaklı Birden Fazla Sınırlı Bağımlı Değişkenlerin Mikroekonomi Alanlarına Uygulanışı: Türkiye’de Genetiği Değiştirilmiş Gıdaların Tüketim Örneği. 10. Ekonometri ve İstatistik Sempozyumu; 27-29 Mayıs 2009, Erzurum.
5. Çelik V, Balık D.T. Genetiği Değiştirilmiş Organizmalar. Erciyes Üniv. Fen Bilimleri Enstitüsü Dergisi 2007; 23(1-2):13-23.
6. Paoletti C et al. GMO Risk Assessment Around the World: Some Examples. Trends in Food Science & Technology 2008; 19:570-578.
7. Gücükoğlu A, Küplülü Ö. Genetik Modifiye Gıdalar. Veteriner Hekimler Derneği Dergisi 2006; 77(2):30-38.
8. Anonim: World Hunger. Position of the American Dietetic Association 1995; 95:1160-1162.
9. Anonim: Natural Resource Conservation and Waste Management. Position of the American Dietetic Association 1997; 97:425-428.
10. Özer I. Genetik Yapısı Değiştirilmiş Besinler. Klinik Pediatri 2003; 2(2):74-77.
11. Barling D et al. The Social Aspects of Food Biotechnology: A European View. Environ. Toxicol. Pharmacol 1999; 7:85-93.
12. Deisingh A.K, Badrie N. Detection Approaches for Genetically Modified Organisms in Food. Food Res. Int 2005; 38:639-649.
13. Hails R.S. Genetically Modified Plants-the Debate Continues. Tree 2000; 15:14-18.
14. Mckay D, Davies M.J. News & Comment. Trends in Biotechnology 2001; V(19)11:437.
15. Atsan T, Kaya T.E. GDO’ların Tarım ve İnsan Sağlığı Üzerine Etkileri. Uludağ Üniv. Ziraat Fakültesi Dergisi 2008; 22(2):1-6.

16. Ahmed F.E. Detection of GMO in Foods. Trends in Biotechnology 2002; 20(5):215-223.
17. Beckly J, Lewis S. Probiotics and Antibiotic Associated Diarrhea: The Case for Probiotics Remains Unproved. BMJ 2002, 325, 901.
18. Renault P. Genetically Modified Lactic Acid Bacteria: Applications to Food or Health and Risk Assessment. Biochimie 2002; 84:1073-1087.
19. Holst-Jensen A. Testing for Genetically Modified Organisms: Past, Present and Future Perspectives. Biotechnology Advances 2009; 27,1071-1082.
20. Cardarelli P, Brangunho M.R, Ferreira R.T.B, Cruz F.B, Gemal A.B. Detection of GMO in Food Products in Brazil: The INCQS Experience. Food Control 2005; 16:859-866.
21. Nelson R.R, Poorani A.A, Crews J.E. Genetically Modified Foods. Journal of Foodservice Business Research 2009; 6(4):89-105.
22. Meseri R: Beslenme ve Genetiği Değiştirilmiş Organizmalar. TAF Preventive Medicine Bulletin 2008; 7(5):455-460.
23. Çiçekçi O. Yüksek lisans tezi; 'İlköğretim Okullarında Görevli Öğretmenlerin Transgenik Ürünler Konusundaki Bilgilerinin ve Görüşlerinin Belirlenmesi' Gazi Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü Aile Ekonomisi ve Beslenme Eğitimi Anabilim Dalı, Tez yöneticisi: Yrd. Doç. Dr. Yasemin Ersoy, Ankara- 2008.
24. Viyajakumar K.R, Martin A, Gowda L.R, Prakash V. Detection of Genetically Modified Soya and Maize: Impact of Heat Processing. Food Chemistry 2009; 117:514-521.
25. Le B, Fernandez S. Genetically Modified Food. The Traprock 2004; 3:37-40.
26. Duffy M. Is GMO or Non-GMO More Profitable ?-A Look at 1998 AgDM newsletter, 1999.
27. Anonim: Harvest on the Horizon. Future Issues of the Agricultural Biotechnology 2001. <http://pewagbiotech.org>. Erişim tarihi: 22.03.2010.
28. Letourneau D.K, Burrows B.E. Genetically Engineered Organisms: Assessing Environmental and Human Health Effects. Agriculture, Ecosystems&Environment 2003; 97:357-360.
29. Spök A. Molecular Farming on the Rice-GMO Regulators Still Walking a Tightrope. Trends In Biotechnology 2006; 25(2):74-82.
30. Gürlek M, Turan F, Turan C. Genetiği Değiştirilmiş Organizmalar ve Hayvan Beslemede Kullanımı. Turkish Journal of Aquatic Life 2007; 5(8):812-819.

31. Hyde, J. Genetically Modified Food. IPA 1999; 17.
32. Aksoy F. Yüksek lisans tezi; 'Lise Öğretmenlerinin Genetiği Değiştirilmiş Gıdalara İlişkin Bilgi Düzeyleri, Görüşleri ve Bilgilendirilme İhtiyaçlarının Belirlenmesi' Ankara Üniversitesi Biyoteknoloji Enstitüsü, Tez Yöneticisi: Prof. Dr. Özlen Özgen, Ankara-2006.
33. Cantamutto M, Poverene M. Genetically Modified Sunflower Release: Opportunities and Risks. Field Crops Research 2007; 101:133-144.
34. Schneider K.R, Schneider R. Genetically Modified Food. Food Science and Human Nutrition Department, Florida Cooperative Extension Service, Institute of Food and Agricultural Sciences, University of Florida 2002. <http://www.edis.ifas.ufl.edu>. Erişim tarihi: 23.12.2009
35. Sarıca Ş, Kılınç K. Kanatlı Hayvan Beslemede Genetik Yapısı Değiştirilmiş Yem Maddelerinin Kullanımı. GOÜ Ziraat Fakültesi Dergisi 2004; 21(2):119-125.
36. Thomson J. Genetically Modified Food Crops for Improving Agricultural Practice and Their Effects on Human Health. Food Science and Technology 2003; 14:210-228.
37. Amarger N. Genetically Modified Bacteria in Agriculture. Biochimie 2002; 84:1061-1072.
38. Yıldırım A.N. Yüksek lisans tezi; 'Genetiği Değiştirilmiş Ürünlerin Mevcut Yapısı ve Adana'daki Tüketicilerin Bilgi Düzeyleri' Çukurova Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü, Tez yöneticisi: Doç. Dr. Dilek Bostan Budak, Adana-2006.
39. Demir A, Pala A. Genetiği Değiştirilmiş Organizmalara Toplumun Bakış Açısı. Hayvansal Üretim 2007; 48(1):33-43.
40. Demir A, Seyis F, Kurt O. Genetik Yapısı Değiştirilmiş Organizmalar: 1.Bitkiler. OMÜ Ziraat Fakültesi Dergisi 2006; 21(2):249-260.
41. Ergin I, Gürsoy Ş.T, Öcek Z.A, Çiçeklioğlu M. SMYO Öğrencilerinin Genetiği Değiştirilmiş Organizmalara Dair Bilgi, Tutum ve Davranışları. TAF Preventive Medicine Bulletin 2008; 7(6): 503-508.
42. Sybesma W, Hugenholtz J, de Vos WM, Smid EJ. Safe Use of Genetically Modified Lactic Acid Bacteria in Food. Bridging the Gap Between Consumers, Green Groups and Industry. Electronic Journal of Biotechnology 2006; 9(4):424-448.
43. Kerovuo J, Tynkkynen S. Expression of Bacillus Subtilis Phytase in Lactobacillus plantarum. Letters in Applied Microbiology 2000; 30(4):325-329.

