

E-ISSN 2148-5348
ISSN 1300-0853

sted

'Bilimsel
ve Dostça'

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



KASIM | NOVEMBER
ARALIK | DECEMBER
2022 | 2022
CİLT 31 | VOLUME 31
SAYI 6 | ISSUE 6

6



**Kurucu Editörler / Founding Editors**

Dr. Füsün Sayek

Prof. Dr. Şükrü Hatun

Editör/ Editor

Prof. TDr. Orhan Odabaşı

Yardımcı Editör / Assistant Editor

Dr. Aylin Sena Beliner

Yayın Kurulu / Editorial BoardDr. Alican Bahadır
Dr. Alpaslan TürkkanDr. Alper Büyükakkuş
Dr. Burcu TokuçDr. Emrah Kırımlı
Dr. Münevver Kaynak TürkmenDr. Onur Naci Karahancı
Dr. Pinar Okyay

Dr. Rana Savlu

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

Doç. Dr. Bülent Erbil

Deri Hastalıkları / Dermatology

Prof. Dr. Ertan Yılmaz

Kulak Burun Boğaz Hastalıkları /**Otorhinolaryngology**

Prof. Dr. Orhan Yılmaz

Adli Tıp / Forensic Medicine

Prof. Dr. Ümit Biçer

Dr. Durmuş Evcüman

Prof. Dr. Hamit Hancı

Prof. Dr. Aysun Balseven Odabaşı

Tıp Tarihi ve Etik / Medical

Prof. Dr. Berna Arda

Prof. Dr. Nüket Örnek Büken

İç Hastalıkları / Internal Medicine

Prof. Dr. Erdal Akalın

Prof. Dr. Murat Akova

Prof. Dr. Önder Ergönül

Prof. Dr. Çetin Turgan

Prof. Dr. Serhat Ünal

Aile Hekimliği / Family Medicine

Doç. Dr. Mehmet Özen

Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon /

Doç. Dr. Deniz Erdoğan

Prof. Dr. Yeşim Gökçe Kutsal

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

Prof. Dr. Polat Dursun

Prof. Dr. Haldun Güner

Dr. Görker Sel

Beslenme ve Diyetetik /**Nutrition and Dietetics**

Prof. Dr. Gülden Pekcan

Doç. Dr. Hülya Yardımcı

Genel Cerrahi / Surgery

Prof. Dr. Osman Abbasoğlu

Prof. Dr. Semih Baskan

Dr. Naki Bulut

Prof. Dr. İskender Sayek

Prof. Dr. Cem Terzi

Nöroloji / Neurology

Prof. Dr. Özden Şener

Çocuk Cerrahisi / Paediatric Surgery

Prof. Dr. Onur Özen

Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları/ Paediatrics

Prof. Dr. Ufuk Beyazova

Dr. Ali Süha Çalikoğlu

Prof. Dr. Zelal Ekinci

Prof. Dr. Şükrü Hatun

Prof. Dr. Nural Kiper

Prof. Dr. Serdar Kula

Prof. Dr. Figen Şahin

Dr. Emrah Şeyhoğlu

Prof. Dr. S. Songül Yalçın

Doç. Dr. Yılmaz Yıldız

Dr. Adnan Yüce

Genel Pratisyenlik / General Practice

Dr. Binnaz Başaran

Dr. Remzi Karşı

Dr. Alferi Sağdıç

Dr. Mustafa Sülkü

Dr. Hakan Şen

Dr. Fatih Şua Tapar

Ortopedi ve Travmatoloji/ Orthopaedics

Prof. Dr. Sinan Adıyaman

Prof. Dr. Muharrem Yazıcı

Psikiyatri / Psychiatry

Prof. Dr. Berna Uluğ

Prof. Dr. Aylin Uluşahin

Tıbbi Farmakoloji / Medical Pharmacology

Prof. Dr. Alper İskit

Tıp Bilişimi / Medical Informatic

Doç. Dr. Arif Onan

Tıp Eğitimi / Medical Education

Prof. Dr. Melih Elçin

Tıp Hukuku / Medical Law

Av. Mustafa Güler

Sahibi ve Sorumlu Yazı İşleri Müdürü / Owner and Responsible Editor

Prof. Dr. Rasime Şebnem Korur

Hazırlık ve Tasarım / Preparation and Design

Dr. Vahdet Mesut Ayan

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

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

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

Journal of Continuing Medical Education is indexed by TUBITAK Turkish Medical Database and Citation Index of Turkey. Ivasdam nonera nostium te publina, nonemeist in taribus, omneris, etistrunte omnenius

Yayın İdare Merkezi ve İletişim Adresi

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

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

Tel: 0 (212) 371 03 00

Baskı Tarihi: Ocak 2023

Merhaba,

Dergimiz, meslek örgütümüz tarafından birinci basamak sağlık hizmeti veren hekim ve sağlık çalışanının bilgi ve becerilerinin geliştirilmesi amacıyla yayımlanmaktadır.

Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi (STED), 1991 yılından bugüne iki ayda bir yayımlanan açık erişimli, bilimsel, çift-kör hakemlik ilkeleri ile yayımlanan bir dergidir.

STED’de birinci basamağın çalışma alanına giren konularda araştırma yazıları, derlemeler, olgu sunumları iki dilde (Türkçe/İngilizce) yayımlanır.

Derlemeler dergimiz için çok önemli. Birinci basamak sağlık hizmetleri için yazılan derlemeler tıbbi alan birikimine sahip, birinci basamağı tanıyan, önemini kavramış yazarlar tarafından yazıldığında dergimizin etkililiği ve etkinliği artmaktadır.

Günümüzde bilgiye erişim olanakları artışı için güncel alan bilgisine erişenler, kolaylıkla bilgileri bir sistematik içerisinde seçerek bir araya

getirmekte, “derleme” olarak akademik dergilere iletebilmektedirler.

Derleme makaleler; belirli bir alanda yapılmış olan; makale, bitirme projesi, tez vb. akademik çalışmaların değerlendirme ve inceleme özelliğini taşıyan, yazarın kendi düşünceleri ya da ilgi alanına göre üretildiği özet ve sentez içeren bir yapıda üretilir. Aslında üretimi oldukça zor ve yüksek düzeyde sorumluluk içerir. Okuyarlarda yarattığı güven duygusu ve en son güncel alan bilgisi vurgusu, geçerli ve güvenilir bir rehber olma niteliğini barındırır.

Dergilere gelen derleme çalışmalarının onay süreci, yayın kurullarını da büyük sorumluluk yüklemektedir. Bu gerekçelerle derleme makaleler için günceli izleyen, alana katkı sunan bilim insanlarından belirlenen konularda yazı istemek bir ölçüde süreci güvenli kılmaktadır.

Derleme makaleyi hazırlamak çok yoğun emek ve zaman ayırmayı gerektirmektedir. İsmarlanan yazı STED kurallarına göre hazırlandığında, çalışma dergide yayımlanmaktadır.

Derleme olarak hazırlanması istenen yazının konusu, birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan meslektaşlarımızın gereksinimlerine yanıt vermesi, bir konuda farkındalık yaratması ve ilgi uyandırması açısından çok özenli seçilmelidir.

Dergimizin sayfa sayısı sınırlı ve yayın için çok sayıda çalışmanın beklediği göz önüne alındığında, ismarlama derleme çalışmalarının konusunun çok iyi seçilmesi ve uygun yazarlardan istenmesi bir kat daha değer kazanmaktadır.

Dergimizde yayımlanan her çalışmanın ister araştırma, ister derleme makalesi olsun, birinci basamak sağlık hizmeti veren hekim ve sağlık çalışanının bilgi ve becerilerinin geliştirilmesi amacıyla yayımlandığını hep aklımızda tutarak, sizlerden bizlere yol göstermenizi, bu konuda rehberlik etmenizi istiyoruz. Hangi konularda “derleme” makalelere gereksinim duyuyorsanız bizlere lütfen sted@ttb.org.tr adresinden iletin. Bizler de alanın yetkin ve birinci basamak sağlık hizmetlerinin değerinin ve öneminin farkında olan bilim insanlarından destek isteyelim.

Bilimsel ve dostça kalın...



STED Fotoğraf Yarışması Arşivinden

Araştırma / Research

- Birinci Basamak Sağlık Kurumlarına Başvuran 15-49 Yaş Aralığındaki Kadınların Kullandıkları İlaç Gruplarının Değerlendirilmesi 401
Evaluation of the Drug Groups Used By Women Aged 15-49 Who Apply to Primary Health Care Institutions
Ezgi Demirtürk Selçuk, Birsal Canan Demirbağ
- Gebelerde Sağlık Okuryazarlığı ile Sağlık Uygulamaları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi 409
Examination of the Relationship Between Health Literacy and Health Practices of Pregnant Women
Meltem Şirin Gök, Kader Küçük, Ayla Kanbur
- Kadın Doğum Polikliniğine Başvuran Kadınlarda Genital Hijyen Davranışları ve İlişkili Faktörlerin İncelenmesi 418
Investigation of Genital Hygiene Behaviors and Related Factors in Women Applied to Gynecology Polyclinic
Ecem Özkan, Hale Tosun
- Sağlık Sektöründe Çalışan 65 Farklı Meslek Grubunun "Temel İş Sağlığı ve Güvenliği" Konusunda Bilgi Düzeylerinin Değerlendirilmesi 428
The Assessment of the Knowledge Levels of 65 Different Occupational Groups Working in the Health Sector on
"Basic Occupational Health and Safety"
Alpay Tunca, Hayri Canbaz
- Evaluation of the Relationship Between Nurses and Midwives Self-Efficacy Perceptions and Infant Feeding Attitudes 433
Hemşire ve Ebelerin Öz-Yeterlilik Algılarının Bebek Beslenme Tutumları ile İlişkinin Değerlendirilmesi
Yılmaz Sarıboğa, Özkan Sir, Burcu Demir Gökmen, Elif Kaya Gürdal
- Hemşirelik Öğrencilerinin Hastaların Kişisel Sağlık Verilerinin Kayıt ve Korunmasına Yönelik Tutumlarının Belirlenmesi 441
Determination of Nursing Students' Attitudes Towards the Registration and Protection of Patients' Personal Health Data
Sevil Olgun, Derya Adıbelli
- Pandemide Annelerin Ev Kazalarına Yönelik Güvenlik Önlemlerini Tanılama ve İlk Yardım Öz-Yeterlilik Durumlarının Belirlenmesi 451
Diagnosis of Mothers' Safety Measures For Home Accidents and Determination of First Aid Self-Efficiency During The Pandemic
Deniz Yiğit, Dilek Şayık, Ayfer Açıkgöz, Özlem Mumcu

Derleme / Review Article

- Gestasyonel Diyabetes Mellitusun Önlenmesi ve Yönetiminde Tıbbi Beslenme Tedavisinin Önemi 461
The Importance of Medical Nutrition Therapy in the Prevention and Management of Gestational Diabetes Mellitus
Eylül Sağun
- Ekip Çalışması ve Hasta Güvenliği Üzerine Bir Eğitim Programı Tasarımı: TeamSTEPPS® 469
A Curriculum Design on Teamwork and Patient Safety: TeamSTEPPS
Hümeysra Dener, Melih Elçin

Kapak Fotoğrafı/ Cover Photo



Gülay Çeliker "Umut" STED Fotoğraf Yarışması 2016
Galeri Sanat Yapım Ödülü

Dr. Gülay Çeliker
Halen Ankara Mesleki ve Çevresel Hastalıklar Hastanesi'nde Nöroloji Uzmanı olarak görev yapmaktayım. Fotoğrafla amatör olarak son 10 yıldır ilgileniyorum. Fotoğraf çekmenin "an"a tanıklık etmek ve kayıt altına almanın en keyifli yolu olduğunu düşünüyorum. Fotoğraf çekmeye başladığımdan bu yana çevreye, insanlara daha dikkatli, daha ilgili bakmaya başladım. Daha önce de STED Fotoğraf Yarışması'nda başarı ödülü almıştım, büyük, küçük aldığım tüm ödüller daha iyiye, daha güzele ulaşma motivasyonumu artırıyor.

Birinci Basamak Sağlık Kurumlarına Başvuran 15-49 Yaş Aralığındaki Kadınların Kullandıkları İlaç Gruplarının Değerlendirilmesi

Evaluation of the Drug Groups Used By Women Aged 15-49 Who Apply to Primary Health Care Institutions

Ezgi Demirtürk Selçuk¹, Birsal Canan Demirbağ²



DOI: 10.17942/sted.778680

Geliş/Received : 10.08.2020
Kabul/ Accepted : 29.11.2022

Özet

Amaç: Bu çalışmada birinci basamak sağlık kurumuna başvuran 15-49 yaş aralığındaki kadınların kullandıkları ilaç gruplarını ve ilaç kullanımı ile ilgili davranışlarını değerlendirmek amaçlandı.

Yöntem: Tanımlayıcı tipte olan araştırma, Trabzon il merkezinde bulunan üç Aile Sağlığı Merkezi'ne herhangi bir nedenle başvuran 15-49 yaş aralığındaki kadınlara (n=337) Nisan-Haziran 2019 tarihleri arasında yapıldı. Veriler bireylerin sosyo-demografik özelliklerini ve kullandıkları ilaçları sorgulayan anket kullanılarak toplandı. Verilerin istatistiksel analizinde yüzde ve ki kare testi kullanıldı.

Bulgular: Araştırmaya katılanların %45,7'sinin 41 yaş ve üzeri grubunda (ort. 35,6±10,2), %75,7'sinin evli, %43,0'ünün lise mezunu, %32,0'ünün iki çocuk sahibi olduğu, %60,8'inin çalışmadığı, %57,6'sının kronik hastalığı olmadığı ve %42,1'inin analjezik grubu ilaç kullandıkları belirlendi. Kronik hastalığın varlığı ile evde ilaç biriktirme arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu bulundu (p<0,05).

Sonuç: Katılımcıların en fazla analjezik grubu ilaç kullandıkları, başkasına iyi gelen ilacı kullandıkları, çevresindeki bireylere ilaç önerdikleri ve genellikle reçetesiz ilaç kullandıkları bulunmuştur. İlaç kullanım bilincinin olmadığı ve sağlık kuruluşlarının kullanılmadığı görülmektedir.

Anahtar sözcükler: Aile sağlığı merkezi, Kadın, İlaç, İlaç kullanımı

Abstract

Objective: In this study, it was aimed to evaluate the drug groups used by women between the ages of 15-49 who applied to primary health care institutions.

Method: The descriptive study was conducted with female (n=337) between the ages of 15-49 who applied to three Family Health Centers in Trabzon city center for any reason, between April-June 2019. The data were collected using a questionnaire questioning the socio-demographic characteristics of the individuals and the drugs they use. Percentage and chi-square tests were used in the statistical analysis of the data.

Results: 45.7% of the participants were in the age group of 41 and over (mean= 35.6±10.2), 75.7% were married, 43.0% were high school graduate, 32.0% had two children, 60.8% do not work, 57.6% had not chronic illness and 42.1% of them were used to use of the group of analgesic drugs. It was found that there was a statistically significant difference between the presence of chronic disease and the accumulation of drugs at home (p<0.05).

Conclusion: It was found that the participants used the most analgesic drug group, used the drug that was good for others, recommended drugs to the people around them, and generally used non-prescription drugs. It is seen that there is no awareness of drug use and that health institutions are used.

Key words: Primary care clinic, woman, drug, drug usage

¹Öğr. Gör., Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, Tıbbi Hizmetler Ve Teknikler Bölümü (Orcid no: 0000-0002-3101-710X)
²Prof. Dr., Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Halk Sağlığı Hemşireliği (Orcid no: 0000-0002-7533-7201)

Giriş

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ilacı, "fizyolojik sistemleri veya patolojik durumları, kullananın yararı için değiştirmek veya incelemek amacıyla kullanılan bir madde" şeklinde tanımlamaktadır (1). İlaçlar, biyolojik etkinliği olan kimyasal, hayvansal veya bitkisel kaynaklı, belirli ölçülerde aktif madde içeren karışımdır. İlaç tedavisinin amacı farmakolojik iyileşme yapmak, mevcut şikâyetlerin hafiflemesini sağlayarak, zaman içinde düzelmesini sağlamaktadır. İlaçlar reçeteyle veya reçetesiz olarak alınmaktadır. İlacın reçeteyle alınması için bir hekim veya dış hekiminin yazması gerekmektedir. Ancak ilacın kolay temini, sosyal medyanın etkisi veya komşudan edinilen bilgiler insanları bilinçsiz, reçetesiz ilaç tüketir haline getirmiştir (2).

DSÖ 1985 yılında Nairobi'de düzenlenen bir toplantı da, akılcı ilaç kullanımını; "hastaların ilaçları klinik gereksinimlerine uygun biçimde, kişisel gereksinimlerini karşılayacak dozlarda, yeterli zaman diliminde, kendilerine ve topluma en düşük maliyette almaları için uyulması gereken kurallar bütünü" olarak tanımlamıştır (3). Akılcı olmayan ilaç kullanımı (AOİK) ise akılcı ilaç kullanımı ilkelerine uyulmamasıdır. AOİK nedenleri; eğitim eksikliği, sosyokültürel yapı, ekonomik durumlar, hekim, eczacı, bilinçsiz tüketicilerin olması, ilaç erişim imkânlarının kolay olması gibi birçok nedeni vardır (4). AOİK istenmeyen yan etkilere, ilaç etkileşiminin neden olduğu problemlere, ilaç harcamalarına ayrılacak yüksek bütçeye, ilaçlara karşı duyarlılıkta azalmaya ve mortalitenin atmasına neden olduğu bilinmektedir (5). DSÖ, ilaçların genellikle uygun olmayan şekilde reçete edildiğini, hastaların ise ilaçlarını doğru olmayan şekilde kullandığını bildirmiştir (6).