44. Van den Bergh J.C.J.M, Holley J.M. An Environmental-economic Assessment of Genetic Modification of Agricultural Crops. *Futures* 2002; 34:807-822.
45. Qin Y, Silva J.A.T, Zhang L, Zhang S. Transgenic Strawberry: State of the Art for Improved Traits. *Biotechnology Advances* 2008; 26:219-232.
46. Greenwell P, Rughooputh S. Genetically Modified Food: Good News but Bad Press. *The Biomedical Scientist* 2004; 48(8):845-846.
47. Doğruyol H. Gıdalardaki Katkı Maddeleri ve Zararları. Nobel Tıp Kitabevleri 1. baskı. ISBN: 9789754205886 İstanbul-2007, ss:63-78.
48. König A et al. Assessment of the Safety of Foods Derived From Genetically Modified Crops. *Food and Chemical Toxicology* 2004; 42:1047-1088.
49. Batista R et al. Lack of Detectable Allergenicity of Transgenic Maize and Soya Samples. *J Allergy Clin Immunol* 2005; 403-410.
50. Clapp J. Illegal GMO Releases and Corporate Responsibility: Questioning the Effectiveness of Voluntary Measures. *Ecological Economics* 2008; 66:348-358.
51. Vergragt P.J, Brown H.S. Genetic Engineering in Agriculture: New Approaches for Risk Management Through Sustainability Reporting. *Technological Forecasting & Social Change* 2008; 75:783-798.
52. Şenyuva H, Gilbert J. Gıda Zincirinde Genetiği Değiştirilmiş Organizmaların Analizi. *FoodLife International*. <http://www.foodlifeint.com> Erişim tarihi: 19.11.2010
53. Erol İ. Gıda Hijyeni ve Mikrobiyolojisi. Pozitif Matbaacılık ISBN:978-975-00131-0-9 Ankara-2007, ss:331-341.
54. Anonim: Genetiği Değiştirilmiş Organizmalar. www.bilimvesaglik.com. Erişim tarihi: 01.02.2011.
55. Genetiği Değiştirilmiş Süt ve Ürünlerinin Kansere Riskine Etkisi. <http://www.forum.gidagundemi.com> Erişim tarihi: 14.02.2011.

İNTRAMÜSKÜLER ENJEKSİYONA BAĞLI GELİŞEN AĞRININ AZALTI MASINA YÖNELİK YÖNTEMLER

Dilek KARA¹

ÖZET

İntramüsküler enjeksiyonların uygun bir şekilde hazırlanması ve uygulanması önemli hemşirelik işlemlerinden birisidir. İntramüsküler enjeksiyon, bireyde ağrıya neden olan bir uygulamadır. Ancak doğru bir intramüsküler enjeksiyon uygulaması enjeksiyona bağlı gelişen ağrıyı azaltacaktır. Literatürde intramüsküler enjeksiyona bağlı gelişen ağrının azaltılmasına yönelik geçmişten bu yana çeşitli çalışmalarla farklı yöntemler uygulanmıştır. Bu derlemedeki amaç, intramüsküler enjeksiyona bağlı gelişen ağrıyı azaltmaya yönelik yöntemleri yapılan farklı çalışmalar ışığında sunmak ve klinik uygulamalar için rehber oluşturmaktır.

Anahtar Kelimeler: İntramüsküler Enjeksiyon, Ağrı, Hemşire.

THE METHODS FOR REDUCING PAIN DUE TO INTRAMUSCULAR INJECTION

ABSTRACT

The preparation and implementation properly of intramuscular injections is one of the important nursing procedures. Intramuscular injection is an application that causes the pain in individual. However, a correct intramuscular injection application will reduce the pain due to injection. In the literature, different methods have been applied to reduce the pain associated with intramuscular injections with various studies from the past to the present. The aim of this review is to offer the methods in the light of different studies which are made to reduce the pain due to intramuscular injection and is to create the guide for clinical practices.

Key Words: Intramuscular Injection, Pain, Nurse.

¹Öğretim Görevlisi Uludağ Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu

İletişim/ Corresponding Author: Dilek KARA

Tel: +90 224 294 24 54 **e-posta:** dilekkara15@hotmail.com

Geliş Tarihi / Received: 18.07.2012

Kabul Tarihi / Accepted: 15.01.2013

GİRİŞ

Günümüzde ilaçlar, gerek hastane ortamında ve gerekse toplumda oldukça yaygın bir şekilde kullanılmaktadır. İlaç tedavisinin amacı, ilacın yararlı etkilerini en üst düzeye çıkarmak, zararlı ya da yan etkilerini en aza indirmektir. Tedavi kurumlarında oral ve parenteral ilaçların güvenlik içinde kullanılmasını sağlamak ve uygulamak hemşirelerin önemli sorumlulukları arasındadır. Hemşire, istem edilen ilacı doğru uygulamaktan, uygulamadan sonra ilacın yan etkilerini gözlemekten ve hastayı kapsamlı olarak değerlendirmekten sorumludur (1).