Birinci basamak sağlık hizmetleri birey, aile ve topluma yönelik sağlık hizmetlerinin sunulduğu kuruluşlardır. Bu kuruluşlar, bireylere yönelik koruyucu, tedavi ve rehabilite edici hizmetleri birlikte sunan aile hekimi ve aile sağlığı elemanlarından oluşan aile hekimliği birimleridir (7). Hastayı izleme, değerlendirme, bilgilendirme ve uzun süre takip edebilme, hastaları dinleyerek tedaviyi düzenleyebilme, tedavi sürecine hastanın katılımını sağlama konumunda oldukları için bireylerin ilaç kullanımına yönelik önemli katkılar sunmaktadır. Buna rağmen hastanın reçete edilen ilacı uygun şekilde kullanmaması, hekimin yazdığı reçeteye müdahale ederek kendi istediği ilacı yazdırmak istemesi, hekim önermeden hastanın

çevresindeki kişilerin önerileri, televizyon ve internetteki bilgilerle kendine ilaç başlaması toplumumuzda sık yapılan yanlışlardır (8). Uygun ilaç kullanımının sağlanabilmesi için bireylere önemli roller düşmektedir. Bu anlamda bireylerin ilaç kullanımı ile ilgili hatalı davranışlarının, yanlış bilgi ve inançlarının belirlenerek bu konuda gerekli önlemlerin alınması gerekmektedir. Genel olarak kadınların aile içinde çocuk, yaşlı, engelli bakımı, yemek yapma ve ev işi gibi rolleri bulunmaktadır (9). Bu rolleri yerine getirirken ev halkının ve kendisinin ilaç kullanma sorumluluğunu da üstlenmektedir. Bu bilgiler doğrultusunda bu çalışma birinci basamak sağlık kuruluşuna başvuran 15-49 yaş aralığındaki kadınların kullandıkları ilaç gruplarını ve ilaç kullanım ile ilgili davranışlarını değerlendirmek amacıyla yapılmıştır.

Gereç ve Yöntemler

Araştırmanın Evreni ve Örnekleme

Tanımlayıcı özellikte olan bu araştırma Trabzon il merkezinde bulunan üç Aile Sağlığı Merkezine (ASM) Nisan- Haziran 2019 tarihleri arasında herhangi bir nedenle başvuran 15-49 yaş aralığındaki kadın bireylerle yapıldı. Araştırmada örneklem seçimine gidilmeyerek işitme, konuşma, ruhsal bozukluk ve zihinsel engelliliği olmayan araştırmaya katılmaya gönüllü 337 birey ile araştırma tamamlandı.

Veri Toplama Araçları

Veriler 15-49 yaş aralığındaki kadınlarla kişisel bilgi formu kullanılarak toplandı. Araştırmaya katılmayı kabul edenlere, araştırmayla ilgili açıklayıcı bilgi verilerek yazılı ve sözlü onamları alındı. Veriler yüz yüze görüşme yöntemi ile araştırmacının kendisi tarafından ortalama 5-10 dakikada tamamlandı.

Kişisel Bilgi Formu: Araştırmacılar tarafından konu ile ilgili literatürden yararlanılarak hazırlanan kişisel bilgi formu iki bölümden oluşturuldu (7-10). Birinci bölümde; bireylerin kişisel özelliklerini (yaş, medeni durum, eğitim durumu, gelir durumu vb. Kadınlara hekim tarafından teşhis edilip tedavisi devam etmekte olan kronik hastalıkları olup olmadığı sorulmuştur. Daha sonra kronik hastalıklar gruplandırılmıştır.) belirlemeye yönelik 11 soru, ikinci bölümde; ilaçlara ilişkin özellikleri (kullanılan ilaç grupları, ilaç kullanma nedeni, reçetesiz ilaç alma nedeni, başkasına iyi gelen ilacı kullanma durumu ilacı zamanında almama nedeni vb. Kadınların kullandıkları ilaç isimleri sorulup not alındıktan sonra endikasyon

Tablo 1. Katılımcıların tanımlayıcı özelliklerin dağılımı (n=337)

Tanımlayıcı özellikler		n	%
Yaş (Ort±Ss: 35,6±10,2)	≤ 20 yaş	42	12,5
	21-30 yaş	74	22,0
	31-40 yaş	67	19,9
	≥ 41yaş	154	45,7
Medeni Durum	Evli	255	75,7
	Bekar	82	24,3
Eğitim Durumu	İlkokul/ortaokul	123	36,5
	Lise	145	43,0
	Üniversite	69	20,5
Çocuk Sayısı	Çocuğu yok	97	28,8
	1	69	20,5
	2	108	32,0
	3 ve üzeri	63	18,7
Çalışma Durumu	Çalışıyor	132	39,2
	Çalışmıyor	205	60,8
Statü	Ev Hanımı	164	48,7
	Öğrenci	41	12,2
	İşçi (Düzenli)	52	15,4
	İşçi (Düzensiz)	63	18,7
	Memur	17	5,0
Gelir Durumu	Geliri giderinden az	133	39,5
	Geliri giderine denk	176	52,2
	Geliri giderinden fazla	28	8,3
Kronik hastalık	Var	143	42,4
	Yok	194	57,6
Katılımcıların Kronik Hastalıkları*	Endokrin sistem hastalıkları	29	8,6
	Kardiyovasküler sistem hastalıkları	26	7,7
	Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı	23	6,8
	Kas-iskelet sistemi hastalıkları	20	5,9
	Jinekolojik hastalıklar	17	5,0
	Hematolojik sistem hastalıkları	13	3,9
	Gastrointestinal sistem hastalıkları	12	3,6
	Psikiyatrik hastalıklar	11	3,3
	Üriner sistem hastalıkları	1	0,3

* Katılımcılar birden fazla cevap vermişlerdir

muadillikleri göz önünde bulundurularak gruplandırılmıştır) belirlemeye yönelik 23 soru olmak üzere toplam 34 soru yer aldı.

Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın yürütülebilmesi için etik kurul ve kurum izni alındı. Çalışmada gönüllülük ilkesi temel alınarak araştırma ve yayın etiğine uygun davranıldı. Araştırmaya katılmayı kabul eden kadınlara araştırmanın amacı ve önemi, görüşme için harcayacağı süre konusunda açıklama yapılarak, bilgilendirilmiş onamları sözlü ve yazılı olarak alınarak Helsinki Deklarasyonu'na bağlı kalındı.

İstatistiksel Analiz

Araştırma verileri, SPSS (Statistical Package

for Social Science for Windows 23,0) paket programında değerlendirildi. Verilerin analizinde sayı, yüzdeler ve ki-kare testi kullanılarak, sonuçlar %95'lik güven aralığında, anlamlılık $p<0,05$ düzeyinde değerlendirildi.

Bulgular

Çalışmaya katılan kadınların %45,7'sinin 41 yaş ve üzeri, %75,7'sinin evli, %43,0'ünün lise mezunu, %32,0'ünün iki çocuk sahibi olduğu, %60,8'inin çalışmadığı, %48,7'sinin ev hanımı, %52,2'sinin geliri giderine denk olduğu, %57,6'sının kronik hastalığının olmadığı ve %8,6'sının endokrin sistem hastalığı olduğu bulundu (Tablo 1). Bireylerin yaş ortalaması $35,6\pm 10,2$ yılıdır.

Çalışmaya katılanların %42,4'ü kronik hastalığından dolayı ilaç kullanmakta, %56,4'ü reçetesiz ilaç kullanmakta, %23,7'si hekime gitmede zaman sıkıntısı olduğundan dolayı reçetesiz ilaç kullanmakta, %50,1'i ilacın prospektüsünü okumamakta, %15,7'si ilaca karşı alerji geliştiğinde doktora gitmekte, %40,7'si

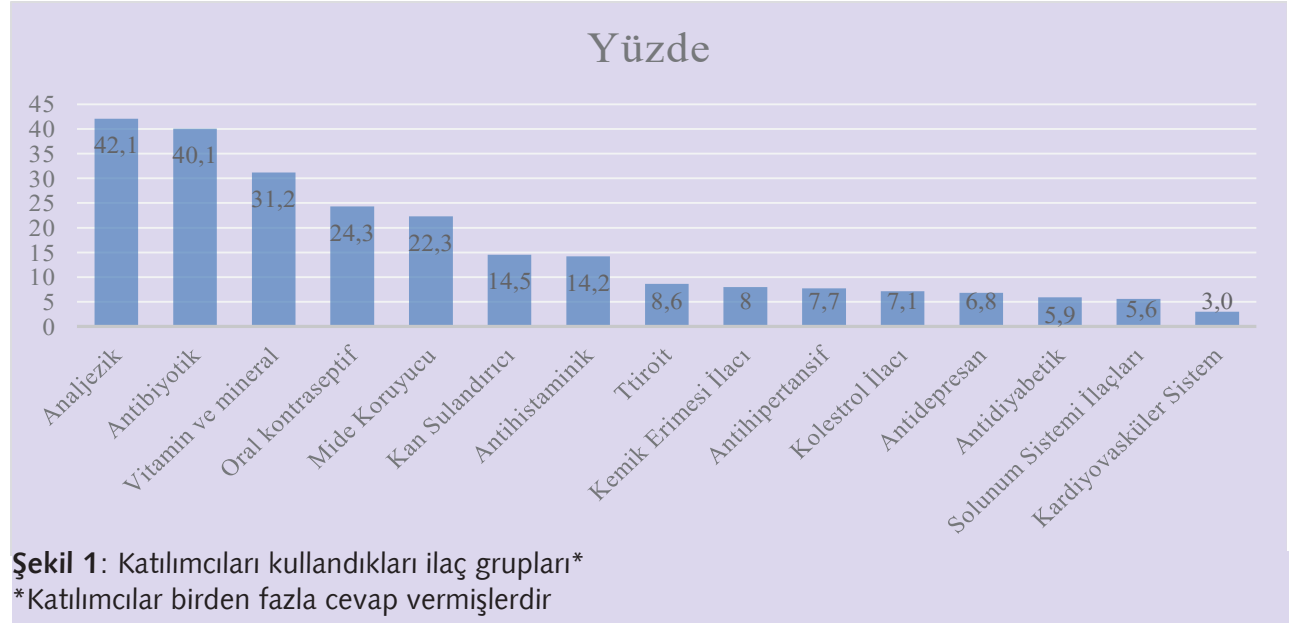
başkasına iyi gelen ilacı kullanmakta, %54,6'sı başkasına ilaç önermekte, %53,7'si evde ilaç biriktirmekte, %16,6'sı unuttuğundan dolayı sürekli kullandığı ilacı zamanında almadığı ve %54,3'ünün ilaçların son kullanma tarihini okumadığı saptandı (Tablo 2).

Tablo 2. Katılımcıların ilaç kullanım özelliklerinin dağılımı			
İlaç kullanım özellikleri		n	%
İlaç Kullanma Nedenleri	Kronik hastalıktan dolayı	143	42,4
	Baş ağrısı, nezle, grip	108	32,0
	Menstrüasyon	37	11,0
	Mide ağrısı	31	9,2
	Karın ağrısı	18	5,3
Kullanılan ilaçların reçeteli olma durumu	Evet	147	43,6
	Hayır	190	56,4
Reçetesiz ilaç kullanma nedenleri	Hekime gitmede zaman sıkıntısı	80	23,7
	Evde/komşuda bulunan ilacı kullanma	56	16,6
	Daha önce kullandığı bir ilaç olduğu için	43	12,8
	Hekimin istenen ilacı yazmaması	11	3,3
Prospektüsü okuma durumları	Evet	142	42,1
	Hayır	169	50,1
	Bazen	26	7,7
İlacın yan etki ve/ veya alerji geliştiğinde yapılanlar	Doktora başvurma	53	15,7
	İlacı bırakma	39	11,6
	İlacı değiştirme	31	9,2
Başkasına iyi gelen ilacı kullanma durumu	Evet	137	40,7
	Hayır	115	34,1
	Bazen	85	25,2
Başkasına ilaç önerme	Evet	182	54,6
	Hayır	155	45,4
Evde ilacı biriktirme durumu	Evet	181	53,7
	Hayır	156	46,3
Kullanılan ilacı zamanında almama nedeni	Unutma	56	16,6
	Gerekli olduğunu hissettiğinde alma	34	10,1
	İlacı yazdıramama	32	9,5
	İlaç içmeyi sevmeme	23	6,8
İlacın son kullanma tarihini okuma	Evet	154	45,7
	Hayır	183	54,3

Hangi ilaçları kullanıyorsunuz? sorusuna katılımcılar, %42,1'i analjezik, %40,1'i antibiyotik, %31,2'si vitamin ve mineral ilaç gruplarından kullandıklarını ifade etti. Katılımcıların kullandıkları ilaç grupları Şekil 1'de gösterilmiştir.

Kadınların tanımlayıcı özelliklerine göre ilaç kullanımı hakkındaki tercih ve düşüncelerinin

karşılaştırılması Tablo 3'te yer almaktadır. Tablo 3 değerlendirildiğinde kadınların yaş ile kullanılan ilaçların reçeteli olma durumu arasında ve eğitim durumu ile ilaç prospektüsünü okuma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu görülmektedir. Çalışma durumu ile başkasına iyi gelen ilacı kullanma ve kronik hastalığın varlığı ile evde ilaç biriktirme arasında da istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu bulunmuştur ($p<0,05$).



Tablo 3. Katılımcıların bazı özelliklerine göre ilaç kullanımı hakkındaki tercih ve düşüncelerinin dağılımı

Bağımsız değişkenler	Kullanılan ilaçların reçeteli olma durumu n (%)		İlaç Prospektüsünü okuma durumu n(%)		Başkasına iyi gelen ilacı kullanma durumu n(%)		Evde ilaç biriktirme durumu n(%)	
	Evet	Hayır	Evet	Hayır	Evet	Hayır	Evet	Hayır
Yaş								
≤ 20 yaş	10(6,8)	32(16,8)	16(11,3)	26(13,3)	18(13,1)	24(12,0)	17(9,4)	25(16,0)
21-30 yaş	26(17,7)	48 (25,3)	34(23,9)	40(20,5)	40(29,2)	34(17,0)	42(23,2)	32(20,5)
31-40 yaş	34(23,1)	33 (17,4)	36(25,4)	31(15,9)	17(12,4)	50(25,0)	29(16,0)	38(24,2)
≥ 41yaş	77(52,4)	77 (40,5)	56(39,4)	98(50,3)	62(45,3)	92(46,0)	93(51,4)	61(39,1)
Test X ² / p	X ² :2,801 p:0,000		X ² :7,102 p:0,210		X ² :0,112 p:0,113		X ² :0,928 p:0,230	
Eğitim Durumu								
İlkokul/ortaokul	62(42,2)	61(32,1)	53(37,3)	70(35,9)	41(29,9)	82(41,0)	97(53,6)	26(16,7)
Lise	60(40,8)	85(44,7)	50(35,2)	95(48,7)	65(47,7)	80(40,0)	56(30,9)	89(57,1)
Üniversite	25(17,0)	44(23,2)	39(27,5)	30(15,4)	31(22,6)	38(19,0)	28(15,5)	41(26,3)
Test X ² / p	X ² :4,131 p:0,127		X ² :0,927 p:0,000		X ² :3,138 p:0,412		X ² :1,150 p:0,765	
Çalışma Durumu								
Çalışıyor	37(25,2)	95(50,0)	40(28,2)	92(47,2)	82(59,9)	50(25,0)	52(28,7)	80(51,3)
Çalışmıyor	110(74,8)	95(50,0)	102(71,8)	103(52,8)	55(40,1)	150(75,0)	129(71,3)	76(94,9)
Test X ² / p	X ² :3,445 p:0,185		X ² :13,022 p:0,401		X ² :55,413 p:0,000		X ² :7,886 p:0,430	
Kronik Hastalık								
Var	85(57,8)	58(30,5)	70(49,3)	73(37,4)	38(27,7)	105(52,5)	100(55,2)	43(27,6)
Yok	62(42,2)	132(69,5)	72(50,7)	122(62,6)	99(72,3)	95(47,5)	81(44,8)	113(72,4)
Test X ² / p	X ² :5,281 p:0,180		X ² :0,563 p:0,526		X ² :0,641 p:0,636		X ² :26,289 p:0,000	

Tartışma

Bu çalışmada 15-49 yaş aralığındaki kadınların kullandıkları ilaç grupları ve ilaç kullanımları hakkındaki davranışları araştırılmıştır. Çalışmaya katılan bireylerin yaş ortalaması 35,6±10,2'dir. Yurttaş Akar'ın (10) 2019 yılında Samsun'da yaptığı çalışmada yaş ortalaması 36,4±8,0 bulunmuştur. Mersin'de Yapıcı ve ark. (11) yaptığı çalışmada yaş ortalaması 36,2±13,3'tür. Çalışmamızdaki 15-49 yaş kadınların yaş ortalaması, yapılan çalışmalarla benzer bulunmuştur.

Araştırma grubumuzdaki kadınların %43,0'ı lise mezunu olduğu görülmektedir. Eğitim, üretken ve refah seviyesi yüksek kaliteli bir yaşamın belirleyicisidir. Kadınların eğitim durumu ekonomik, hukuksal, sosyal, kültürel açıdan kadına kazançlar sağlamaktadır (12). Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırma 2018 verilerine göre eğitim yok/ilkokul bitirmemiş olanlar %9, lise ve üzeri eğitim almış kadınlar %41'dir (13). Gözüyeşil ve ark. (14) Kahramanmaraş'da aile sağlığı merkezine kayıtlı kadınların %31,8'i lise mezunu olduğu bulunmuştur. Kadınların genellikle

lise ve üzeri eğitim almış olduğunu söyleyebiliriz.

Bireylerin yaşı ile reçetesiz ilaç kullanmaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Literatürde yapılan çalışmalarda da reçetesiz ilaç kullanıldığı belirlenmiştir (11,15). Reçetesiz ilaç kullanma nedenleri arasında genel sağlık sigortası ve sağlık güvencesinde yapılan değişikliklerle ilaçların reçetesiz alınabilmesi, muayene ücretlerinin ödenmek istenmemesi, bireylerin vaktinin olmaması gibi faktörlerin etkili olduğu görülmektedir (15).

Çalışmaya katılan kadınlarda kronik hastalıklardan en sık sırasıyla endokrin, kardiyovasküler ve kas-iskelet sistemi hastalıkları görülmektedir. Yapılan bir çalışmada en sık görülen kronik hastalıkların kardiyovasküler sistem, kas-iskelet sistemi ve endokrin sistem hastalıkları olduğunu belirtilmiştir (16). Ayrıca çalışmamızda bireylerin kronik hastalığı ile evde ilaç biriktirme arasında anlamlı fark olduğu bulunmuştur. Kronik hastalık önemli bir sağlık sorunudur. Bireylerin kronik hastalığından dolayı çoklu ilaç kullanmaları ve belirli ilaçları kullanmada alışkanlık haline getirmelerinden kaynaklanabileceğini düşünmekteyiz.

Çalışmamıza göre; "ilaçlarınızı kullanmadan önce prospektüsünü okur musunuz" sorusuna cevap veren katılımcıların %50,1'i hayır cevabını vermişlerdir. Hatipoğlu ve ark (17) çalışmasında katılımcıların %33,3'ü ilaçlarını kullanmadan önce kullanma talimatını okumadıklarını ifade etmişlerdir. Yapılan farklı bir çalışmada katılımcıların %73,3'ü ilaçların kullanma talimatlarını okuduklarını ve 50 yaş ve üzerindeki katılımcıların ilaçların kullanma talimatlarını okuma oranlarının daha az olduğu görülmüştür (10). Pınar ve ark. (18) çalışmasında hastaların %66,2'sinin ilacın kullanma talimatını okuduğunu bildirmiştir. Sağlık Bakanlığı'nın 2011 yılında yapmış olduğu çalışmaya göre; ASM'lere başvuran hastaların %59,1'i, devlet hastanelerine başvuran hastaların ise %61,6'sı ilaçların kullanma talimatlarını okuduğunu beyan etmiştir (19). Yapılan çalışmalar farklılık gösterse bile genellikle prospektüsün okunduğu söylenebilir.

Genellikle kullanılan ilaçlara tekrar ihtiyaç olur amacıyla evde bulundurulması yaygın olduğundan çalışmamızda bu oran %53,7 olarak bulunmuştur. Literatürde bizim çalışma

sonuçlarımızla benzerlik gösteren başka çalışmalarda bulunmaktadır (17,19). Sağlık Bakanlığının 2011 yılında yaptığı "Toplumun Akılcı İlaç Kullanımına Bakışı" adlı çalışmasında ASM'lere başvuran hastaların yarısı, devlet hastanelerine başvuran hastaların ise %55,7'sinin evinde kullanmadığı, biriktirdiği veya lazım olur düşüncesi ile sakladığı ilaç bulunduğunu belirtmişlerdir (19). Evde ilaç biriktirme oranının yüksek olduğu düşünülmektedir.

Araştırmamıza katılanların çalışma durumu ile başkasına iyi gelen ilacı kullanma arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Ülkemizde yapılan çalışmalarda komşu/arkadaş/akraba tavsiyesine göre bireylerin ilaç kullanma oranlarının fazla olduğu görülmektedir (20,21). Bireylerin çalışmasından dolayı hekime gitmeye vakit bulamaması, evde biriktirdiği daha önceden fayda bulduğu ilaçları kullandıklarını düşünmekteyiz. İlaç kullanımı konusunda insanların birbirlerini etkilediklerini ve etkilendikleri görülmektedir. Bilinçsizce kullanılan ilaçlar kişiye zarar verebilir. Birine iyi gelen ilaç başkasına iyi gelmeyebilir, alerjik reaksiyon gösterebilir. Sağlık açısından başkasına ilaç önerisinde bulunulmamalıdır.

Katılımcıların kullandıkları ilacı zamanında alamamalarının nedeni unutmalarıdır. Bizim çalışmamıza benzer Yılmaz ve ark (22) çalışmasında %63,9'u unuttuğundan dolayı ilaçlarını almadıklarını ifade etmişlerdir. Hastaların tedaviyi anlamaları ve ilaçlarını uygun şekilde kullanmaları için uyarılara ihtiyaçları vardır. İlacın unutulması tedavi sürecini olumsuz etkileyebilir. İlacın kullanımını hatırlatacak uygulamalarının bireylerin kullanılması sağlanabilir.

Çalışmada en çok kullanılan ilaç grubu analjeziklerdir. Yapılan çalışmalarda da hekime danışmadan en çok kullanılan ilaç grubu ağrı kesiciler olduğu belirlenmiştir (11,15,17). Akut ve kronik ağrı sendromlarında analjezikler kullanılmaktadır. Ağrı, bir hastalık belirtisi olabilir. Hekime başvurarak ağrının nedeni araştırılmalıdır. Bireylerin ağrıyı azaltmak için bilinçsizce kullandıkları analjezikler, ağrıyı ortadan kaldırarak altta yatan nedeni baskılayabilmekte ve olumsuz sonuçlar doğurabilmektedir. Bu nedenle hastaların hekim reçetesiyle ağrı kesicileri temin etmelidirler (23). Ağrı kesicilerin reçetesiz satılmasından ve evlerde genellikle ağrı kesicilerin bulunmasından

dolayı yaygın olarak kullanıldığı düşünülmektedir.

Sonuç

Katılımcıların genellikle reçetesiz ilaç ve en fazla analjezik grubu ilaç kullandıkları, bireylerin başkasına iyi gelen ilacı kullandıkları ve çevresindeki bireylere ilaç önerdikleri görülmektedir. İlaç kullanım bilincinin olmadığı ve sağlık kuruluşlarının kullanılmadığı görülmektedir. Bu bilincin artırılması için eğitim, araştırma, projeler, sağlık kuruluşlarını etkin bir şekilde kullanılması, toplumun sağlık okuryazarlık düzeyinin yükseltilmesi sağlanmalıdır.

İletişim: Öğr. Gör., Ezgi Demirtürk Selçuk
E-Posta: demirturkezgi@gmail.com

Kaynaklar

1. Kayaalp SO. Akılcı tedavi yönünden tıbbi farmakoloji. 13. Baskı. Ankara: Pelikan Yayıncılık; 2012.
2. Uğrak U, Teke A, Cihangiroğlu N, Uzuntarla Y. Kardiyoloji kliniğinde yatan hastaların akılcı ilaç kullanımı konusundaki tutumları. TAF Prev Med Bull 2015;14(2):137-44.
3. World Health Organization (WHO). Conference of experts on the rational use of drugs. (Nairobi, Kenya, 25-19 Kasım 1985): Report by the Director-General. Accessed November 12, 2021, at <https://apps.who.int/iris/handle/10665/162006>.
4. Ekenler Ş, Koçoğlu D. Bireylerin akılcı ilaç kullanımıyla ilgili bilgi ve uygulamaları. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2016;3(3):44-55.
5. Taylor K, Ronte H, Hammett S. Healthcare and life sciences predictions 2020—a bold future. Deloitte, London 2014.
6. World Health Organization (WHO). Promoting rational use of medicines: Core components. WHO Policy Perspectives on Medicines, Geneva, 2002. Accessed November 10, 2021, at <http://apps.who.int/medicinedocs/pdf/h3011e/h3011e.pdf>.
7. Kabasakal E. Aile sağlığı merkezinde çalışan sağlık personelinin sağlığın geliştirilmesi uygulamalarına ilişkin görüşleri. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, 2013.
8. Demirkıran M, Şahin B. Pratisyen hekimlerin ilaç seçimlerini etkileyen faktörlere ilişkin değerlendirmeleri. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi 2010;13(1):1-28.
9. Esin MN, Bulduk S, Dural Ç, Şenolan G, Temel E. Erişkin bireylerin ilaç kullanma ile ilgili davranışları. İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi 2007; 15: 139-45.
10. Yurttaş Akar Ç.B. Samsun ili çarşamba ilçesinde kırsal nüfusu kapsayan bir aile sağlığı merkezi'ne kayıtlı 15-49 yaş kadınlar arasında vajinit prevalansı. Karabük Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, 2019.
11. Yapıcı G, Balıkcı S, Uğur Ö. Birinci basamak sağlık kuruluşuna başvuranların ilaç kullanımı konusundaki tutum ve davranışları. Dicle Tıp Dergisi 2011;38 (4):458-65.
12. Güven ZZ. Eğitim ve kadın işgücü: Dünyada Kadın İşgücü ve Disiplinlerarası Bir Bakış. B. Afşar ve B. Büyükdoğan (Ed.). Ankara: Gazi Kitabevi. 2016. s.115-24.
13. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü (2019) Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, 2018. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Sağlık Bakanlığı, Kalkınma Bakanlığı ve TÜBİTAK, Ankara, Türkiye.
14. Gözüyeşil E, Aröz Düzgün A, Taş F. Bir aile sağlığı merkezine başvuran kadınların jinekolojik kanser farkındalıklarının değerlendirilmesi. Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care 2020;14(2):177-85.
15. Deniz S. Akılcı ilaç kullanımına ilişkin tutum ve davranışların belirlenmesine yönelik bir araştırma. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi 2019;22(3):619-32.
16. Çatak B, Kılınç AS, Badıllıoğlu O, Sütlü S, Sofuoğlu AE, Aslan D. Burdur'da evde sağlık hizmeti alan yaşlı hastaların profili ve evde verilen sağlık hizmetleri. Türkiye Halk Sağlığı Dergisi 2012; 10(1): 13-21.
17. Hatipoğlu S, Cengiz Özyurt B. Manisa ilindeki bazı aile sağlığı merkezlerinde akılcı ilaç kullanımı, TAF Preventive Medicine Bulletin 2016;15(4):1-8.
18. Pınar N, Karataş Y, Bozdemir N, Ünal İ. Adana ilindeki insanların ilaç kullanım alışkanlıkları. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni 2013;12(6):639-650.
19. Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü. Toplumun akılcı ilaç kullanımına bakışı, Ankara, 2011.
20. Özkan S, Özbay O, Aksakal F, İlhan M, Aycan S. Bir üniversite hastanesine başvuran hastaların hasta olduklarındaki tutumları ve ilaç kullanım alışkanlıkları. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni 2005;4(5):223-37.
21. İlhan M, Aydemir Ö, Çakır M, Aycan S. Akılcı olmayan ilaç kullanım davranışları: Ankara'da üç ilçe örneği. Turkish Journal of Public Health 2014;12(3):188-200.
22. Yılmaz M, Güler N, Güler G, Kocataş S. Bir grup kadının ilaç kullanımı ile ilgili bazı davranışları: Akılcı mı? Cumhuriyet Med J 2011; 33: 266-77.
23. Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu. Bilinçli ağrı kesici kullanımı. Erişim tarihi: 8.10.2021. Erişim adresi: http://www.akilcilac.gov.tr/?page_id=2477.

DOI: 10.17942/sted.1021910

Geliş/Received : 10.11.2021
Kabul/ Accepted : 21.11.2022

Özet

Amaç: Bu araştırma gebelerde sağlık okuryazarlığı düzeyi ile sağlık uygulamaları arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Yöntem: Araştırma, tanımlayıcı türdedir. Araştırmanın örneklemini, Haziran 2019 tarihinde bir Kadın-Doğum Hastanesi'nin polikliniğe antenatal bakım almak için başvuran 250 gebe oluşturmuştur. Araştırma verilerinin toplanmasında Kişisel Bilgi Formu, Gebelikte Sağlık Uygulamaları Ölçeği, Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-32 (TSOY-32) kullanılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde yüzdelerle dağılım, ortalama, standart sapma, Pearson Korelasyon Analizi ve tek yönlü Anova testi kullanılmıştır.

Bulgular: Gebelerin yaş ortalaması 28,0±6,0 yıl, gebelik haftası 34,4±4,3'tür. Gebelerin sağlık okuryazarlığı toplam puan ortalaması 36,1±9,7'dir. Gebelerin %12,8'inin yetersiz, %24,0'inin sorunlu sınırlı, %28,4'ünün yeterli ve %34,8'inin mükemmel sağlık okuryazarlık düzeyinde oldukları saptanmıştır. Gebelerin sağlık uygulamaları puan ortalaması 97,53±11,59'dur. Genel sağlık okuryazarlığı ve tüm alt okuryazarlık indeksleri ile gebelerin sağlık uygulamaları puan ortalamaları arasında pozitif yönde anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır (p<0,01).

Sonuç: Gebelerin sağlık okuryazarlığı düzeyi genel olarak yeterli bulunsa da gebelerin önemli bir kısmının sağlık okuryazarlığı yetersiz ve sorunlu sınırlı düzeyde saptanmıştır. Gebelerin sağlık okuryazarlığı arttıkça sağlık uygulamaları artış göstermektedir.

Anahtar sözcükler: Gebe, Sağlık okuryazarlığı, Sağlık uygulamaları

Abstract

Objective: This study was conducted to determine the relationship between pregnant women's health literacy level and health practices.

Method: The research is descriptive. The sample of the study consisted of 250 pregnant women who applied to the outpatient clinic of a Maternity Hospital in June 2019 for antenatal care. In the collection of the data, the Personal Information Form, Health Practice Questionnaire in pregnancy, Turkey Health Literacy Survey Scale-32 (TSOY-32) was used. Percentage distribution, mean, standard deviation, Pearson Correlation Analysis and one-way Anova test were used to evaluate the data.

Results: The mean age of the pregnant women was 28.0±6.0 year and the mean pregnancy week was 34.4±4.3. The mean total health literacy score of pregnant women is 36.1±9.7. It was determined that 12.8% of the pregnant women were inadequate, 24.0% had problematic limited, 28.4% were adequate, and 34.8% had excellent health literacy. The mean score of health practices of pregnant women was 97.5±11.6. It was determined that there was a positive statistically significant relationship between general health literacy and all sub-literacy indexes and the mean health practices of pregnant women (p<0.01).

Conclusion: Although the health literacy level of the pregnant was found to be adequate in general, the health literacy of a significant part of the pregnant women was found to be inadequate and problematic limited level. As the health literacy of pregnant women increases, health practices increase.

Key words: Pregnant, Health literacy, Health practices

¹ Dr. Öğr. Üyesi, Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Hemşirelik Esasları AD (Orcid no: 0000-0001-5610-9943)

² Hemşire, Erzurum İl Sağlık Müdürlüğü Kamu Hastaneleri Başkanlığı, Sağlık Bakım ve Hasta Hizmetleri Birimi (Orcid no: 0000-0002-6233-3228)

³ Doç. Dr., Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü (Orcid no: 0000-0003-4086-4244)

Giriş

Gebelik, üreme çağındaki her kadın için doğal fizyolojik bir olay olmasına rağmen, gebe organizmasında önemli anatomik, fizyolojik ve psikolojik değişikliklerin meydana geldiği bir süreçtir. Gebenin meydana gelen değişikliklere uyum sağlayabilmesi, gebe ve fetüs sağlığının en iyi şekilde sürdürülebilmesi için gebelikteki sağlık uygulamaları büyük önem taşımaktadır (1). Gebelikteki sağlık uygulamaları, dengeli ve doğru beslenme, gebelikte uygun miktarda kilo alma, düzenli egzersiz, diş bakımı, gebelik ve doğum hakkında eğitim, sigara içmeme, alkol-yasa dışı maddeler ve çok sayıda ilaç kullanmama ve riskli seksüel davranışlar ya da diğer enfeksiyon ajanlarına maruz kalmaktan kaçınma, uygun vitaminlerin kullanımı ve mineral desteği, güvenli besin işleme gibi konuları içermektedir (1,2).

Gebelikte uygun sağlık davranışları sergilenmesinin anne, fetüs ve yenidoğan sağlığı üzerine, önemli katkıları bulunmaktadır. Bu nedenle gebelikteki sağlık uygulamalarını etkileyen faktörlerin bilinmesi oldukça önemlidir. Yapılan bir metaanaliz çalışmasında prenatal bağlanma, stres, depresyon, gelir düzeyi, eğitim, sosyal destek, iş ve gebelik yaşının gebelerin sağlık uygulamalarını etkilediği bildirilmektedir (3). Gebenin sağlık uygulamalarına katılımını etkileyen faktörlerden biri de sağlık okur yazarlığıdır. Sağlık okur yazarlığı " bireylerin sağlığı teşvik edecek ve sürdüreceği şekilde bilgiye erişme, bilgiyi anlama ve kullanma becerisi ve motivasyonunu belirleyen bilişsel ve sosyal becerileri" olarak tanımlanmaktadır (4). Sağlık okuryazarlığı; bireylerin hayatları boyunca yaşam kalitelerini iyileştirmeleri, hastalıkları önlemeleri ve sağlıklarını geliştirmeleri konusunda gereken kararları alabilmeleri ve yargıda bulunabilmelerini sağlar (5).