Intramüsküler (IM) enjeksiyonların uygulanması, parenteral ilaç uygulamalarının önemli bir parçasıdır ve klinik uygulamada sıklıkla kullanılan yaygın bir hemşirelik işlevidir (2). Basit bir teknik olarak düşünülmesine karşın, IM enjeksiyonlar uygun yöntemlerle yapılmadığı takdirde çok ciddi komplikasyonlara neden olmaktadır (3, 4, 5, 6). Başta ağrı olmak üzere IM enjeksiyondan kaynaklanan komplikasyonların sıklıkla meydana geldiği ve bu komplikasyonların birçoğunun bilgi eksikliği ve uygun olmayan tekniklerin kullanılmasından kaynaklandığı bildirilmektedir (7).

IM enjeksiyon, hastada ağrı ve rahatsızlığa neden olan bir uygulamadır (8). Hastalara hastanede uygulanan invaziv girişimlerden en çok ağrı veren uygulamanın IM enjeksiyon olduğu belirlenmiştir (9). IM enjeksiyona bağlı gelişen ağrının, iğne girişinin yarattığı mekanik travmaya ve maddenin kas içine verilirken yarattığı ani basınca bağlı olduğu bildirilmektedir (10).

Literatürde, doğru bir IM enjeksiyon tekniğinin hastanın enjeksiyon sırasında daha az ağrı duymasına ve enjeksiyona bağlı komplikasyonların önlenmesine yardımcı olduğu vurgulanmaktadır (8). Hay ve Murphy kullanılan enjeksiyon tekniğinin hastanın rahatsızlığının giderilmesinde önemli bir faktör olduğunu belirtmektedirler (11,12).

IM enjeksiyon hakkında teorik bilgideki gelişmelere karşın, IM enjeksiyonun azaltılabilir komplikasyonlarından biri olan ağrı halen ortaya çıkabilmektedir (8). IM enjeksiyon, hemşirelerin teknik yeterliliği kadar, kullanılan araç ve yöntemlerle ilgili bazı kararları da gerektiren kompleks bir işlemdir (3). Bu nedenle bu derlemedeki amaç IM enjeksiyona bağlı gelişen ağrıyı azaltmaya yönelik ilaç hazırlığı, iğne seçimi, pozisyon verimi, bölge seçimi ve enjeksiyon teknikleri gibi yöntemleri yapılan çalışma sonuçlarıyla birlikte sunmak ve klinik uygulamalarda kullanılabilir bir rehber oluşturmaktır.

I. IM ENJEKSİYONDA UYGUN BÖLGE SEÇİMİ

IM enjeksiyon için bölge seçimi pek çok faktöre bağlı olmakla birlikte, klinikte uygulayıcıların sıklıkla dorsogluteal bölgeyi tercih ettikleri bildirilmektedir (13). Güneş ve ark. klinikte çalışan hemşirelerin %60'ının IM enjeksiyon uygulamalarında her zaman dorsogluteal bölgeyi tercih ettiklerini belirtmişlerdir (8).

Literatürde, IM enjeksiyon uygulamaları için en güvenilir bölgenin sinir, kemik ve kan damarlarından uzak bir bölge olması gerektiği belirtilmektedir (13, 14, 15). Oysa Beyea ve Nicholl dorsogluteal bölgenin damarlardan zengin olması, siyatik sinire yakın olması ve subkutan dokusunun diğer bölgelere göre kalın olması nedeniyle IM enjeksiyon için en riskli bölge olduğunu bildirmişlerdir (16). Small dorsogluteal bölgeye yapılan IM enjeksiyonlarda ilacın hatalı olarak subkutan dokuya verilmesinin yaygın olduğunu, ilaç emiliminin yetersiz, doku irritasyonunun ve ağrının daha sık ortaya çıktığını ifade etmektedir (6). Cockshott ve ark. ise dorsogluteal bölgeye uygulanan enjeksiyonlardan kadınların sadece %5'inde, erkeklerin %15'inde ilacın kas içine uygulandığını belirtmişlerdir (17). Yine Elizabeth ve Winslow dorsogluteal bölgeye yapılan enjeksiyonlarda ilacın yağ dokusu içine verildiğini (kadınlarda %95, erkeklerde %85) belirtmişleridir (18). Bir başka çalışmada da benzer şekilde hafif obez ve obez bireylerde dorsogluteal bölgeye yapılan enjeksiyonların özellikle yağ dokusuna yapıldığı ve bu nedenle ilaç emilim oranının düşük olduğu ve doku irritasyonunun daha sık geliştiği bildirilmiştir (19).

Literatürde, IM enjeksiyon uygulaması için ventrogluteal bölgenin büyük kan damarları ya da sinirleri barındırmaması ve kemik dokusundan uzak olması nedenleri ile güvenle kullanılabilmesi belirtilmektedir (7, 13). Ayrıca subkutan tabakanın ince olması, hastaya verilecek pozisyonun kolay olması ve ilacın subkutan dokuya verilme olasılığının düşük olması nedenleri ile de ventrogluteal bölge IM enjeksiyon uygulamalarında avantaj sağlamaktadır. Bununla birlikte ventrogluteal bölgedeki kas dokusunun dorsogluteal bölgeye göre daha kalın ve subkutan yağ dokusunun daha ince olması nedeni ile subkutan doku irritasyonuna bağlı gelişen ağrı ve rahatsızlığı azalttığı da vurgulanmaktadır (5, 20, 21). Newton ve ark. IM enjeksiyon bölgesi olan ventrogluteal bölgenin enjeksiyon uygulamaları için güvenle kullanılacak bir bölge olduğunu belirtmişlerdir (7). Benzer şekilde Covington ve Trattler ventrogluteal bölgenin IM enjeksiyonlar için en güvenli ve en az ağrılı bölge olduğunu saptamışlardır (22). Ayrıca, Güneş ve ark. ventrogluteal bölgenin IM enjeksiyon

uygulamalarında normal ve hafif kilolu bireylerde de güvenle kullanılabileceğini bildirmişlerdir (23). Moharrer ve ark.nın IM enjeksiyon uygulamalarında dorsogluteal ve ventrogluteal bölgedeki ağrı şiddetini karşılaştırdıkları çalışmalarında; dorsogluteal bölgede hastaların %83.5'inin hafif veya orta şiddette, ventrogluteal bölgede %88'inin hafif şiddette ağrı hissettiğini ve %9'unun ise hiç ağrı hissetmediğini saptamışlardır (24).