Sağlık okuryazarlığı bireyin sağlığını belirlemede önemli faktörlerden biridir. Gebenin kendisi ve bebeği için uygun sağlık uygulamalarını sergilemesinde sağlık okuryazarlık düzeyinin etkili olduğu düşünülmektedir. Yeterli sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip olan kadınların doğum öncesi bakıma başlama zamanı ve sıklığı, gebelikte kilo alımı, annenin hemotokriti, folik asit ve demir tableti kullanma, doğumun gerçekleştiği gebelik haftası ve doğumun şeklinde olumlu farklılıkların olduğu bildirilmektedir (6). Yapılan

bir çalışmada gebelerin %15,5'inin yetersiz sağlık okuryazarlığı seviyesine, %41,7'sinin sınırlı sağlık okuryazarlığı seviyesine, %42,8'inin ise yeterli düzeyde okuryazarlığa sahip olduğu bulunmuştur. Aynı çalışmada sağlık okuryazarlığı yeterli olan gebelerin sağlık okuryazarlığı yetersiz ve sınırlı olanlara göre daha düzenli antenatal bakım aldığı saptanmıştır (7). Kadınların sağlık okuryazarlığı düzeyi sadece kendi sağlık bakımlarını değil, aynı zamanda gebelik, fetüs, yenidoğan ve çocuk sağlığını da etkilemektedir.

Sağlık okuryazarlığı; eğitim seviyesinden veya genel okuma kabiliyetinden bağımsız olarak okuma, dinleme, analiz etme, karar vermeyi ve bu becerileri sağlık durumlarında kullanmayı içerir (8). Sağlık okuryazarlığı, sağlık çalışanları ve birimleri tarafından verilen bilgileri algılama ve kullanma becerisini içerir (6). Yapılan bir çalışmada sağlık okuryazarlığı düzeyi düşük olan gebelerin, yüksek düzeyde sağlık okuryazarlığı olanlara göre gebelikteki tarama testlerini daha az anladıkları saptanmıştır (9). Düşük sağlık okur yazarlığı sağlık ve tedavi giderlerinde artış, hastalık ve ölüm oranı ve hastalıkların yan etkileri gibi istenmeyen ekonomik, sosyal ve sağlık sonuçları ile ilişkilendirilebilir (6). Bu bilgiler ışığında gebelerin daha sağlıklı olmalarında sağlık okuryazarlık seviyelerinin geliştirilmesi önem arz etmektedir. Bu araştırma gebelerde sağlık okuryazarlık düzeyi ile sağlık uygulamaları arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla yapılmıştır.

Gereç ve Yöntem

Araştırmanın Türü: Araştırma tanımlayıcı türdedir.

Araştırmanın Evren ve Örnekleme: Araştırmanın evrenini, Türkiye'nin doğusunda bir Kadın Doğum Hastanesi polikliniklerine 1-30 Haziran 2019 tarihleri arası antenatal bakım almak için başvuran gebeler oluşturmaktadır. Araştırmada örneklem seçimine gidilmeksizin belirtilen tarihlerde polikliniğe başvuran, araştırmaya alınma kriterlerine uyan ve araştırmaya katılmaya gönüllü olan 250 gebe araştırmanın örneklemini oluşturmuştur.

Araştırmaya gönüllü olarak katılmayı kabul eden, işbirliği ve iletişime açık, 18-35 yaş arasında, en az ilkokul mezunu, spontan gebe kalmış, gebeliğin üçüncü trimesterinde olan, yüksek riskli gebeliği olmayan ve sağlıklı bir fetüse sahip olan kadınlar araştırmaya alınmıştır.

Veri Toplama Araçları:

Kişisel Bilgi Formu: Bu form gebelerin; yaş, eğitim durumu, çalışma durumu, ailenin ekonomik düzeyi, gebeliğin planlanma durumu, antenatal bakım durumu vb. tanıtıcı özellikleri içeren sorulardan oluşmaktadır.

Gebelikte Sağlık Uygulamaları Ölçeği (GSUÖ): Gebelikte Sağlık Uygulamaları Ölçeği, Lindgren (2005) tarafından geliştirilmiştir (1). Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Er (2006) tarafından yapılmıştır (10). Ölçek 33 maddeden oluşmaktadır. Ölçekteki 1-16. maddeler arası "her zaman" ile "hiçbir zaman" arasında değişen 5'li Likert tipi yanıt seçeneklerini içermektedir. Hiçbir zaman (a) = 1 puan, Nadiren (b)= 2 puan, Ara sıra (c)= 3 puan, Sık sık (d)= 4 puan ve Her zaman (e)= 5 puan olarak hesaplanmaktadır; 17. maddeden 33. maddeye kadar olan sorular için uygun seçenekler verilmiştir ve bu seçenekler de 5 adet olup, 1 ile 5 arasında puanlandırılmaktadır. Bütün maddelerin toplamından genel puan elde edilmektedir. Ölçekten elde edilecek en düşük puan 33, en yüksek puan 165'tir. Yüksek puan alma, sağlık uygulamalarının iyi derecede olduğunu belirtmektedir. Ölçeğin Cronbach Alpha katsayısı 0,74'tür (10).

Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-32 (TSOY-32): TSOY-32, on beş yaş üzeri ve okuryazar olan kişilerde sağlık okuryazarlığını değerlendirmek amacıyla geliştirilmiş öz bildirim ölçeğidir. Ölçek, Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Araştırma Konsorsiyumu (HLS-EU CONSORTIUM, 2012) tarafından geliştirilen kavramsal çerçeveye dayanmaktadır. Ancak, TSOY-32, orijinal ölçekten farklı olarak, üç değil, iki temel boyut alınarak, 2x4'luk bir matrise dayanarak yapılandırılmıştır. Buna göre, matris iki boyut (Tedavi ve hizmet ve hastalıklardan korunma/sağlığın geliştirilmesi) ile dört süreç (Sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma, sağlıkla ilgili bilgiyi anlama, sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme, sağlıkla ilgili bilgiyi kullanma/uygulama) olmak üzere toplam sekiz bileşenden oluşmaktadır (11).

Her madde 1=Çok kolay, 2=Kolay, 3=Zor, 4=Çok zor olacak şekilde 4 derecelidir. "Fikrim yok" ifadesi için 5 kodu kullanılmıştır (11). Puan hesaplarına geçilmeden önce, kodlar 1-4, 4-1 olacak şekilde yeniden kodlanmalıdır. Hesaplama kolaylığı açısından toplam puan 0-50 arası değer alacak şekilde standardize edilmektedir. Ölçekte 0 puan en düşük sağlık okuryazarlığını, 50 puan en

yüksek sağlık okuryazarlığını göstermektedir.

Sağlık okuryazarlığı düzeyi, elde edilen puana göre dört kategoride değerlendirilmiştir:

(0-25) puan: Yetersiz sağlık okuryazarlığı

(>25-33): Sorunlu – sınırlı sağlık okuryazarlığı

(>33-42): Yeterli sağlık okuryazarlığı

(>42-50): Mükemmel sağlık okuryazarlığı

Ölçeğin genel Cronbach Alfa katsayısı; 0,92 olarak saptanmıştır (11). Bu çalışmada ölçeğin Cronbach Alfa katsayısı 0,94 bulunmuştur.

Araştırmanın Değişkenleri:

Bağımsız değişkenler: Gebelerin sosyodemografik ve obstetrik özellikleri.

Bağımlı değişkenler: Gebelerin sağlık okuryazarlığı düzeyleri ve sağlık uygulamaları puan ortalamaları.

Verilerin Değerlendirilmesi: Veriler "Statistical Package for Social Sciences" (SPSS) for Windows 20.0 istatistik paket programında değerlendirilmiştir. Tanımlayıcı istatistikler olarak yüzdelik dağılım, ortalama, standart sapma kullanılmıştır. Verilerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov-Smirnov testi ile değerlendirilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde tek yönlü Anova, Pearson Korelasyon analizi kullanılmıştır. Ölçeklerin güvenilirliğinin test etmek için Cronbach's Alfa değerlendirmesi yapılmıştır. İstatistiksel anlamlılık için $p < 0,05$ referans alınmıştır.

Araştırmanın Etik İlkeleri: Araştırma için Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu'ndan etik onay (Karar No:03/45 22 Nisan 2019), araştırmanın yapıldığı hastaneden kurum izni ve katılımcılardan sözlü bilgilendirilmiş onam alınmıştır.

Bulgular

Gebelerin yaş ortalaması $28,0 \pm 6,0$ yıldır. Gebelerin %22,0'ı ilköğretim mezunu ve %28,8'i üniversite ve üstü bir eğitime sahiptir. Gebelerin ortalama gebelik haftası $34,4 \pm 4,3$, doğum öncesi bakım sayısı ortalama $7,9 \pm 3,7$ 'dir. Gebelerin %39,6'sının ilk gebeliğidir. Gebelerin %70,8'i sağlık bilgi kaynaklarını düzenli olarak takip ettiğini bildirmiştir. Gebeler sağlıkla ilgili bilgileri %70,0 hekimden, %55,6 ebe/hemşireden, %58,8 internetten aldıklarını belirtmiştir (Tablo 1).

Tablo 1. Gebelerin tanıtıcı özellikleri (n=250)		
Özellikler	Ortalama	SS*
Yaş (yıl)	28,0	6,0
Gebelik haftası	34,4	4,3
Doğum öncesi alınan bakım sayısı	7,9	3,7
	n	%
Eğitim durumu		
İlkokul	55	22,0
Ortaokul	57	22,8
Lise	66	26,4
Üniversite ve üzeri	72	28,8
Meslek		
Ev hanımı	193	77,2
Çalışıyor	57	22,8
Aile tipi		
Çekirdek aile	196	78,4
Geniş aile	54	21,6
Ekonomik durum		
İyi	95	38,0
Orta	147	58,8
Kötü	8	3,2
Gebelik sayısı**		
İlk gebelik	99	39,6
2	65	26,0
3	47	18,8
4 ve üzeri	39	15,6
Yaşayan çocuk sayısı		
Yok	86	34,4
1	84	33,6
2	56	22,4
3 ve üzeri	24	9,6
Düzenli DÖB*** alma		
Evet	225	90,0
Hayır	25	10,0
Gebelik ile ilgili sağlık bilgi kaynaklarını düzenli olarak takip etme durumu		
Evet	177	70,8
Kısmen	52	20,8
Hayır	21	8,4
Sağlıkla ilgili bilgilere ulaşma†		
Eş	43	17,2
Arkadaş	60	24,0
Anne, kayınvalide vb.	66	26,4
Hekim	175	70,0
Ebe Hemşire	139	55,6
Televizyon	35	14,0
İnternet	147	58,8
Kitap-dergi-broşür	47	18,8
*Standart sapma		
**Şu anki gebelik dahil		
***Doğum öncesi bakım		
†Gebeler birden fazla seçenek seçmişlerdir		

Tablo 2. Gebelerin sağlık okuryazarlığı ve gebelikte sağlık uygulamaları puan ortalamaları		
Ölçekler	Ortalama	SS*
Genel Sağlık Okuryazarlığı	36,08	9,68
Alt okuryazarlık indeksleri		
Tedavi ve hizmet	36,34	9,73
Hastalıklardan korunma/ Sağlığın geliştirilmesi	35,83	10,50
Sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma	36,68	10,29
Sağlıkla ilgili bilgiyi anlama	37,24	9,75
Sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme	33,60	12,22
Sağlıkla ilgili bilgiyi kullanma/uygulama	36,88	9,53
Gebelikte Sağlık Uygulamaları Ölçeği	97,53	11,59
*Standart sapma		

Gebelerin genel sağlık okuryazarlığı puan ortalaması $36,08 \pm 9,68$, tedavi ve hizmet sağlık okuryazarlığı puanı $36,34 \pm 9,73$ ve hastalıklardan korunma/sağlığın geliştirilmesi sağlık okuryazarlığı puanı $35,83 \pm 10,50$ olarak bulunmuştur. Alt okuryazarlık indekslerine bakıldığında sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma puan ortalaması $36,68 \pm 10,29$, bilgiyi anlama ortalama $37,24 \pm 9,75$, bilgiyi değerlendirme ortalama $33,60 \pm 12,22$ ve bilgiyi

kullanma/uygulama ortalama $36,88 \pm 9,53$ olarak bulunmuştur. Gebelerin sağlık uygulamaları ölçeği puan ortalaması ise $97,53 \pm 11,59$ 'dur (Tablo 2).

Genel sağlık okuryazarlığı indeksine göre gebelerin %12,8'inin yetersiz, %24,0'ının sorunlu sınırlı, %28,4'ünün yeterli ve %34,8'inin mükemmel sağlık okuryazarlık düzeyinde oldukları saptanmıştır (Tablo 3).

Tablo 3. Gebelerin genel sağlık okuryazarlığı ve alt okuryazarlık indekslerinin sağlık okuryazarlığı düzeyleri				
	Yetersiz n (%)	Sorunlu sınırlı n (%)	Yeterli n (%)	Mükemmel n (%)
Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği Toplam	32 (12,8)	60 (24,0)	71 (28,4)	87 (34,8)
Tedavi ve hizmet	34 (13,6)	55 (22,0)	83 (33,2)	78 (31,2)
Hastalıklardan korunma/ sağlığın geliştirilmesi	37 (14,8)	47 (18,8)	90 (36,0)	76 (30,4)
Sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma	33 (13,2)	40 (16,0)	93 (37,2)	84(33,6)
Sağlıkla ilgili bilgiyi anlama	34 (13,6)	33 (13,2)	99 (39,6)	84 (33,6)
Sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme	60 (24,0)	44 (17,6)	80 (32,0)	66 (26,4)
Sağlıkla ilgili bilgiyi kullanma/uygulama	39 (15,6)	33 (13,2)	96 (38,4)	82 (32,8)

Genel sağlık okuryazarlığı ve tüm alt okuryazarlık indeksleri ile gebelerin sağlık uygulamaları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır ($p < 0,001$) (Tablo 4). Gebelerin sağlık okuryazarlığı düzeylerine göre sağlık uygulamaları

puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Sağlık okuryazarlığı yetersiz olan gebelerin sağlık uygulamaları puan ortalamaları diğer gruplara göre anlamlı düzeyde daha düşüktür ($p < 0,001$) (Tablo 5).

Tablo 4. Gebelerin genel sağlık okuryazarlığı ve alt okuryazarlık indekslerinin puan ortalamaları ile sağlık uygulamaları puan ortalamaları arasındaki ilişki

		Gebelikte sağlık uygulamaları ölçeği
Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği Toplam	r	0,379
	p	0,001
Tedavi ve hizmet	r	0,399
	p	0,001
Hastalıklardan korunma/sağlığın geliştirilmesi	r	0,328
	p	0,001
Sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma	r	0,354
	p	0,001
Sağlıkla ilgili bilgiyi anlama	r	0,415
	p	0,001
Sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme	r	0,303
	p	0,001
Sağlıkla ilgili bilgiyi kullanma/uygulama	r	0,341
	p	0,001

Tablo 5. Gebelerin sağlık okuryazarlığı düzeylerine göre sağlık uygulamaları puan ortalamalarının karşılaştırılması

	GSUÖ Ortalama \pm SS*	Test ve p değeri
Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi		
Yetersiz sağlık okuryazarlığı	88,59 \pm 12,42	F=10,680 p=0,001
Sorunlu–sınırlı sağlık okuryazarlığı	97,40 \pm 10,54	
Yeterli sağlık okuryazarlığı	96,98 \pm 11,98	
Mükemmel sağlık okuryazarlığı	101,36 \pm 9,78	
*Standart sapma		

Tartışma

Sağlık okuryazarlığı düzeyi, kadın sağlığını etkileyen faktörlerden biridir. Kadınlarda sağlık okuryazarlığı düzeyi, kadının sağlığını koruma ve geliştirme davranışlarını etkilemektedir. Bu kapsamda gebelerin sağlığının korunması ve yükseltilmesi için, gebelerde sağlık okuryazarlığının belirlenmesi önemlidir.

Bu araştırmada gebelerin genel sağlık okuryazarlığı puanı yeterli düzeyde bulunmuştur. Yüzdeler oranlar olarak incelendiğinde; gebelerin %36,8'inin yetersiz/sorunlu sınırlı düzeyde;

%63,2'sinin yeterli/mükemmel seviyede sağlık okuryazarlığına sahip olduğu belirlenmiştir. Katılımcıların yarısından fazlasının sağlık okuryazarlık düzeyi istendik seviyede saptanmıştır. Kohan ve ark. (2007) yaptıkları çalışmada gebelerin %34'ünün sağlık okuryazarlık düzeyini düşük seviyede bulmuştur (6). Kadınlarda sağlık davranışları ile sağlık okuryazarlığı arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapılan bir çalışmada kadınların sağlık okuryazarlığı puan ortalaması 38,4 \pm 16,3 ve %15,9'unun yetersiz, %13,0'ünün sınırlı ve %71,1'inin yeterli düzeyde sağlık okuryazarlığı bulunmuştur (12). Diyabetli

gebelerde yapılan bir çalışmada da fonksiyonel sağlık okuryazarlığı %22 oranında düşük bulunmuştur (13). İranlı gebeler üzerinde yapılan bir çalışmada ise gebelerin %15,5'i yetersiz, %41,7'si sınırlı ve %42,8'i yeterli sağlık okuryazarlık düzeyine sahip olarak bulunmuştur (7). Kuzey Amerika'da yapılan bir çalışmada örneklemin %26'sı yetersiz sağlık okuryazarlığı düzeyinde iken, %20'si sınırdaki sağlık okuryazarlığı düzeyinde bulunmuştur (14). Literatüre bakıldığında sağlık okuryazarlığı düzeylerinin geniş aralıkta değişkenlik gösterdiği, etnik köken ve kültürel özelliklerin sağlık okuryazarlığı düzeyi üzerinde etkili olabileceği düşünülmektedir.