Bunların yanı sıra, IM enjeksiyon uygulamalarında kullanılan diğer bir bölge olan deltoid kas bölgesinin kullanımı sonucu radyal, ulnar sinirlerin veya brakial arterin yaralanma riski olduğu belirtilmektedir. Diğer bir IM enjeksiyon bölgesi olan vastus lateralis kasının ise küçük çocuklarda veya kaşektik bireylerde kullanılması gibi sınırlılığı olduğu bildirilmektedir (13, 14). Bu doğrultuda ventrogluteal bölge, bu tür komplikasyon riski ve kullanım sınırlılığı olmaması nedeniyle IM enjeksiyon uygulamalarında deltoid kas ve vastus lateralis bölgelerine göre üstünlük sağlamaktadır.

Sonuç olarak, IM enjeksiyon uygulamalarında kullanılan ventrogluteal bölgenin IM enjeksiyon uygulaması için güvenle kullanılabilir olduğu ve bu bölgeye uygulanan IM enjeksiyonun daha az ağrılı olduğu görülmektedir.

II. İLAÇ HAZIRLIĞI, UYGUN İĞNE SEÇİMİ VE İĞNENİN GİRİŞ AÇISI

IM enjeksiyon uygulamalarında enjeksiyon bölgesine uygulanabilecek ilaç miktarının mutlaka bilinmesi gerektiği, fazla miktarda ilaç uygulamasının bölgede ağrıya ve lokal doku yıkımına neden olabileceği belirtilmektedir (14). Engstrom ve ark. enjeksiyon bölgesine uygun olmayan ilaç hacminin bölgedeki ilaç emilim oranını olumsuz etkilediğini ve hastada rahatsızlığa neden olduğunu ifade etmektedir (25). IM enjeksiyon uygulamalarında uygulanabilecek güvenli ilaç hacimleri bireyin yaşına ve uygulama yapılacak bölgeye göre değişmekle birlikte deltoid kas bölgesi için 0.5-1 ml, vastus lateralis kası için 0.5-2 ml, ventrogluteal bölge için 0.5-3 ml, dorsogluteal bölge için ise 1.5-4 ml olduğu bildirilmektedir (13,14).

Literatürde ağrısız bir enjeksiyon yapabilmek için uygun incelikte, bireyin beden yapısına uygun, pürüzsüz ve keskin bir iğne kullanılması gerektiği vurgulanmaktadır (14). Özellikle vücut ağırlığı ve yağ dokusu miktarının iğne boyunun seçimini etkilediği, çok obez bir birey için sıklıkla 76 mm uzunluğundaki bir iğne gerekli iken, zayıf bir birey için sadece 13mm-25mm uzunluğunda iğnenin yeterli olduğu belirtilmektedir (13). Zaybak ve ark. yağ

dokusu fazla olan bireylerde ilacın kas dokusuna güvenli bir şekilde verilmesi için uzun iğnelerin seçilmesi gerektiğini ifade etmişlerdir (19). Rodger ve King ise obez olmayan hastalarda ilacın kas dokusuna ulaşması için iğnenin 23 Gauge'lik ya da daha büyük ölçüde olmasını önermişlerdir (15).

IM enjeksiyon sırasında bireyde oluşabilecek ağrıyı en aza indirmek için Nicoll ve Hesby enjeksiyondan önce iğnenin değiştirilmesi gerektiğini savunmuşlardır (5). Engstrom ve ark. ilacın flakondan çekilip enjeksiyondan önce iğnenin değiştirilmediği takdirde iğnenin küntleşerek bireyin daha fazla ağrı duymasına neden olabileceğini ifade etmişlerdir (25). Ağaç ve Güneş' de IM enjeksiyondan önce iğnenin değiştirilerek yapılan enjeksiyonun, iğnenin değiştirilmeden yapılan enjeksiyona göre önemli derecede ağrıyı azalttığını saptamışlardır (2).

Literatürde, IM enjeksiyon uygulaması sırasında, doku hasarına ve ağrıya neden olmamak için iğnenin uygun açıda (90 derece) dokuya sokulması, işlem boyunca giriş açısında sabit tutulması gerektiği belirtilmektedir (13, 14, 15). Ancak Katsma ve Katsma 72 derece açı ile yapılan bir IM enjeksiyon uygulamasının 90 derece açı ile yapılan bir IM enjeksiyon uygulaması kadar güvenilir olduğunu trigonometrik olarak göstermiş ve IM enjeksiyon uygulamalarının 72-90 derece arasında bir açıyla yapılmasının uygun olacağını belirtmişlerdir (26). IM enjeksiyon bölgesine uygun ilaç hacminin, uygun ölçüde iğne seçiminin ve enjeksiyon yapmadan önce iğnenin değiştirilmesinin ve iğnenin uygun açıda dokuya sokulmasının enjeksiyon ağrısını azaltmada etkili olduğu görülmektedir.

III. IM ENJEKSİYONDA HAVA KİLİDİ TEKNİĞİ UYGULAMASI

Literatürde, IM enjeksiyon sırasında uygulanan hava kilidi tekniğinin yani ilaç doğru dozda çekildikten sonra enjektöre 0.2- 0.3 ml hava çekilmesinin iritan ilaçların cilt altı dokusunu tahriş etme ve buna bağlı oluşabilecek enjeksiyon ağrısını azalttığı bildirilmektedir (14, 27, 25, 28). Hava kilidi tekniğinin, IM enjeksiyon sırasında önce ilacın tümü, daha sonra da hava kas dokusu içine verilerek, havanın dokuya girdiği yerde kilit oluşturduğu ve bu şekilde ilacın cilt altı dokusuna sızma olasılığının azaltıldığı belirtilmektedir (14). Ayrıca, bu yöntemin iğne içinde kalan ilacı hava ile iterek ilaç dozunun tam olarak kas içine verildiği de bildirilmektedir (14).

Covington ve Trattler hava kilidi tekniğinin doku travmasını azalttığını ve ilacın subkutan dokuya geri kaçmasını önleyerek enjeksiyon esnasındaki ağrıyı azalttığını belirtmişlerdir (22). Quartermaine ve Taylor ve Mac Gabhann hava kilidi tekniğinin IM enjeksiyon uygulamalarına bağlı gelişen sızıntı ve ağrıyı azalttığını vurgulamıştır (29, 30). Najafidolatabad ve ark.da çalışmalarında aynı sonuçları elde etmişlerdir (31).

Ancak Ipp ve ark. (32) hava kilidi tekniği ile ilgili yaptıkları çalışmalarında bu tekniğin enjeksiyon ağrısının ve enjeksiyon bölgesinde meydana gelen sızıntının azaltılmasında etkili olmadığını bildirmişlerdir. Benzer şekilde, Zenk'de hava kilidi tekniğinin enjeksiyon ağrısını azaltmada etkili olmadığını bildirmiştir (33). Yapılan başka bir çalışmada da hava kilidi tekniği ile yapılan IM enjeksiyon uygulamasında hastaların ağrı puan ortalamalarının yüksek olduğu bulunmuştur (34). Konuyla ilgili yapılan çalışma sonuçlarından bu tekniğin enjeksiyon ağrısını azaltmadaki etkisi konusunda çelişkili sonuçların olduğu görülmektedir. Bu nedenle bu teknikle ilgili daha fazla çalışmalara gereksinim duyulduğu düşünülmektedir.

IV. IM ENJEKSİYONDA POZİSYON VERİLMESİ

Nicoll ve Hesby kas direncinin ve sinir uçlarındaki basıncın azalmasından dolayı rahatlamış kasa enjeksiyon yapılmasının hastada daha az ağrı duyulmasını sağlayacağını belirtmiştir (5).

Kas gerginliğini azaltmak için, bireye ve uygulama bölgesine mümkün olduğunca rahat ve uygun bir pozisyon verilmesi diğer bir deyişle gevşemiş kasa enjeksiyon yapılması gerektiği belirtilmektedir (13).

Literatürde, IM enjeksiyon uygulamalarında bireye prone pozisyonunda iken, ayak parmaklarını içe doğru döndürmesinin, yan yatar pozisyonunda iken üstteki ayağını fleksiyon pozisyonunda büküp ve üst bacağına alt bacağın önüne yerleştirmesinin enjeksiyon kasının rahatlamasını sağlayacağı bildirilmektedir (5, 7, 13, 14).

Engstrom ve ark. bireylere ekstremitelerin internal rotasyonunda uygulanan IM enjeksiyon uygulamasının enjeksiyon ağrısını azaltmada etkili olduğunu belirtmişlerdir (34). Retting ve Southby'da benzer şekilde ekstremitelerin internal rotasyonuyla yapılan enjeksiyonlarda hastaların daha az ağrı deneyimlediklerini bildirmişlerdir (35). Kara üç farklı IM enjeksiyon yönteminin ağrı üzerine etkisini karşılaştırarak incelediği bir çalışmada, hastaların en az deneyimledikleri enjeksiyon yönteminin ekstremitelerin internal rotasyonuyla

yapılan enjeksiyon yöntemi olduğunu saptamıştır (36). Çalışma sonuçlarından enjeksiyon kasının rahatlamasına olanak tanıyan ekstremitelerin internal rotasyonu ile yapılan IM enjeksiyon uygulamasının ağrıyı azaltmada etkili olduğu görülmektedir.

V. IM ENJEKSİYONDA Z YOLU TEKNİĞİ UYGULAMASI

Z yolu tekniği ya da zig-zag yöntemi bir kas içi ilaç uygulama yöntemi olup, iğnenin sokulduğu yolun zig-zag bir yol haline gelmesini sağlamakta ve böylece ilacın kas dokusundan geri sızmasını önlemektedir (5, 14, 28). Z yolu tekniği uygulaması, enjeksiyon uygulanacak bölgedeki derinin yaklaşık olarak 2,5-3,5 cm aşağıya veya uygulama yapmayan elin ulnar tarafı ile yana doğru çekmesiyle yapılan IM ilaç uygulama yöntemidir (13). Literatürde, Z yolu tekniğinin doku travması ve ağrıyı azalttığı ve tüm IM enjeksiyon sırasında Z yolu tekniğinin uygulanması gerektiği bildirilmektedir (4, 13, 14, 28). Ayrıca, bu teknik kullanılarak yapılan IM enjeksiyon uygulamasının daha az ağrı ile sonuçlandığı ve enjeksiyon bölgesindeki lezyonları azalttığı belirtilmektedir (13, 25). Beyea ve Nicholl IM ilaç uygulaması sırasında ilacın subkutan tabakaya geçtiğini, ancak Z yolu tekniğinin bunu engellediğini ve tüm IM ilaç uygulamalarında, bu tekniğin uygulanması gerektiğini belirtmişlerdir (16). Keen, Z yolu tekniği ile enjeksiyon uygulanan hastaların standart teknikle uygulanan hastalara göre ağrı puan ortalamasının daha düşük olduğunu ve bu hastalarda daha az lezyon görüldüğünü saptamıştır (37), Erdal ve ark. seçilmiş zaman aralıklarında Z yolu tekniği ile enjeksiyon uygulamasının ağrıyı azalttığını belirtmişlerdir (38). Kara farklı enjeksiyon yöntemlerini karşılaştırdığı çalışmasında, Z yolu tekniğinin IM enjeksiyon uygulamaları sırasında gelişen ağrıyı azaltmada etkili bir teknik olduğunu belirtmiştir (36). Yapılan başka bir çalışmada da Z yolu tekniği ile yapılan IM enjeksiyon uygulamasında hastaların ağrı puan ortalamalarının düşük olduğu bulunmuştur (34). Konuyla ilgili yapılan çalışmalara bakıldığında, IM enjeksiyon uygulamalarında Z yolu tekniğinin kullanılmasının hastaların daha az ağrı ve rahatsızlık hissetmeleri bakımından etkili olduğu anlaşılmaktadır.

VI. IM ENJEKSİYONDA DİKKATİ BAŞKA YÖNE ÇEKME YÖNTEMİ

IM enjeksiyon uygulaması sırasında ağrının azaltılması için kullanılan yöntemlerden biri de bireyin dikkatini başka yöne çekmektir. Dikkati başka yöne çekme ile ağrılı uyaran dışındaki uyaranlara yoğunlaşıp ağrı toleransının artırıldığı ve böylece ağrının azaltıldığı

vurgulanmaktadır. Ayrıca, santral sinir sisteminin ağrı deneyimini ayarladığı ve ağrı algılamasını etkilediği de bildirilmektedir (39, 40). Barnhill ve ark. IM enjeksiyonlar sırasında dikkati başka yöne çekmenin hastalar tarafından algılanan ağrıyı büyük oranda azalttığını belirtmişlerdir (41). Benzer şekilde, Rodger ve King enjeksiyon uygulamaları sırasında bireyin dikkatinin başka yöne çekilmesinin bireyde enjeksiyona bağlı gelişen ağrıyı azalttığını bildirmişlerdir (15). Sparks ve Schechter ve ark. dikkati başka yöne çekme yönteminin enjeksiyon ağrısını azaltmada etkili olduğunu vurgulamışlardır (40, 42). Çalışma sonuçlarından dikkati başka yöne çekme yöntemiyle yapılan IM enjeksiyon uygulamasının ağrıyı azaltmada etkili olduğu görülmektedir.