Bu araştırmada gebelerin sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma ve anlama konusunda %33,6'sı mükemmel okuryazarlık düzeyindeyken; bilgiyi değerlendirme konusunda ise %26,4'ü mükemmel düzeydedir. Sağlık okuryazarlığının, yapılan sağlık bilgilendirmelerini anlama yeterliliğinde önemli bir belirleyici olduğu bildirilmektedir (9). Filiz'in (2015) yaptığı çalışmada sağlık okuryazarlığı ile ilgili hususlarda gebelerin en başarılı olduğu konular, "eczacının ilaç tariflerini anlama", "aşı kartı veya diyet formlarında yazılı olanları anlama" ve "doktor/hemşirenin verdiği bilgileri anlama" olarak saptanmıştır. "İlaç dozu hesaplama", "ilaç prospektüslerini anlama" ve "hastanede gidilmesi gereken yerleri bulabilme" konusunda gebelerin puanlarının düşük olduğu bulunmuştur (15). Bu araştırmada bilgiyi değerlendirmede yetersiz olanların oranı bilgiyi anlama ve ulaşmada yetersiz olanların yaklaşık iki katı olarak saptanmıştır. Bilgiyi değerlendirmedeki düşük okuryazarlık düzeyi yanlış sağlık kararlarına, daha riskli sağlık davranışlarına ve kendi sağlığı konusunda söz ve sorumluluk alma becerisinde yetersizliğe sebep olabileceğinden dolayı dikkate alınması gereken sağlık okuryazarlık alt boyutlarından biridir.

Araştırma sonucunda gebelerin sağlık uygulamaları puan ortalaması $97,53 \pm 11,59$ olarak saptanmıştır. Yapılan bir çalışmada gebelerin sağlık uygulamaları puanının $112,64 \pm 13,87$ olduğu görülmektedir (16). Farklı bir çalışmada gebelerin sağlık uygulamaları puanı $111,76 \pm 18,53$ olarak saptanmıştır (17). Gebelik sürecince sağlık uygulamalarına dikkat etmemek annenin ve bebeğin sağlığını riske sokabilir.

Araştırma sonucunda gebelerin sağlık okuryazarlık

puanı arttıkça sağlık uygulamalarının arttığı saptanmıştır. Literatürde sağlık okuryazarlığı ile bazı sağlık davranışlarına katılım arasındaki ilişkiyi inceleyen araştırmalara rastlanmıştır. Yapılan bir çalışmada sağlık okuryazarlığı düzeyi düşük olan gebelerin, yeterli olanlara göre gebelikte yapılan tarama testlerini anlama düzeylerinin düşük olduğu bulunmuştur (9). Endres ve ark. (2004) pregestasyonal diyabetli gebelerde yaptıkları çalışmada düşük sağlık okuryazarlığına sahip olanların plansız gebeliğe sahip olma oranlarının daha fazla olduğu saptanmıştır (13). Bu sonuç sağlık okuryazarlığı düzeyinin gebelik ile ilgili hazırlık yapma, sağlık uygulamalarına dikkat etme konularında etkili olduğunu göstermektedir. Başka bir çalışmada ise gebelerin düzenli doğum öncesi bakım alma oranlarında sağlık okuryazarlığının etkili olduğu, yeterli düzeyde sağlık okuryazarlığına sahip olan gebelerin daha fazla doğum öncesi bakım aldıkları saptanmıştır (7). Solhi ve ark. (2019) çalışmasında, gebelere öz bakım ve sağlık okuryazarlığı ile ilgili verilen eğitimin sağlık okuryazarlığı düzeyini artırdığını, yani sağlık okuryazarlığının artırılmasının gebelerin sağlık uygulamalarına dikkat etmelerine katkı sağladığını saptamıştır (8). Hem literatür, hem de bu çalışmanın bulgularına göre gebelerin sağlık okuryazarlığı arttıkça sağlık uygulamalarının arttığı görülmektedir. Sağlık okuryazarlığının bireylerin kendi sağlık durumlarının yönetiminde önemli bir rol oynadığı söylenebilir.

Bu araştırmada sağlık okuryazarlığı yetersiz olan gebelerin sağlık uygulamaları puan ortalamaları diğer gruplara göre anlamlı düzeyde daha düşük bulunmuştur. Sağlık okuryazarlığı ile antenatal bakım ve gebelik çıktıları arasındaki ilişkinin incelendiği bir çalışmada yeterli sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip olan kadınların doğum öncesi bakıma başlama zamanı ve sıklığı, yenidoğan doğum ağırlığı, gebelikte kilo alımı, anne hematokriti, folik asit ve demir tableti kullanma, doğumun gerçekleştiği gebelik haftası ve doğumun şeklinde anlamlı farklılık olduğu bulunmuştur (6). Kohan ve ark. (2007) çalışmasında ortalama ve iyi sağlık okuryazarlığı olan kadınların %48'i, zayıf sağlık okuryazarlığı olan kadınların %27'sinin folik asit kullandığı, gebelik sırasında ortalama kilo alımının iyi sağlık okuryazarlığı olan kadınlarda 12,8 kg, ortalama sağlık okuryazarlığı olanlarda 11,2 kg, zayıf sağlık okuryazarlığı olan kadınlarda 7,2 kg olarak

bulunmuştur (6). Filiz (2015) yaptığı çalışmada demir ilacını düzenli kullanan gebelerde, gebeliğin ilk 3 ayında folik asit kullananlarda ve tetanoz aşısını zamanında yaptıran gebelerde sağlık okuryazarlık düzeyinin yüksek olduğunu bulmuştur (15). Literatürdeki çalışmalar ile bu çalışmanın bulguları benzerlik göstermektedir.

Gebelerin sağlıklı olması sadece kendilerinin değil aynı zamanda bebek ve çocuklarının dolayısı ile toplumun da sağlıklı olması demektir. Gebelerin sağlıkla ilgili konuları anlama ve kavrama düzeylerinin bilinmesi gebelere verilecek olan sağlık hizmetinin ve sağlık eğitiminin etkinliğini artıracaktır. Sağlık çalışanları, gebelerin sağlık okuryazarlık düzeylerini saptayarak, onların sağlık uygulamalarını geliştirmelerinde daha etkin rol alabilirler.

Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmaya sadece son trimester gebelerin alınması bir sınırlılıktır. Ayrıca yüksek riskli gebelerin çalışma dışında bırakılması araştırmanın diğer bir sınırlılığıdır.

Sonuç

Gebelerin yarıya yakınının sağlık okuryazarlığı yetersiz ve sorunlu sınırlı düzeyde saptanmıştır. Sağlık okuryazarlığı arttıkça sağlık uygulamaları artmaktadır. Araştırmada gebenin sağlık uygulamalarını sergilemesinde sağlık okuryazarlık düzeyinin etkili olduğu ortaya çıkarılmıştır. Bu kapsamda yetersiz ve sorunlu sınırdaki sağlık okuryazarlığı anne ve bebek için bir uyarı olabileceğinden annenin sağlık okuryazarlık düzeyinin artırılması önem arz etmektedir. Bu nedenle gebelerin sağlık okuryazarlığı düzeyinin belirlenmesi ve geliştirilmesi sağlık hizmetlerinin amaçları arasında olmalıdır. Sağlık okuryazarlık seviyesi yetersiz ve sorunlu olan gebelerin sağlık okuryazarlığının geliştirilmesi için doğum öncesi bakım hizmetleri ve gebe hazırlık sınıfları eğitim konularına sağlık okuryazarlığı eklenmesi önerilebilir. Ayrıca gebelerin sağlık okuryazarlığını etkileyebilecek faktörlerin daha geniş örneklem üzerinde çalışılması önerilebilir. Gebelerin sağlık okuryazarlık seviyelerinin geliştirilmesi ve sağlık uygulamalarının yaygınlaştırılması verilen sağlık hizmetlerinin kalitesini artırma açısından da oldukça önemlidir.

Teşekkür

Çalışmaya katılmayı kabul ederek katkı sağlayan tüm kadınlara teşekkür ederiz.

İletişim: Doç. Dr., Ayla Kanbur
E-Posta: aylakanbur28@hotmail.com

Kaynaklar

1. Lindgren K. Testing the health practices in pregnancy questionnaire-II. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs. 2005;34(4):465-72.
2. Alhusen JL, Ayres L, DePriest K. Effects of maternal mental health on engagement in favorable health practices during pregnancy. J Midwifery Womens Health. 2016;61(2):210-6.
3. Cannella BL, Yarcheski A, Mahon NE. Meta-analyses of predictors of health practices in pregnant women. Western Journal of Nursing Research. 2018;40(3):425-46.
4. Nutbeam D. Health promotion glossary. Health Promot Int. 1998;13(4):349-64.
5. Balçık YP, Taşkaya S, Şahin B. Sağlık okur yazarlığı. TAF Preventive Medicine Bulletin. 2014;13(4):321-6.
6. Kohan S, Ghasemi S, Dodangeh M. Associations between maternal health literacy prenatal care and pregnancy outcomes. Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research Autumn. 2007;12(4):146-52.
7. Dadipoor S, Ramezankhani A, Alavi A, Aghamolaei T, Safari-Moradabadi A. Pregnant women's health literacy in the south of Iran. Journal of Family and Reproductive Health. 2017;11(4):211-8.
8. Solhi M, Abbasi K, Ebadi Fard Azar F, Hosseini A. Effect of health literacy education on self-care in pregnant women: A randomized controlled clinical trial. IJCBNM. 2019;7(1):2-12.
9. Cho RN, Plunkett BA, Wolf MS, Simon CE, Grobman WA. Health literacy and patient understanding of screening tests for aneuploidy and neural tube defects. Prenatal Diagnosis. 2007;27(5):463-7.
10. Er S. Gebelikteki Sağlık Uygulamaları Ölçeği Türkçe Formunun geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi, İzmir: Ege Üniversitesi, 2006.
11. Okyay P, Abacıgil F, Harlak H. Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-32 (TSOY-32). Okyay P, Abacıgil F, editörler. Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçekleri Güvenilirlik ve Geçerlilik Çalışması. Anıl Reklam Matbaa Ltd. Şti. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 1025, 2016.
12. Lee SYD, Tsai TI, Tsai YW, Kuo KN. Health literacy and women' health-related behaviors in Taiwan.

- Health Educ Behav. 2012;39:210-8.
13. Endres LK, Sharp LK, Haney E, Dooley SL. Health literacy and pregnancy preparedness in pregestational diabetes. *Diabetes Care*. 2004;27:331-4.
 14. Paasche-Orlow MK, Parker RM, Gazmararian JA, Nielsen Bohlman LT, Rudd RR. The prevalence of limited health literacy. *J Gen Intern Med*. 2005;20:175-84.
 15. Filiz E. Sağlık okuryazarlığının gebelik ve sağlık algısı ile ilişkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, Konya: Selçuk Üniversitesi, 2015.
 16. Çapık A, Sakar T, Ejder Apay S. Gebelikte sağlık uygulamaları ile duygusal zeka arasındaki ilişki. *Uluslararası Hakemli Hemşirelik Araştırmaları Dergisi*. 2016;6:75-88.
 17. Özcan H, Beji NK. Gümüşhane il merkezindeki gebelerin sağlık uygulamaları. *Perinatoloji Dergisi*. 2015;23(1):13-9.

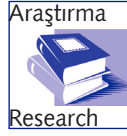


STED Fotoğraf Yarışması Arşivinden

Kadın Doğum Polikliniğine Başvuran Kadınlarda Genital Hijyen Davranışları ve İlişkili Faktörlerin İncelenmesi

Investigation of Genital Hygiene Behaviors and Related Factors in Women Applied to Gynecology Polyclinic

Ecem Özkan¹, Hale Tosun²



Geliş/Received : 10.11.2021
Kabul/ Accepted : 16.12.2022

DOI: 10.17942/sted.1021695

Özet

Amaç: Kadın doğum polikliniğine başvuran kadınlarda genital hijyen davranışları ve ilişkili faktörleri belirlemektir.

Yöntem: Tanımlayıcı türde olan araştırma bir devlet hastanesinin Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniği'ne Aralık 2020-Mart 2021 tarihleri arasında başvuran 250 gönüllü kadın ile yürütüldü. Veriler araştırmacılar tarafından literatür doğrultusunda hazırlanan "Tanıtıcı Bilgi Formu" ve "Genital Hijyen Davranışları Ölçeği" kullanılarak yüz yüze görüşme tekniği ile toplandı.

Bulgular: Yaş ortalaması 32,7± 9,3 olup, kadınların büyük çoğunluğu lise mezunu ve işçiydi. Yarıya yakın bölümü vajinal duş uygulamakta ve %39,6'sı son bir yıl içinde vajinal enfeksiyon geçirmişti. %51,2'si kadın doğum uzmanına düzenli olarak ile ilgili kontrol muayenesine gitmemekteydi. Kadın doğum polikliniğine başvuran kadınların genital hijyen davranışları ölçeği toplam puan ortalamasının 92,25±14,96 olduğu tespit edildi.

Sonuç: Kadınların eğitim düzeyi, sosyal güvence varlığı, çekirdek aile yapısı, eşin mesleği ve eğitim düzeyi ile artan gelir durumunun genital hijyen davranış puanını olumlu yönde etkilediği saptandı. Ayrıca vajinal duş uygulayan, vajinal kaşıntısı olan, son 1 yıl içinde vajinal enfeksiyon geçiren, kadın doğum uzmanına düzenli olarak gitmeyen kadınların genital hijyen davranış ölçek puanının istatistiksel olarak anlamlı şekilde düşük olduğu belirlendi.

Anahtar sözcükler: Genital hijyen, Genital hijyen davranışları, Kadın sağlığı

Abstract

Aim: The aim of the study is to determine genital hygiene behaviors and related factors in women who applied to the Obstetrics and Gynecology Polyclinic .

Method: This descriptive study was conducted with 250 volunteer women who applied to the Obstetrics and Gynecology Polyclinic of a state hospital between December 2020 and March 2021. Data was collected by face-to-face interview technique using the "Introductory Information Form" prepared by the researchers in line with the literature and "Genital Hygiene Behaviors Scale".

Results: The mean age was 32.7± 9.3 and the majority of women were high school graduates and workers. Nearly half of them were using vaginal douching and 39.6% have had a vaginal infection in the last year. 51.2% of women did not go to Obstetrics and Gynecology specialist regularly. The total mean score of the genital hygiene behaviors scale of the women who applied to the obstetrics outpatient clinic was 92.25±14.96.

Conclusion: It was determined that the education level of the women, the presence of social security, nuclear family structure, the profession and education level of the spouse, and the increased income status positively affected the genital hygiene behavior score. In addition, it was determined that the genital hygiene behavior scale score of the women who applied vaginal douche, had vaginal itching, had vaginal infection in the last 1 year, and did not go to the obstetrician regularly was statistically significantly lower.

Key words: Genital hygiene, Genital hygiene behaviors, Women's health

¹Yüksek Lisans Öğrencisi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hamidiye Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik AD (Orcid no: 0000-0001-8398-5500)

²Doç. Dr., Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hamidiye Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik AD (Orcid no: 0000-0001-5362-6793)

Giriş

Kadın sağlığının korunması ve geliştirilmesi, sağlıklı toplum için gerekli bir yatırım olup kadınların kendi sağlıkları ile ilgili farkındalık kazanmalarında rehberlik yapılması bir gereksinimdir. Bunun için kadın sağlığı konusunda doğru hijyenik davranışların da kapsamlı bir şekilde öğretilmesi gerekmektedir (1).

Genital hijyen kavramı, hijyenik uygulamalar aracılığıyla kadın ürogenital organların korunması ve geliştirilmesinin yanı sıra fiziksel olarak genital organların sağlıklı olması olarak da ifade edilmektedir. Ürogenital bölge; üretranın fizyolojik yapısı, üretral meatus, vajina ve anüsün birbiri ile komşuluğu, menstrüel kan, gaita ve idrar gibi vücudun çeşitli atıklarının aynı bölgeden yapılması mikroorganizmaların yerleşerek çoğalması ve anatomik yapılar arasında patojenlerin kolay bir şekilde taşınması açısından uygun bir ortam oluşturmaktadır. Bu nedenle uygun şekilde sağlanacak olan genital hijyenin genital enfeksiyonların önlenmesinde rolü oldukça önemlidir. Yanlış ve yetersiz şekilde yapılan genital hijyen alışkanlıklarının, vajinal floranın bozulmasına ve çeşitli sağlık problemlerinin ortaya çıkmasına yol açtığı bilinmektedir (2).