VII. IM ENJEKSİYONDA DERİN NEFES ALIP-VERME YÖNTEMİ

Literatürde, enjeksiyon ağrısını azaltmaya yönelik uygulanan başka bir yöntemin de enjeksiyon sırasında hastanın derin nefes alıp-vermesi yöntemi olduğu bildirilmektedir (8, 13, 14, 15). IM enjeksiyon uygulama sırasında bireyin derin nefes alıp-vermesinin kasların gevşemesini sağlayarak enjeksiyon sırasında hissedilen rahatsızlığı azalttığı belirtilmektedir (14). Konuyla ilgili yapılan çalışma sayısı az olmakla birlikte; Hahn enjeksiyon sırasında derin nefes alıp vermenin hastayı rahatlatarak hissedilen ağrıyı azalttığını belirtmiştir (43). Rodger ve King de derin nefes alıp vermenin enjeksiyon ağrısını azaltmada etkili olduğunu bildirmişlerdir (15). Konuyla ilgili yapılan çalışmalara bakıldığında, IM enjeksiyon uygulamaları sırasında derin nefes alıp-verme yönteminin hastaların daha az ağrı ve rahatsızlık hissetmeleri bakımından etkili olduğu anlaşılmaktadır.

VIII. IM ENJEKSİYONDA LOKAL BUZ UYGULAMASI

IM enjeksiyon ağrısını azaltmaya yönelik uygulanan yöntemlerden biri de enjeksiyon bölgesine yapılan lokal buz uygulamasıdır. Konuyla ilgili yapılan çalışma sayısı az olmakla birlikte; Pamukçu IM yolla tetanos aşısı yapılırken oluşan ağrının önlenmesinde enjeksiyon öncesi buz uygulamasının etkili bir yöntem olduğunu saptamıştır (44). Benzer şekilde, Hasanpour ve ark. IM enjeksiyon öncesi lokal buz uygulamanın enjeksiyon ağrısını önemli ölçüde azalttığını bildirmiştir (39). Ancak, Köktepe lokal buz uygulamasının IM enjeksiyona bağlı gelişen ağrıyı azaltmadığını belirtmiştir (45). Konuyla ilgili yapılan çalışma

sonuçlarından lokal buz uygulamasının enjeksiyon ağrısını azaltmadaki etkisi konusunda fazla çalışmalara gereksinim duyulduğu düşünülmektedir.

IX. IM ENJEKSİYONDA MASAJ

Literatürde, IM enjeksiyon sonrası uygulanan masajın enjeksiyona bağlı gelişen ağrıyı azaltmada etkili bir yöntem olduğu bildirilmektedir (7, 15, 16). Newton ve ark. IM enjeksiyon sonrası uygulanan masajın, ilacın enjeksiyon bölgesinde daha iyi dağılmasını sağladığı ve bu şekilde ilaç emilimini arttırdığını bildirmişlerdir (7). Retting ve Southby 'da IM enjeksiyon sonrası uygulanan masajın, enjeksiyon ağrısının azaltılmasında etkili olduğunu bildirmişlerdir (35). Ancak, Beyea ve Nicoll IM enjeksiyon bölgesine uygulanan masajın doku irritasyonuna ve ilacın subkutan dokuya geçmesine neden olduğunu ve bu nedenle yapılmaması gerektiğini savunmuşlardır (16). Benzer şekilde, Lilley' de IM enjeksiyon sonrası enjeksiyon bölgesine masajın uygulanmaması gerektiğini belirtmiştir (46). Konuyla ilgili yapılan çalışma sonuçlarından IM enjeksiyon sonrası uygulanan masajın, enjeksiyon ağrısını azaltmadaki etkisi konusunda çelişkili sonuçların olduğu görülmektedir. Bu nedenle bu yöntemle ilgili daha fazla çalışmalara gereksinim duyulduğu düşünülmektedir.

X. IM ENJEKSİYONDA MANÜEL BASINÇ UYGULAMA

IM enjeksiyon ağrısını azaltmaya yönelik uygulanan yöntemlerden biri de enjeksiyon bölgesine yapılan manüel basınç uygulamasıdır. Yavuz, enjeksiyon bölgesine manüel basınç uygulamasının enjeksiyon ağrısını azalttığını saptamıştır (47). Barnhill ve ark. IM enjeksiyon öncesi manüel basınç uygulamasının enjeksiyon ağrısını azaltmada etkili olduğunu belirtmiştir (41). Benzer şekilde, Chung ve Wong' da bu yöntemin IM enjeksiyona bağlı gelişen ağrıyı önemli derecede azalttığını savunmuştur (48). Çalışma sonuçlarından IM enjeksiyon öncesi enjeksiyon bölgesine manüel basınç uygulamanın, enjeksiyon ağrısını azaltmada etkili olduğu görülmektedir. Ancak, bu yöntemle ilgili yeterli düzeyde çalışma bulunmadığından, daha fazla çalışmalara gereksinim olduğu düşünülmektedir.

XI. IM ENJEKSİYONDA MEKANOANALJEZİ

Literatürde çok fazla çalışmaya rastlanmamakla birlikte IM enjeksiyon ağrısını azaltmada denenmiş bir diğer yöntem de mekanoanaljezidir. Bu yöntemde enjeksiyon

yapılırken enjeksiyon yapılan bölgeye üzerinde küt uçlu pek çok iğne bulunan plastik bir cihazla dokunulmakta ve bu şekilde enjeksiyon ağrısının azaltıldığı bildirilmektedir (43, 49, 50). Romano ve Cecca bu cihaz kullanılarak yapılan IM enjeksiyon uygulamasının enjeksiyona bağlı gelişen ağrının azaltılmasında etkili olduğunu bildirmiştir (49). Ayrıca, bu cihazın uygulanmasına bağlı herhangi bir yan etki gelişmediğini de belirtmişlerdir. Zempsky'de bu yöntemin IM enjeksiyona bağlı gelişen ağrıyı azaltıcı etkisi olduğunu savunmuştur (50). Konuyla ilgili yapılan çalışma sonuçlarından bu yeni yöntemin enjeksiyon ağrısını azaltmada etkili olduğu görülmekle birlikte fazla çalışmalar yapılması gerektiği düşünülmektedir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