Genital enfeksiyonlardan korunma, erken tanı ve tedavide kadınlarla öncelikli ve birebir iletişimi olan ebeler, verdikleri genital hijyen davranışlarına yönelik bilgilerle kadınların sağlıklı yaşam davranış eğilimlerinde etkin rol almaktadırlar (3,4). Bilimsel yazında genital hijyen alışkanlıkları ile ilgili yapılan çok sayıda araştırma bulunmaktadır. Fakat yapılan bu araştırmaların pek çoğunun özellikle cinsel yaşamı aktif olan kadınlar ile gerçekleştirildiği görülmektedir. Bu çalışmada Karahan (2017) tarafından geliştirilen "Genital Hijyen Davranışları Ölçeği" kullanılmıştır (5). Bu ölçeğin aktif cinsel yaşamı olan kadınların yanı sıra olmayan kadınlara da uygulanabilme özelliği bulunmaktadır. Bu noktadan hareket ile araştırmanın amacı kadın doğum polikliniğine başvuran kadınlarda genital hijyen davranışları ve ilişkili faktörlerin incelemektir.

Gereç ve Yöntem

Tanımlayıcı türde gerçekleştirilen araştırmanın çalışma grubunu Aralık 2020-Mart 2021 tarihleri arasında bir devlet hastanesinin Kadın Hastalıkları

ve Doğum Polikliniği'ne başvuran 250 gönüllü kadın oluşturmuştur.

Veri Toplama Araçları

Veriler genital hijyen davranışlarını etkileyen faktörlerin belirlenmesine yönelik araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda (5-7) hazırlanan sosyodemografik özellikler ve kadın sağlığına ilişkin sorulardan oluşan "Tanıtıcı Bilgi Formu" ve "Genital Hijyen Davranışları Ölçeği" kullanılarak yüz yüze görüşme tekniği ile toplanmıştır.

Genital Hijyen Davranışları Ölçeği (GHDÖ): Karahan (2017) tarafından geliştirilen "Genital Hijyen Davranışları Ölçeği", beşli Likert tipinde bir ölçektir. Ölçek, toplam 23 maddeden oluşmaktadır (5). Ölçek maddeleri "tamamen katılıyorum" dan "hiç katılmıyorum" a doğru 5'ten 1'e sayısal değerler verilerek puanlanmaktadır. Ölçekten en düşük 23 en yüksek 115 puan alınmakta olup, yüksek puanlar genital hijyen davranışının olumlu olduğunu göstermektedir. Ölçeğin geçerlik ve güvenilirlik çalışmasında Cronbach's alpha değeri 0,80 olarak belirlenmiş olup, bu çalışmada 0,88'dir.

Verilerin Analizi

Tüm istatistiksel analizler IBM SPSS 25.0 paket programı ile yapılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistiksel yöntemler olarak sayı, yüzde, ortalama, standart sapma kullanılmıştır. Verilerin normal dağılıma uygunluğu çarpıklık ve basıklık katsayıları değerlendirilerek test edilmiştir. Gerçekleştirilen analizler sonucunda değişkenlerin normal dağılım gösterdiği belirlenmiş ve parametrik test yöntemlerinden iki grup karşılaştırmalarında "bağımsız örneklem t testi" üç ve üzeri grup karşılaştırmalarında "ANOVA" testi kullanılmıştır. Ayrıca gruplar arası fark "Bonferroni post hoc testi" ile incelenmiştir. Araştırma sonuçlarında istatistiki anlamlılık $p < 0,05$ seviyesinde değerlendirilmiştir.

Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma tek merkezde yürütülmüş olup; elde edilen veriler katılımcıların verdiği yanıtlar ile sınırlıdır. Sonuçlar araştırmanın yapıldığı gruba özgü olması nedeni ile genellenemez.

Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmaya başlamadan önce kullanılan ölçeğe ilişkin yazardan elektronik posta yolu ile izin alınmıştır. Verilerin toplanmasına başlamadan önce Kırklareli İl Sağlık Müdürlüğü'nden çalışma

izni, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hamidiye Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulundan etik kurul onayı (Etik Kurul No: 18/27) alınmış, katılımcılara öncelikle çalışma hakkında bilgi verilerek Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu okutulup imzalatılmıştır. Araştırma süresince Dünya Tıp Birliği Helsinki Bildirgesi İlkelerine uyulmuştur.

Bulgular

Araştırmaya katılan kadınların yaş ortalaması

$32,7 \pm 9,3$ 'tür. %30,4'ünün lise mezunu, %42,4'ünün işçi, %93,6'sının sosyal güvencesinin bulunduğu, %75,6'sının 2 500 TL ve üzeri gelirinin olduğu, %89,6'sının çekirdek aileye sahip olduğu görülmüştür. Ayrıca %36,0'sının eşinin lise mezunu ve %49,2'sinin işçi olduğu belirlenmiştir. Kadınların %55,2'sinin cinsel ilişki/adet gördükten sonra vajinal duş uygulamadığı, %72,0'sinde vajinal kaşınmanın olmadığı, kadınların %60,4'ünün son 1 yıl içinde vajinal enfeksiyon geçirmedeği ve %48,8'inin kadın doğum uzmanına düzenli olarak gittiği belirlenmiştir (Tablo 1).

Tablo 1. Sosyodemografik ve Kadın Sağlığına İlişkin Özelliklerinin Dağılımı (n=250)			
Özellikler		n	%
Yaş (Ort.±SS) 32,7±9,3			
Eğitim	Okuryazar	33	13,2
	İlkokul	25	10,0
	Ortaokul	30	12,0
	Lise	76	30,4
	Ön lisans	41	16,4
	Lisans	43	17,2
	Lisansüstü	2	0,8
Meslek	Ev hanımı	81	32,4
	İşçi	106	42,4
	Memur	44	17,6
	Serbest meslek	19	7,6
Sosyal Güvence	Evet	234	93,6
	Hayır	16	6,4
Gelir	1 500 TL ve altı	12	4,8
	1 501 TL–2 000 TL arası	3	1,2
	2 001 TL–2 500 TL arası	46	18,4
	2 500 TL ve üzeri	189	75,6
Aile Tipi	Çekirdek	224	89,6
	Geniş	26	10,4
Eşin Eğitim Durumu	Okuryazar	23	9,2
	İlkokul	13	5,2
	Ortaokul	28	11,2
	Lise	90	36,0
	Ön lisans	32	12,8
	Lisans	38	15,2
	Lisansüstü	26	10,4
Eşin Mesleği	İşsiz	8	3,2
	İşçi	123	49,2
	Memur	41	16,4
	Serbest meslek	52	20,8
	Emekli	26	10,4
Cinsel İlişki/Adet Sonrasında Vajinal Duş Uygulama	Evet	112	44,8
	Hayır	138	55,2
Vajinal Kaşıntı	Var	70	28,0
	Yok	180	72,0
Son 1 Yıl İçinde Vajinal Enfeksiyon Geçirme	Evet	99	39,6
	Hayır	151	60,4
Kadın Doğum Uzmanına Düzenli Olarak Gitme	Evet	122	48,8
	Hayır	128	51,2

Tablo 2. Genital Hijyen Davranışları Ölçeği Puan Ortalaması (n=250)

	Min.	Maks.	Ort. ± SS	Potansiyel Dağılım
Genital Hijyen Davranışları	57,00	115,00	92,25±14,96	23-115

Kadın doğum polikliniğine başvuran kadınların genital hijyen davranışları ölçeği toplam puan ortalaması 92,25±14,96, (min-maks: 57,00-115,00) olarak tespit edilmiştir (Tablo 2).

Analiz sonuçlarına göre kadın doğum polikliniğine başvuran kadınların genital hijyen davranışları ölçek toplam puanının; 36-40 yaş aralığında olanların, 25 yaş ve altı kadınlara göre daha yüksek olduğu; okuryazar kadınların, ilkokul grubu hariç diğer tüm eğitim gruplarındaki kadınlara göre daha düşük olduğu; ev hanımı olan kadınların, memur ve serbest meslek çalışanı

kadınlara göre daha düşük olduğu; 1 500 TL ve altı geliri olan kadınların, aylık geliri 2 000 TL ve üzerinde olanlara göre düşük olduğu; çekirdek aile ile yaşayan kadınların, geniş aile ile yaşayanlara göre daha yüksek olduğu; sosyal güvencesi olan kadınların, sosyal güvencesi olmayan kadınlara göre daha yüksek olduğu ve eşi okuryazar olan kadınların, eşi ortaokul, lise, ön lisans, lisans ve yüksek lisans mezunu olan kadınlara göre düşük olduğu, eşi memur olan kadınların, eşi işçi ve işsiz olan kadınlara göre ölçek puanının daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$) (Tablo 3).



STED Fotoğraf Yarışması Arşivinden

Tablo 3. Sosyo-demografik Özellikler ile Ölçek Toplam Puanının Karşılaştırılması (n=250)

Özellikler	Ort. ± SS	Test ve p değeri	Grup fark
Yaş (yıl) (1) 25 yaş ve altı (2) 26-30 yaş (3) 31-35 yaş (4) 36-40 yaş (5) 41 yaş ve üzeri	88,24±15,96 94,63±13,22 92,00±15,54 97,81±14,12 91,76±14,53	F :2,637 p= 0,035	1 4
Eğitim (1) Okuryazar (2) İlkokul (3) Ortaokul (4) Lise (5) Ön lisans (6) Lisans/L. üstü	79,64±13,18 87,36±14,23 90,97±14,48 91,99±14,05 95,59±15,32 102,26± 9,64	F:10,071 p<0,001	1 3,4,5,6 6 2,3,4
Meslek (1) Ev hanımı (2) İşçi (3) Memur (4) Serbest meslek	86,10±15,34 92,14±13,82 101,07±11,94 98,63±13,90	F:12,284 p<0,001	1 2,3 2 3
Sosyal güvence Evet Hayır	93,43±14,48 74,94±10,90	T: 6,410 p<0,001	
Eşin eğitimi (1) Okuryazar (2) İlkokul (3) Ortaokul (4) Lise (5) Ön lisans (6) Lisans (7) Lisans üstü	76,17±12,68 88,15±16,28 88,79±13,51 90,79±14,79 97,13±13,18 100,47±11,68 99,27±10,75	F: 10,301 p<0,001	1 3,4,5,6,7 6 3,4
Eşin mesleği (1) İşsiz (2) İşçi (3) Memur (4) Serbest meslek (5) Emekli	81,00±18,79 89,43±14,67 98,73±12,44 93,19±15,83 96,92±12,17	F: 5,155 p= 0,001	1 3 2 3
Gelir durumu/TL (1) 1500 ve altı (2) 1501 –2000 (3) 2001 –2500 (4) 2500 ve üzeri	73,50±12,55 84,33±20,26 90,28±13,04 94,04±14,65	F:6,410 p<0,001	1 3,4
Aile yapısı Çekirdek Geniş	93,49±14,67 81,58±13,36	T: 3,953 p<0,001	

Tablo 4. Kadın Sağlığına İlişkin Özellikler ile Genital Hijyen Davranışları Ölçek Toplam Puanının Karşılaştırılması (n=250)

Özellikler	Ort. ± SS	Test ve p değeri
Cinsel ilişki adet gördükten sonra vajinal duş uygulama		
Evet	85,04±14,32	T : -7,611
Hayır	98,10±12,79	p<0,001
Vajinal kaşıntı durumu		
Var	84,41±14,28	T: 5,453
Yok	95,29±14,12	p<0,001
Son 1 yıl içinde vajinal enfeksiyon geçirme		
Evet	85,79±14,17	T: -5,890
Hayır	96,48±13,96	p<0,0001
Kadın doğum uzmanına düzenli olarak gitme		
Evet	97,75±13,02	T: 6,077
Hayır	87,00±14,84	p<0,001

Cinsel ilişki adet gördükten sonra vajinal duş uygulaması yapan kadınların genital hijyen davranışları toplam puanlarının, yapmayan kadınlara göre düşük olduğu görülmüştür. Genital hijyen davranışları puanlarının vajinal kaşıntısı olan kadınların olmayan kadınlara ve son 1 yıl içerisinde vajinal enfeksiyon geçiren kadınların da, geçirmeyen kadınlara göre daha düşük olduğu, ayrıca kadın doğum uzmanına düzenli olarak giden kadınların genital hijyen davranışları puanlarının, gitmeyen kadınlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır (p<0,05) (Tablo 4).

Tartışma

Araştırma sonucunda kadın doğum polikliniğine başvuran kadınların genital hijyen davranışları toplam puan ortalaması 92,25±14,96 olarak belirlenmiştir. Bu doğrultuda araştırmaya katılan kadınların genital hijyen davranışının iyi düzeyde olduğu ifade edilebilir. Orak ve Canuygur (2014) yaptıkları çalışmada GHDE (Genital Hijyen Davranışları Envanteri) puan ortalamasını 80,90±10,54 olarak saptamıştır (3). Doğan (2020) çalışmasında katılımcıların ölçek toplamından 85,98±9,14 puan aldığı tespit edilmiştir (8). Aynı şekilde Bulut ve Çelik (2019) üniversite öğrencileri ile yaptığı çalışmada genital hijyen davranışları ölçeği ortalamasını 87,60±8,97 bulmuşlardır (9). Ölçekten en düşük 23 en yüksek 115 puan alınabilmekte ve yüksek puan kadınların genital hijyen davranışının iyi

olduğunu göstermektedir (5). Yapılan çalışmalarla karşılaştırıldığında bu çalışmada katılımcıların genital hijyen davranışları puanının yüksek olduğu, ölçek toplam puanının yüksek olmasının örneklem grubunun yaşadığı bölge, eğitim düzeyi, gelir durumu ve sağlık davranışına yönelik farkındalık ile ilgili olduğu düşünülmektedir.

Araştırmada kadınların yaşı arttıkça genital hijyen davranışı puanlarının yüksek olduğu belirlenmiştir. Konu ile ilgili bazı çalışmalarda genç yaşta kadınların genital hijyen davranışlarının daha iyi düzeyde olduğu bulunurken (7,10,11) bazı çalışmalarda ise yaş grupları arasında bir fark bulunamamıştır (11-13). Bu farklılığın örneklem grubunda yer alan kadınların genital hijyen davranışlarına ilişkin bireysel özelliklerinden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Eğitim durumu arttıkça genital hijyen davranışları puanlarının yükseldiği belirlenmiştir. Birçok çalışmada da benzer şekilde kadınların eğitim seviyesinin genital hijyen davranışlarını olumlu yönde etkileyen bir faktör olduğu ortaya konulmuştur (10-12,14,15). Bu sonuca göre eğitim seviyesi yüksek kadınların sağlık okuryazarlık düzeyinin daha yüksek olmasının yanı sıra, sağlık ve hijyen davranışları ile ilgili yazılı ve görsel kaynakları takip etme durumlarının daha iyi, olumlu hijyen davranışları bilincinin daha istedik düzeyde olduğu değerlendirilmektedir.

Çalışan kadınların, ev hanımı kadınlara göre, genital hijyen davranışları puanlarının yüksek olduğu belirlenmiştir. Diğer çalışmalarda da benzer sonuçlar ortaya konulmuştur (10,12-14). Çalışma, eğitim ve ekonomik durum birbiri ile bağlantılı faktörlerdir. Kadının iş hayatındaki varlığı, eğitim ve gelir durumunun yüksek olmasının bir göstergesi olup sağlık davranışını olumlu yönde etkileyebilmektedir. Aynı zamanda çalışan kadınların ekonomik olarak daha bağımsız olması, öz bakımlarına özen gösterme ve sağlık hizmetlerinden yararlanma konusunda farkındalıklarının yüksek olması olumlu hijyen davranışında bulunmalarında etkili olduğu düşünülmektedir.

Araştırmada kadınların aylık gelir seviyesi düştükçe genital hijyen davranışları puanlarının da düştüğü tespit edilmiştir. Ege (2005)'nin yaptığı araştırmada kadınların aylık gelir ile GHDE (puan ortalaması arasında anlamlı bir fark belirlenmemiştir (16). Yıldırım (2009)'in çalışmasında gelir durumu iyi olan kadınların GHDE puan ortalamasının gelir durumu düşük olan kadınlara göre yüksek olduğu tespit edilmiştir (17). Özer (2013)'in araştırmasında sosyo-ekonomik açıdan orta düzeyde yaşayan kadınların GHDE puan ortalamasının, düşük sosyoekonomik düzeyde yaşayan kadınlardan daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (10). Usta (2017)'nin yaptığı araştırmada gelir düzeyi iyi olan kadınların GHDE puan ortalamasının gelir düzeyi orta ve düşük düzeyde olan kadınlardan daha fazla olduğu belirlenmiştir (18). Kurt Durmuş ve Zengin'in çalışmasında da gelir düzeyi düşük olan kadınların puanları gelir düzeyi yüksek olanlara göre anlamlı şekilde daha düşüktür (19). Genital hijyen davranışları puan ortalamasının sosyo-ekonomik düzeyi yetersiz olan kadınlarda daha düşük olması, sağlık eğitimi ve bakım hizmetlerine ulaşmalarındaki zorluklarla ilişkili olabilecektir.