IM enjeksiyon uygulamalarına bağlı gelişen ağrının azaltılmasına yönelik yapılan çalışmalardan da anlaşıldığı gibi geçmişten günümüze bir çok yöntem denenmiş ve uygulanmıştır. Konuyla ilgili yapılan çalışmalardan IM enjeksiyon uygulamalarında; ventrogluteal bölgenin kullanılması, enjeksiyon bölgesine uygun hacimde ilaç verilmesi ve uygun iğne kullanılması, bireyin pozisyonuna uygun olarak ekstremitelerin internal rotasyona getirilmesi, çift iğne tekniğinin ve Z yolu tekniğinin uygulanması ve enjeksiyon sırasında bireyin dikkatinin başka yöne çekilmesi gibi yöntemlerin IM enjeksiyona bağlı ağrının giderilmesinde etkili olduğu ve kanıt düzeyinde desteklendiği görülmüştür. Bu doğrultuda;

Intramüsküler enjeksiyona bağlı gelişen ağrının azaltılmasına yönelik akademisyen ve klinisyen hemşire işbirliği ile kanıta dayalı daha ileri düzeyde çalışmaların yapılması,

Yapılan çalışma sonuçlarının klinik uygulamada hemşirelerle ve diğer uygulayıcılarla paylaşılıp pratikte kullanılması,

Ayrıca sonuçların mesleki eğitim programlarında ve uygulama rehberlerinde yer verilmesi önerilmektedir.

KAYNAKLAR

1. Kuzu N. Subkütan Heparin Enjeksiyonu: Ekimoz, Hematom Ve Ağrı Gelişimi Nasıl Önlenir? Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 1999; 3(2): 40-46.
2. Ağaç E, Güneş Ü.Y. Effect On Pain Of Changing The Needle Prior To Administering Medicine Intramuscularly: A Randomized Controlled Trial. Journal of Advanced Nursing. 2011; 67 (3): 563-568.
3. Campbell J. Injections. Professional Nurse. 1995; 10 (7): 455-458.
4. Floyd S, Meyer A. Intramuscular Injections –What’s Best Practice? Nursing New Zeland. 2007; 13 (6): 20-22.
5. Nicoll L.H, Hesby A. Intramuscular Injection: An Integrative Research Review And Guideline For Evidence-Based Practice. Applied Nursing Research. 2002; 15 (3): 149-162.
6. Small S. Preventing Sciatic Nerve Injury From Intramuscular Injections: Literature Review. Journal of Advanced Nursing. 2004; 47 (3): 287-296.
7. Newton M, Newton D.W, Fudin J. Reviewing the “Big Three” Injection Routes. Nursing 1992; 22 (2): 34-42.
8. Güneş Ü.Y, Zaybak A, Biçici B, Çevik K. Hemşirelerin İntramusküler Enjeksiyon İşlemine Yönelik Uygulamalarının İncelenmesi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 2009; 12 (4): 84-90.
9. Ünal K.S. Yüksek Lisans Tezi; “Emla Kreminin İntramusküler Sefalosporin Uygulamasında Ağrıyı Azaltmadaki Etkinliğinin İncelenmesi” Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı, Tez Yöneticisi; Doç. Dr. Mağfiret Kara Kaşıkçı. Erzurum- 2010.
10. Mitchell J.R, Whitney F.W. The Effect Of Injection Speed On The Perception Of Intramuscular Injection Pain. A Clinical Update. AAOHN Journal. 2001; 49 (6): 286-292.
11. Hay J. Complications At Site Of Injection Of Depot Neuroleptics. BJM. 1995: 311-421.
12. Murphy J.I. Reducing The Pain Of Intramuscular (IM) Injections. Advancing Clinical Care 1991; 6(4): 35.
13. Aştı T.A. (ed.), Karadağ A, (ed.), Kaya N, Palloş A. Parenteral İlaç Uygulamaları: Hemşirelik Esasları Kitabı. 1. Baskı. ISBN: 978-975-01795-7-0. İstanbul- 2012. ss:761-809.

14. Ay F.A. (ed), Süzen L.B, Ay F.A. İlaç Uygulamaları: Sağlık Uygulamalarında Temel Kavramlar ve Beceriler Kitabı. 3. Baskı. ISBN: 978-975-420-788-0. İstanbul – 2011. ss: 417-508.

15. Rodger M.A, King L. Drawing Up And Administering Intramuscular Injections: A Review Of The Literature. Journal of Advanced Nursing. 2000; 31 (3): 574-582.

16. Beyea S.C, Nicholl L.H. Administration Of Medications Via The Intramuscular Route: An Integrative Review Of The Literature And Research-Based Protocol For The Procedure. Applied Nursing Research. 1995; 8 (1): 23-33.

17. Cockshott W.P, Thompson G.T, Howlett L.J. Intramuscular Or Intralipomatous Injections? The New England Journal of Medicine. 1982; 307: 356-358.

18. Elizabeth H, Winslow R.N. The Right Site For I.M. Injections. American Journal of Nursing. 1996; 96 (4): 53.

19. Zaybak A, Güneş Ü.Y, Tamsel S, Khorshid L, Eşer İ. Does Obesity Prevent The Needle From Reaching Muscle In Intramuscular Injections? Journal of Advanced Nursing. 2007; 58 (6): 552-556.

20. Beecroft P.C, Redick S.A. Clarification Of Ventrogluteal Site. Pediatric Nursing. 1990; 16 (4): 396.

21. Donaldson C, Gren J. Using The Ventrogluteal Site For Intramuscular Injection. Nursing Times. 2005; 101 (16): 36-38.

22. Covington T.P, Trattler M.R. Learn How To Zero In On The Safest Site For An Intramuscular Injection. Nursing. 1997; 27 (1): 62-63.

23. Güneş Ü.Y, Zaybak A, Tamsel S. Ventrogluteal Bölgenin Tespitinde Kullanılan Yöntemin Güvenirliğinin İncelenmesi. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 2008; 12 (2): 1-8.

24. Moharreri A.R, Nasiri H, Jahanshahi M, Rahmani H, Abdollahi A, Rabiei M. The Comparison Of Pain Intensity And Rate Of Bleeding In Intramuscular Injection In Dorsogluteal And Ventrogluteal Area. Journal of Gorgan University of Medical Sciences. 2007; 9 (3): 37-41.