Genital hijyen davranışları puanları incelendiğinde çekirdek ailede yaşayan kadınların, geniş aile ile yaşayanlara oranla çok daha yüksek puan aldıkları saptanmıştır. Geniş aile yapısında yaşayan kadınların genital hijyen davranışlarının daha düşük olduğunu gösteren benzer çalışmalar mevcuttur (10,12,14). Bunun yanı sıra aile tipi ile kadınların genital hijyen davranışları arasında fark olmadığını belirleyen çalışmada bulunmaktadır (16). Geniş aile içi etkileşim, fiziksel ortamdan kaynaklanan sorunlar, aile içindeki rol dağılımı bu sonuçta etkili olabilecektir.

Bu çalışmada elde edilen bir başka sonuç, sosyal güvencesi olan kadınların GHDÖ

puan ortalamalarının anlamlı düzeyde yüksek olmasıdır. Konu ile ilgili diğer çalışmalarda da sosyal güvencenin kadınların genital hijyen davranışlarını olumlu açıdan etkileyen bir faktör olduğu yönündedir (10,11,13,14). Sosyal güvence faktörünün kadınların çalışma ve ekonomik durumları ile bağlantılı olduğu, çalışan ve ekonomik durumu iyi olan kadınların sosyal güvencelerinin olması nedeni ile tanı ve tedavi hizmetlerinden daha fazla yararlanabildikleri şeklinde değerlendirilmektedir.

Bu çalışmada kadınların eşlerinin eğitim seviyelerinin, çalışma durumlarının ve mesleklerinin de kadınların genital hijyen davranışlarını etkileyen faktörler olduğu belirlenmiştir. Eşlerinin eğitim düzeyi yüksek olan ve eşleri çalışan kadınların GHDÖ puan ortalamaları anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Bu sonuç benzer diğer çalışmalar ile paralellik göstermektedir (10,20-22). Kadınların eşlerinin çalışma durumları ve meslekleri ile GHDE puanları arasındaki ilişkinin saptandığı çok az sayıda araştırma vardır. Özer (2013)'in çalışmasında, benzer şekilde eşi çalışan kadınların GHDE puanları daha yüksek olduğu bulunmuştur (10). Yıldırım (2009) ise çalışmasında eşleri memur olan kadınların GHDE puanlarının yüksek olduğu, sonucun çalışma sonucu ile örtüştüğü görülmektedir (17). Eşin çalışıyor olması ve mesleği, eğitim ve gelir durumu ile ilişkili olabileceğinden sağlık hizmetlerine ulaşımı kolaylaştırabileceği düşünülmektedir.

Yapılan bu çalışmada cinsel ilişki/adet gördükten sonra vajinal duş uygulaması yapan kadınların genital hijyen davranışları puanlarının, yapmayan kadınlara göre düşük olduğu belirlenmiştir. Yıldırım (2009)'in ve Çankaya (2013)'nin çalışmalarında da benzer şekilde vajinal duş uygulayan kadınların GHDE puanları anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur (17,23). Karatay ve Özvarış (2006) tarafından yürütülen araştırma sonucunda, kadınların %72,1'lik kısmının cinsel ilişkiden sonra vajinal duş uyguladığı saptanmıştır (24). Koştu ve Beydağ (2009) çalışmalarında kadınların %87'sinin, Tokuç ve Cangöl (2013) çalışmalarında kadınların tamamına yakınının vajinal duş uyguladığını belirlemiştir (20,25). Kısa ve Taşkın (2007) tarafından yürütülen araştırmada cinsel ilişki sonrasında vajinal duş uygulaması yapan kadınların, yapmayan kadınlara göre vajinal enfeksiyona maruz kalma riskinin 1,9 kat daha fazla olduğu tespit edilmiştir (26). Vajinal duş uygulamasının enfeksiyona yatkınlığı arttırarak genital hijyen davranışını olumsuz yönde etkilediği söylenebilir. Farklı bir çalışmada

ise adet döneminde her beş kadından birinin vajinal duş uygulaması yaptığı saptanmıştır (27).

Genital hijyen davranışları ölçek puanları incelendiğinde, su ile vajinal duş uygulaması yapan kadınların puanlarının, diğer uygulamalar aracılığıyla vajinal duş yapan kadınlara oranla çok daha yüksek olduğu saptanmıştır. Vajinal duş eski bir geleneksel uygulama olarak bilinmektedir. Literatürde vajinal duşun hangi amaç için uygulanırsa uygulansın, enfeksiyonların meydana gelmesinde son derece etkili olduğu, vajina laktobasillerinin sayısını azaltarak vajinanın doğal florasının bozulmasına neden olduğu ve dolayısı ile vajinal enfeksiyonların oluşmasında predispozan etki yaptığı belirtilmektedir (23,24).

Dünyada her dört kadından üçünde genital enfeksiyon hikayesi bulunmaktadır (6). Enfeksiyonun temel nedeni, olumsuz hijyen davranışlarıdır. Çalışmada son 1 yıl içerisinde vajinal enfeksiyon geçiren kadınların genital hijyen davranışları puanlarının, geçirmeyen kadınlara göre ve vajinal kaşıntısı olan kadınların genital hijyen davranışları puanlarının, olmayan kadınlara göre düşük olduğu tespit edilmiştir. Öner ve ark. (2004) tarafından yürütülen çalışmada, kadınların % 65,6'lık kısmında genital enfeksiyon görüldüğü saptanmıştır (28). Bunun yanı sıra Hacıoğlu ve ark (2009) tarafından yapılan çalışmada Erzurum'da Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezine başvuruda bulunan kadınlarda genital enfeksiyon görülme sıklığının %71,1 olduğu ve genital hijyen davranışlarının son derece yetersiz olduğu bildirilmiştir (29). Kaya (1993) tarafından yapılan araştırma çalışmasında ise kadınların %47,2'lik kısmının genital enfeksiyon problemi yaşadığı ortaya konulmuştur (30). Coşkun ve Gezergil (1990) tarafından yapılan çalışmada, kadınların %89'unun ortalama bir ay süren akıntı sorununda bile doktora başvurmadıkları tespit edilmiştir (31). Erci ve arkadaşları (1998) tarafından yapılan araştırma kapsamına dahil olan kadınların %54,9'unun genital enfeksiyondan şikayet ettikleri de saptanmıştır (32). Çalışmadan elde edilen bulgu literatürle uyumlu olmakla birlikte genital enfeksiyon geçiren kadınlarda hijyen davranışlarının daha olumsuz olduğunu göstermektedir.

Kadın doğum uzmanına düzenli olarak giden kadınların genital hijyen davranışları puanlarının, gitmeyen kadınlara göre daha yüksek olduğu

bulunmuştur. Daha önce yapılan çalışmalarda kadınların gereksinim duyduğunda, ihmalkarlık ve sosyoekonomik nedenlerden kaynaklı kadın doğum uzmanına düzenli olarak gitmediği tespit edilmiştir (33,34). Kadın doğum uzmanına düzenli olarak gitmeyen kadınların GHDÖ puanlarının daha düşük olması ekonomik nedenlerin yanı sıra sağlık davranışlarına ilişkin farkındalıklarının istenilen düzeyde olmamasının bir sonucu olarak açıklanabilir.

Sonuç ve Öneriler

Yapılan araştırma sonucunda kadın doğum polikliniğine başvuran kadınların genital hijyen davranışları ölçek toplam puanının ortalamasının üzerinde olduğu belirlenmiştir. Kadınların genital hijyen davranışları; yaş, eğitim, meslek, gelir durumu, aile yapısı, sosyal güvencesinin olma durumu, eşinin eğitim ve mesleği faktörlerinden etkilenmektedir. Ayrıca kadınların vajinal duş uygulama ve vajinal kaşıntı olma durumu, son 1 yıl içinde vajinal enfeksiyon geçirme, kadın doğum uzmanına düzenli olarak gitme durumunda genital hijyen davranışları üzerinde etkilidir.

Kadın sağlığı açısından son derece önemli bir konu olan genital hijyen alışkanlıklarını optimal düzeyde sürdürmek kadının bireysel sorumluluğu olmakla birlikte sağlık profesyonellerinin de doğru bilgi ve uygulama sağlama konusunda son derece önemli sorumlulukları bulunmaktadır. Kadın sağlığına ilişkin muayene ve kontrollerini düzenli olarak yaptırmaları ve enfeksiyon meydana gelmesi durumunda mutlaka sağlık kuruluşuna başvurmaları yönünde kadınların yönlendirilmesi gerekmektedir. Özellikle birinci basamak sağlık hizmetlerinde görev yapan sağlık profesyonellerinin konuya ilişkin farkındalığı arttıracak eğitim programları düzenleyerek bu konuda danışmanlık rollerini etkili kullanmaları, bunun için bireyselleştirilmiş eğitim materyallerinden, ayrıca görsel ve yazılı yayın organlarından yararlanmaları önerilmektedir.

Teşekkür

Çalışmamıza katılarak destek veren bütün katılımcılara teşekkür ederiz.

İletişim: Ecem Özkan

E-Posta: ejem__39@hotmail.com

Kaynaklar

1. Güçlü S. "Halk Sağlığı" konulu bir programın kırsal bölgelerde yaşayan kadınların sağlık davranışlarına etkisi, Ankara Üniversitesi Doktora Tezi 2011. Erişim Tarihi: 27.10.2021, Erişim Adresi: <https://>

- tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/.
2. Avanlou A. Vajinal akıntı şikâyeti olan kadın hastalarda saptanan etkenlerin değerlendirilmesi, Gaziantep Üniversitesi Yüksek Lisans Tezi 2017. Erişim Tarihi: 27.10.2021 Erişim Adresi: <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/>.
 3. Orak NŞ, Canuygur A. Jinekoloji kliniğinde yatan hastaların genital hijyen davranışlarının incelenmesi. Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi 2014;3(3):130-4.
 4. Yağmur Y. Malatya ili Fırat Sağlık Ocağı bölgesinde yaşayan 15-49 yaş kadınların genital hijyen davranışları. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni 2007;6(5):325-30.
 5. Karahan, N. Genital hijyen davranışları ölçeğinin geliştirilmesi: Geçerlik güvenirlik çalışması. İstanbul Med J 2017;18(3):157-62.
 6. Akgül E. Gebelik döneminde genital hijyen davranışları ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi. Karabük Üniversitesi Yüksek Lisans Tezi 2019. Erişim Tarihi: 27.10.2021 Erişim Adresi: <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/>.
 7. Soyulu Z. Şanlıurfa ilinde kadınların genital hijyen davranışları ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi. Hasan Kalyoncu Üniversitesi Yüksek Lisans Tezi 2020. Erişim Tarihi: 27.10.2021 Erişim Adresi: <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/>.
 8. Doğan B. Üniversite öğrencilerinin anormal vajinal akıntı durumları ve genital hijyen davranışlarının belirlenmesi. Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi Yüksek Lisans Tezi 2020. Erişim Tarihi: 27.10.2021 Erişim Adresi: <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/>.
 9. Bulut A, Çelik G. Hemşirelik öğrencilerinin perspektifinden genital hijyen davranışları. Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Dergisi 2019;52(3):227-32.
 10. Özer A. İki farklı aile sağlığı merkezi'ne kayıtlı doğurgan çağıdaki evli kadınların genital hijyen davranışları, Pamukkale Üniversitesi Yüksek Lisans Tezi 2013. Erişim Tarihi: 27.10.2021. Erişim Adresi: <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/>.
 11. Brotman RM, Ghanem KG, Klebanoff MA. The effect of vaginal douching cessation on bacterial vaginosis: A pilot study. American Journal of Obstetrics and Gynecology 2008;198(6):628-e1.
 12. Ilgaz A, Sevinç Ö, Uzun SU. İki farklı aile sağlığı merkezine kayıtlı doğurgan çağıdaki evli kadınların genital hijyen davranışları. TAF Preventive Medicine Bulletin 2015;14(2):153-9.
 13. Çalışkan D. Geleneksel intravaginal uygulama "Vajinal duş, lavaaj" yapılmalı mı? Yapılmamalı mı? Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi 2005;14(1):15-8.
 14. Rabiou KA, Adewunmi AA, Akinlusi FM, Akinola OI. Female reproductive tract infections: Understandings and care seeking behaviour among women of reproductive age in Lagos, Nigeria. BMC Women's Health 2010;10(8):2-7.
 15. Cottrell BH. An updated review of evidence to discourage douching. The American Journal of Maternal/Child Nursing Am J Matern Child Nurs 2010;35(2):102-7.
 16. Ege E. Genital hijyen davranışları envanterinin geliştirilmesi ve verilen eğitimin genital hijyen. Atatürk Üniversitesi Doktora Tezi 2005. Erişim Tarihi: 27.10.2021 Erişim Adresi: <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/>.
 17. Yıldırım F. Kırsal ve kentsel bölgede yaşayan kadınlarda genital hijyen davranışları ve ilişkili faktörler. Selçuk Üniversitesi Yüksek Lisans Tezi 2009. Erişim Tarihi: 27.10.2021, Erişim Adresi: <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/>.
 18. Usta R. Mardin İli Ömerli İlçe Devlet Hastanesi Toplum Sağlığı Merkezine Başvuran Kadınların Genital Hijyen Davranışları ve Etkileyen Faktörler. Okan Üniversitesi Yüksek Lisans Tezi 2017. Erişim Tarihi: 27.10.2021 Erişim Adresi: <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/>.
 19. Kurt Durmuş M, Zengin N. Kadınların genital hijyen davranışlarının incelenmesi. Sağlık Profesyonelleri Araştırma Dergisi 2020;2(3):113-20.
 20. Tokuç B, Cangöl E. Jinekoloji polikliniğine başvuran kadınlarda genital enfeksiyon sıklığı ve genital hijyen davranışları. Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi 2013;21(2):85-91.
 21. Csaba A, Mate S, Papp Z, Ujhazy A. Chlamydia prevalence and correlates among female adolescents in hungary. Journal of Adolescent Health 2007;41(5):513-5.
 22. Zincir H, Temel AB. RİA'ya özel danışmanlık ilkesine göre RİA uygulanması, genital hijyen eğitimi ve vulvovajinal enfeksiyonlarının görülme ilişkisi. Sağlık Bilimleri Dergisi 2010;19(1):60-7.
 23. Çankaya S. Gebe olan ve olmayan kadınların genital hijyen davranışları ve ilişkili faktörler. Selçuk Üniversitesi Yüksek Lisans Tezi 2013. Erişim Tarihi: 27.10.2021 Erişim Adresi: <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/>.
 24. Karatay G, Özvarış ŞB. Bir sağlık merkezi bölgesindeki gecekondularda yaşayan kadınların genital hijyene ilişkin uygulamalarının değerlendirilmesi. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2006;10(1):7-14.
 25. Koştü N, Beydağ KD. Jinekoloji polikliniğine başvuran kadınların genital hijyen davranışları. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2009;12(1):66-71.
 26. Kısa S, Taşkın L. Ankara'da bir ana çocuk sağlığı ve aile planlaması merkezine başvuran 15-49 yaş evli kadınlarda vajinal enfeksiyon gelişmesini etkileyen davranışsal ve sosyo-demografik risk faktörleri. Sağlık ve Toplum Dergisi 2007;17(1):69-84.
 27. Arab H, Almadani L, Tahlak M. The Middle East

- and Central Asia guidelines on female genital hygiene. *BMJ Middle East* 2011;(19):99-106.
28. Öner S, Demirhindi H, Sütölk Z, Akbaba M. Doğukent Sağlık Ocağı bölgesinde genital enfeksiyon prevalansı. *Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 2004;5(2):138-44.
29. Hacıoğlu N, Nazik E, Kılıç MA. Descriptive study of douching practices in Turkish women. *International Journal of Nursing Practice* 2009;15(2):57-64.
30. Kaya A. Genital enfeksiyonların kadının psikosozal sağlığına etkisi. İstanbul Üniversitesi Yüksek Lisans Tezi 1993 Erişim Tarihi: 27.10.2021 Erişim Adresi: <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/>.
31. Coşkun S, Gezergil S. Kadının hijyenik alışkanlıklarının vaginal akıntı ile olan ilişkisi. İstanbul: Cerrahi Hemşireliği Seksiyonu Konuşmaları ve Bildirileri 1990;264-74.
32. Erci B, Eryılmaz G, Aktaş O. El ve vücut hijyeninin vagen florasına etkisi. *Hemşire Dergisi* 1998;48(4):7-11.
33. Macleod J, Salisbury C, Low N, Sterne J, Holloway A, Skidmore S. Coverage and uptake of systematic postal screening for genital Chlamydia trachomatis and prevalence of infection in the United Kingdom general population: Cross sectional study. *British Medical Journal* 2005;(330):940-3.
34. Bakır A, Özdemir L, Turaçlar L, Yıldırım G. Sivas ili Ana-çocuk sSağlığı Merkezine bavuran kadınların aile planlaması yöntem tercihleri ve etkileyen faktörler. *Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 2003;25(3):99-104.

Özet

Giriş: Hem sağlık hizmet sunucusu hem de çalışma ortamı olan sağlık kurumlarında İş Sağlığı ve Güvenliği yüksek riskleri nedeniyle önemlidir. Çalışmamızdaki amaç, sağlık sektöründe çalışanların 'Temel İş Sağlığı ve Güvenliği' konusunda bilgilerini araştırmak ve bu konuda yapılan eğitimin bilgi birikimlerine ne kadar etkili olduğunu incelemektir.