25. Engstrom J.L, Giglio N.N, Takacs S.M, Ellis M.C, Cherwenka D.I. Procedures Used To Prepare And Administer Intramuscular Injections: A Study Of Infertility Nurses. Journal of Obstetric Gynecologic and Neonatal Nursing. 2000; 29 (2): 159-168.

26. Kastma D, Kastma R. The Myth Of The 90 (Degree)-Angle Intramuscular Injection. Nurse educator. 2000; 25 (1): 34-37.
27. Sabuncu N, Alpar Ş.E, ve ark. Hemşirelik Esasları Kitabı. 1. Baskı. ISBN: 978-9944-211-16-1. İstanbul- 2008. ss:82.
28. Workman B. Safe Injection Techniques. Nursing Standard. 1999; 13 (39): 47-53.
29. Quartermaine S, Taylor R. A Comparative Study Of Depot Injection Techniques. Nursing Times. 1995; 91 (30): 36-39.
30. Mac Gabhann L. A Comparison Of Two Depot Injection Techniques. Nursing Standard 1998; 12 (37): 39-41.
31. Najafidolatabad S.H, Malekzadeh J, Mohebbinovbandegani Z. Comparison Of The Pain Severity, Drug Leakage And Ecchymosis Rates Caused By The Application On Tramadol Intramuscular Injection In Z-Track And Air-Lock Techniques. Investigación Y Educación En Enfermería 2010; 28 (2): 171-175.
32. Ipp M, Taddio A, Sam J, Gladbach M, Parkin P.C. Vaccine-Related Pain: Randomised Controlled Trial Of Two Injection Techniques. Archives of Disease in Childhood. 2007; 92 (12): 1105-1108.
33. Zenk K. Beware Of Overdose. Nursing. 1993; 23 (3): 28-29.
34. Ehsani M, Hatamipour K.H, Sedaghatı M, Ghanbarı A. A Comparative Study On Pain Severity Caused By Z-Track And Air Lock Methods For Intramuscular Injection. Journal of Ardabil University of Medical Sciences. 2012; 11(4 (42)): 309-315.
35. Retting F.M, Southby J.R. Using Different Body Positions To Reduce Discomfort From Dorsogluteal Injection. Nursing Research. 1982; 31 (4): 219-222.
36. Kara D. Yüksek Lisans Tezi; “İntramüsküler Enjeksiyon Uygulamalarında Ekstremitelerin İnternal Rotasyonun ve “Z Yolu Tekniği”nin Ağrı Üzerine Etkisinin İncelenmesi” Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Esasları AD, Tez Yöneticisi; Doç. Dr. Ülkü Yapucu Güneş. İzmir- 2011.
37. Keen M.F. Intramuscular Injection Techniques To Reduce Site Discomfort And Lesions. Nursing Research. 1986; 35 (4): 207-210.
38. Erdal E, Ulufer F, Eşer İ. İnteramüsküler Enjeksiyon Yerinde Ağrı Ve Lezyonları Azaltmak İçin “Z Enjeksiyon Ve Standart Enjeksiyon Tekniklerinin Karşılaştırılması. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 1989; 5 (2): 22-32.

39. Hasanpour M, Tootoonchi M, Aein F, Yadegarfar G. The Effect Of Two Non-Pharmacologic Pain Management Methods For Intramuscular Injection Pain In Children. *Acute Pain*. 2006; 8: 7-12.

40. Sparks L. Taking the “ouch” out of injections for children. Using Distraction To Decrease Pain. *American Journal of Maternal Child Nursing*. 2001; 26 (2): 72-78.

41. Barnhill B, Holbert M, Jackson N, Erickson R. Using Pressure To Decrease The Pain Of Intramuscular Injection. *Journal of Pain and Symptom Management*. 1996; 12 (1): 52-57.

42. Schechter N.L, Zempsky W.T, Cohen L.L, McGrath P.J, McMurty C.M, Bright N.S. Pain Reduction During Pediatric Immunizations: Evidence-Based Review And Recommendations. *Pediatrics*. 2007; 119 (5): 1184-1198.

43. Hahn K. Extra points on injections. *Nursing*. 1991; 21 (1): 4-9.

44. Pamukçu G. Uzmanlık Tezi; “Erişkinlerde İntramusküler Yolla Tetanoz Aşısı Enjeksiyonu Öncesinde Buz Uygulamasının Enjeksiyonun Sebep Olduğu Ağrıya Etkisi” Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı, Tez Yöneticisi; Yrd. Doç. Dr. Ayfer Keleş. Ankara- 2008.

45. Köktepe Ş.C. Yüksek Lisans Tezi; “İntramusküler Enjeksiyona Bağlı Ağrının Azaltılmasında Lokal Buz Uygulamasının Etkinliğinin İncelenmesi” Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Esasları AD, Tez Yöneticisi; Doç. Dr. Leyla Khorshid. İzmir-1998.

46. Lilley L.L. Beware Of Routine Procedures. *American Journal of Nursing*. 1995; 95 (10): 18.

47. Yavuz D.E. Yüksek Lisans Tezi; “İntramusküler Benzatin Penisilin G Enjeksiyonunda Manuel Basınç Uygulamanın Enjeksiyon Ağrısına Etkisinin Değerlendirilmesi” Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Esasları AD, Tez Yöneticisi; Yrd. Doç. Dr. Ükke Karabacak. İstanbul- 2011.

48. Chung J.W, Wong T.K. An Experimental Study On The Use Of Manual Pressure To Reduce Pain In Intramuscular Injections. *Journal of Clinical Nursing*. 2002; 11 (4): 457-461.

49. Romano C.L, Cecca E. A New Method To Reduce Pin-Prick Pain Of Intramuscular And Subcutaneous Injections. *Minerva Anestesiol*. 2005; 71 (10): 609-615.

50. Zempsky W.T. Developing The Painless Emergency Department: A Systematic Approach To Change. Clinical Pediatric Emergency Medicine. 2000; 1 (4): 253-259.



Gümüşhane University Journal Of Health Sciences

GÜMÜŞHANE ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ DERGİSİ

İLETİŞİM	SAĞLIK BİLİMLERİ DERGİSİ
ADRES	Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Sağlık Bilimleri Dergisi Sekreteryası Bağlarbaşı Mah. 29100 Gümüşhane
TELEFON	+90 456 233 76 37 - +90 456 233 76 37-248
FAKS	+90 456 233 76 04
e-posta	sbd@gumushane.edu.tr