Metod: 01.06.2020 ve 01.12.2020 tarihleri arasında devlet hastanesinde, öncesinde Temel İş Sağlığı ve Güvenliği eğitimi almamış 65 farklı meslek grubundan oluşan sağlık sektörü çalışanlarına verilen Temel İş Sağlığı ve Güvenliği eğitimi, güncel kaynaklarla hazırlanan 10 soru/100 puanlık eğitim öncesi ve sonrası test ile değerlendirilmiştir. 7 soru/70 puan başarılı kabul edilmiştir. Verilerin yüzdesel değişimleri tablolama programı ile istatistiksel formüller üzerinden hesaplanmıştır.

Bulgular: Çalışmaya 65 farklı meslek grubundan, 392'si erkek ve 315'i kadın, 203'i hemşire, 82'i temizlik personeli, 69'u ebe, 53'ü hekim olmak üzere toplam 707 çalışan katılmıştır. Ön-test sonuçlarında 70 puan altında kalanların sayısı 391, 0 alanların sayısı 77, 100 alanların sayısı 5'tir. Son test sonuçlarında puan ortalaması 80,2, başarısız olan çalışan sayısı 0 olup ortalama doğru cevap verilen soru sayısı 8,0, yanlış soru sayısı 1,9 ve boş soru sayısı 0,0 olarak saptanmıştır. Mesleklere göre en yüksek ortalama puan; ön-test sonuçlarında sağlık teknikerlerinde, son-test sonuçlarında ise hekimlerde olmuştur.

Sonuç: Sağlık sektörü çalışanlarının İSG bilgilerinin yetersiz olduğu ancak verilen eğitimlerle bu sorunun aşılacağı görülmüştür. Tüm çalışanların dahil edildiği eğitimler ile İSG konusundaki risklerin azaltılması, hem çalışanlara hem de hastane ortamında sağlık hizmetinin sürdürülebilirliğine önemli katkılar sağlayacaktır.

Anahtar sözcükler: Temel iş sağlığı ve güvenliği, Eğitim, Hastane çalışanları

Abstract

Introduction: Occupational Health and Safety is important because of its high risks in health institutions that are both health service providers and working environments. The aim of our study is to investigate the knowledge of the employees in the health sector about 'Basic Occupational Health and Safety' and to examine how effective the training on this subject is on their knowledge.

Method: In the state hospital between 01.06.2020 and 01.12.2020, Basic Occupational Health and Safety training given to health sector employees consisting of 65 different occupational groups who did not receive Basic Occupational Health and Safety training before, was evaluated with a 10-question/100-point pre- and post-training test prepared with current resources. 7 questions/70 points were considered successful. Percentage changes of the data were calculated using a spreadsheet program using statistical formulas.

Results: A total of 707 employees, including 392 men and 315 women, 203 nurses, 82 cleaning staff, 69 midwives and 53 physicians, from 65 different occupational groups participated in the study. The number of those who got under 70 points in the pre-test results is 391, the number of those who received 0 is 77, the number of those who received 100 is 5. In the post-test results, the average score was 80.2, the number of unsuccessful employees was 0, the average number of questions with correct answers was 8.0, the number of wrong questions was 1.9 and the number of blanks was 0.0. The highest average score according to occupations; pre-test results were in health technicians, and post-test results were in physicians.

Conclusion: It has been observed that the occupational health and safety information of the health sector employees is insufficient, but this problem can be overcome with the training provided. Reducing the risks on OHS with the trainings in which all employees are included will make significant contributions to both the employees and the sustainability of the health service in the hospital environment.

Key words: Basic occupational health and safety, Education, Hospital employees

¹ Uzm. Dr., Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Etlik Şehir Hastanesi, Acil Tıp AD (Orcid no: 0000-0002-3889-819X)

² Uzm. Dr., Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Yenimahalle Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Servis (Orcid no: 0000-0001-6989-7854)

Giriş

Dünya Sağlık Örgütü (WHO), İş Sağlığını; "Tüm mesleklerde çalışanların bedensel, ruhsal ve sosyal yönden iyilik hallerinin en üstün düzeyde tutulması, sürdürülmesi ve geliştirilmesi çalışmalarıdır" şeklinde tanımlamıştır (1). Bir başka tanımda ise işyerlerinde, işlerin yürütülmesi sırasında oluşan, sağlığa zararlı durumlardan korunmak, sağlıklı ve güvenli bir iş ortamı oluşturmak amacı ile yapılan sistemli ve bilimsel çalışmalar ile tedbirler dizisidir" şeklinde ifade edilmiştir (2).

Günümüz şartlarında sürekli gelişen teknoloji ile birlikte çalışma şartlarında olumlu gelişmeler görülmüşse de sanayileşmeyle birlikte ağır ve tehlikeli iş kollarının artışı ile olumsuz çalışma koşulları da bir o kadar artmış ve çalışanların sağlık ve güvenliklerini tehdit eder boyuta ulaşmıştır. Uzun yıllardır iş sağlığı ve güvenliği (İSG) alanında çeşitli uygulamaların gerçekleştirildiği, bu uygulamaların ülkelere ve sektörler göre farklılık gösterdiğini söylemek mümkündür. Sağlıklı ve güvenli bir ortamda çalışmak, her çalışanın sahip olması gereken insani bir hak olup, işletmelerin bu konuda belirlenmiş yasalara uyması gerekmektedir (3).

Son yıllarda iş sağlığı ve güvenliği uygulamalarının giderek önem kazandığı sağlık sektöründe; iş kazalarını, meslek hastalıklarını, işe bağlı sağlık sorunlarını ve istenmeyen durumları ortadan kaldırmak amacıyla çeşitli çözümler geliştirildiği görülmektedir. Tüm bunların yanında çalışanların mevcut sağlık durumlarının iyileştirilmesi için gerekli adımların atılması, iş sağlığı ve güvenliğini öne çıkaran bir anlayış ve bilincin oluşturulması da gerekmektedir (4).

Sağlık hizmetinin verildiği birimlerde çalışanların içinde hekimler, diş tabipleri, eczacılar, hemşireler, ebeler, hizmetliler, teknikerler, güvenlik görevlileri, mühendisler, işletmeciler, temizlik ve bakım işçileri, sosyal hizmet uzmanları, sağlık memurları, diyet ve beslenme uzmanları, şoförler gibi çok sayıda meslek grubu faaliyet göstermektedir. Sağlık sektöründe faaliyet gösteren kurumlarda çalışanların sayısı, çalışma koşulları, ülke genelindeki dağılımları gibi faktörler, sağlık hizmetlerinin etkinliğini ve verimliliğini etkileyebilmektedir.

Dünyada ve ülkemizde sağlık çalışanlarının

birçok sorun ile karşı karşıya kaldığını söylemek mümkündür. Bu sorunlardan biri sağlık çalışanlarının iş sağlığı ve güvenliği ile ilgili yaşadığı sorunlardır. Sağlık sektörü ülkemizde iş kazaları açısından riskli bir alandır. İş sağlığı ve güvenliğine ilişkin tehlike sınıfları listesi tebliğ uyarınca sağlık kurumlarının iş kazaları ve meslek hastalıkları açısından en riskli gruba dahil olması sebebiyle sağlık kurumlarında iş sağlığı ve güvenliğinin önemi ön plana çıkmaktadır (5). Bu yüzden hastanelerde meydana gelen iş kazalarını ve meslek hastalıklarını en aza indirebilmek ve dolayısıyla iş güvenliğinin sürekliliğini sağlayabilmek amacıyla öncelikle sağlık çalışanlarının iş kazaları, iş sağlığı ve güvenliği hakkında gerekli bilgiye sahip olmaları gerekmektedir (6-7).

Çalışmamızdaki amaç, sağlık sektöründe çalışanların 'Temel İş Sağlığı ve Güvenliği' konusunda bilgilerini araştırmak ve bu konuda yapılan eğitimin bilgi birikimlerine ne kadar etkili olduğunu incelemektir.

Gereç ve Yöntem

Çalışmamız, sağlık sektöründe çalışan personellerin İSG konusunda bilgi düzeylerini değerlendirmek amacıyla yapılan retrospektif, girişimsel olmayan tanımlayıcı nitelikte bir çalışmadır. Çalışmaya daha önce Temel İş Sağlığı ve Güvenliği eğitimi almamış, 18 yaş ve üzeri kadın ve erkek çalışanlar dahil edilmiştir.

Araştırma, 01.06.2020 ve 01.12.2020 tarihleri arasında Mardin ilindeki bir devlet hastanesinde çalışan uzman hekim, pratisyen hekim, hemşire, ebe, sağlık memuru, anestezi teknikeri, hizmetli, labaratuvar teknisyeni, veri giriş personeli, bilgi işlem personeli ve hasta karşılama personelleri gibi 65 farklı meslek grubundan oluşan sağlık sektörü çalışanlarının katılımıyla gerçekleştirilmiştir.

Araştırma, belirtilen tarihler arasında hastanede görev yapan toplamda 1700 sağlık sektörü çalışanları üzerinde planlanmıştır. Bu süre zarfında 707 çalışan eğitime, ön-teste ve son-test olmak üzere sürecin tamamına katılarak çalışmaya dahil edilmiştir. 993 çalışanın büyük bir kısmı eğitime katılmamış, bir kısmı ön-teste bir kısmı da son-teste katılmadığı için çalışma dışında bırakılmıştır.

Çalışanlara güncel bilgi düzeyini ölçen 10 soru yöneltilmiştir. Her bir sorunun puansal değeri

10 olarak hesaplanmış ve tüm soruların doğru yapılması halinde 100 puan üzerinden bir değerlendirme yapılmıştır. Uygulanan testte 70 puan ve üzeri alanlar ise başarılı kabul edilmiştir. Veriler tablolama programı üzerine kaydedilmiş ve yüzdesel değişimleri tablolama programı istatistiksel formülleri üzerinden hesaplanmıştır.

Girişimsel olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan 13/04/2022 tarih ve E2-22-1659 karar numarası ile onay alındıktan sonra çalışmaya başlanmıştır. Çalışmamız 1964 Helsinki Bildirgesi'nin ve sonraki değişikliklerinin etik standartlarına uygun bir şekilde yürütülmüştür.

Bulgular

Çalışmaya sağlık sektöründe çalışan, 65 farklı meslek grubundan oluşan çalışanlar katılmıştır. Çalışmaya 392'si erkek, 315'i kadın toplam 707 çalışan katılmıştır. Çalışanların büyük çoğunluğunu 13 farklı meslek gurubundan 617 kişi oluşturmaktadır. 203 kişi ile hemşireler, 82 kişi ile temizlik personelleri, 69 kişi ile ebeler, 53 kişi ile hekimler, 37 kişi ile bilgi işlem memurları, 32 güvenlik, 29 sağlık teknisyeni, 28 laboratuvar teknisyeni, 21 hizmetli, 20 sağlık memuru, 17 anestezi teknikeri, 15 veri giriş personeli, 11 hasta karşılama ve diğer 52 meslek grubundan da 90 kişi ile çalışma tamamlanmıştır (Tablo 1).

Çalışanlara yapılan ön-test sonuçlarına göre

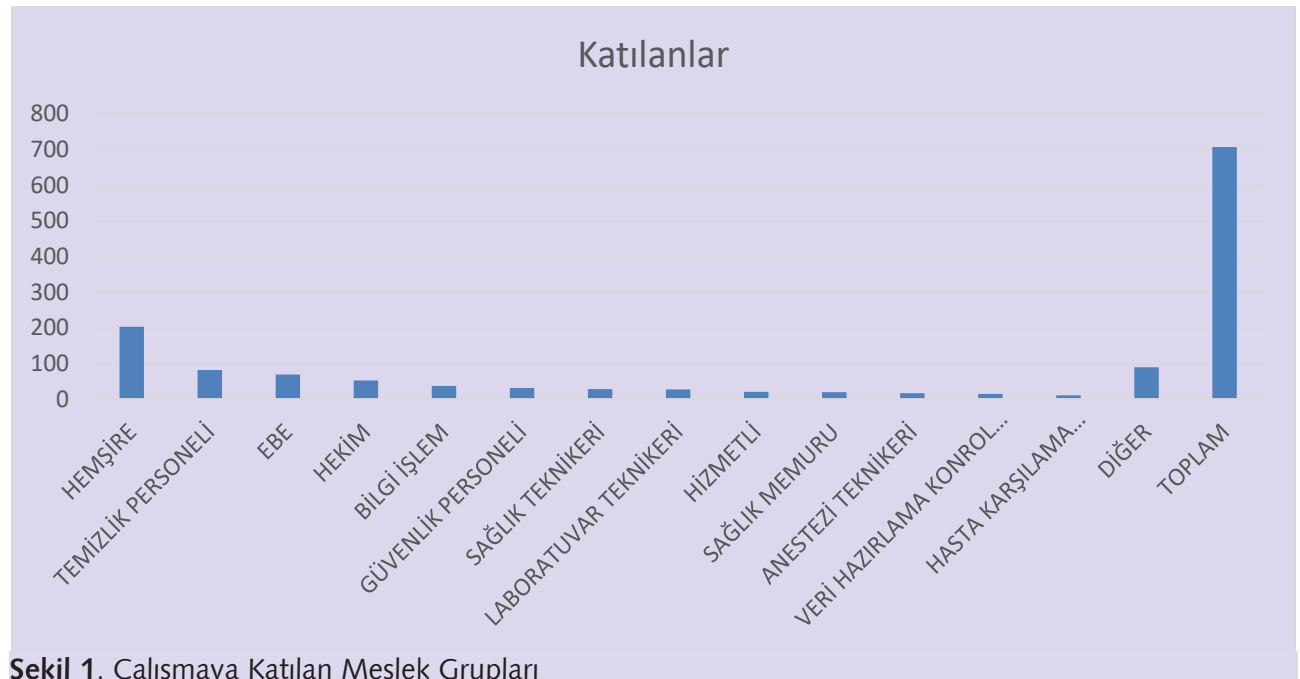
ortalama doğru sayısı 4,3, yanlış soru sayısı 5,7 olarak bulunmuştur. Ön-test sonuçlarına göre ortalama puan 43,7 olarak saptanmıştır.

Ön-test sonuçlarına göre 70 puan altında kalan ve başarısız kabul edilenlerin sayısı 391 olarak bulunmuştur. 316 kişi de 70 puan ve üzerinde olarak başarılı kabul edilmiştir. 77 kişi hiçbir soruya doğru yanıt veremeyerek 0 almışlardır. Tüm sorulara doğru cevap verip 100 alan kişi sayısı 5'tir (Tablo 2).

Eğitimler tamamlandıktan sonra yapılan son-test sonuçları değerlendirilmiştir. Son-test sonuçları incelendiğinde ortalama doğru cevap verilen soru sayısı 8,00, yanlış soru sayısı 1,9 ve boş sayısı 0,04 olarak saptanmıştır. Son-test ortalama puanı 80,2 olarak bulunmuştur. Son test sonuçlarına göre 70 puan altında kalan yani başarısız çalışan sayısı 0,0 olarak görülmüştür.

Son-testte erkek çalışanların puan ortalaması 80,3, kadın çalışanların ise 79,9 olarak bulunmuştur.

Mesleklere göre eğitim öncesi incelenen ön-test sonuçlarında ortalamanın 43,71 olduğu en yüksek ortalamanın sağlık teknikerlerinde, en düşük ortalamanın ise anestezi teknikerlerinde olduğu görülmüştür (Tablo 3).



Şekil 1. Çalışmaya Katılan Meslek Grupları

Tablo 2. Ön-test ve Son-test Değerlendirme Sonuçları

Test	Doğru Ort.	Yanlış Ort.	Puan Ort.	Başarılı Olanların sayısı/oranı	Başarısız Olanların sayısı/oranı	Tamamını Doğru Cevaplayanların sayısı/oranı	Tamamın Yanlış cevaplayanların sayısı/oranı
Ön-test	4,3	5,7	43,7	316 (%44,6)	391 (%55,4)	5 (%0,7)	77 (%10,9)
Son-test	8,0	1,9	80,2	707 (%100,0)	0	42 (%5,9)	0

Tablo 3. Çalışmaya Katılanların Sayısal Verileri ve Ön-test ve Son-test Puan Ortalamaları

Ünvan	Katılan	Ön-test Puan Ortalaması	Son-test Puan Ortalaması
Hemşire	203	45,8	80,1
Temizlik Personeli	82	39,8	79,7
Ebe	69	41,0	79,1
Hekim	53	45,4	83,6
Bilgi İşlem	37	37,8	77,5
Güvenlik Personeli	32	34,3	80,6
Sağlık Teknisyeni	29	51,7	79,3
Laboratuvar Teknisyeni	28	45,0	80,7
Hizmetli	21	45,2	82,8
Sağlık Memuru	20	41,0	83,5
Anestezi Teknisyeni	17	31,7	80,0
Veri Hazırlama Kontrol İşletmeni	15	39,3	80,4
Hasta Karşılama Yönlendirme	11	38,1	78,1
Diğer	90	44,9	80,0
Toplam	707	43,7	80,2

Mesleklere göre son-test puan ortalamaları incelendiğinde hekimler en yüksek puanı alan grup olmuştur, onları sağlık memurları, hizmetliler, laboratuvar teknisyenleri ve güvenlik personelleri takip etmiştir. Eğitim sonrası puan ortalamaları incelendiğinde eğitimi alanlar arasında en düşük puan ortalaması ile en yüksek puan ortalaması arasındaki fark sadece 6,06 puan çıkmıştır (Tablo 3).

Tartışma

Günümüzde çalışanların daha güvenli koşullarda çalışmalarını için, organizasyonlarda etkin güvenlik kültürünün varlığı gereklidir. Kurumların bu konuda gösterdikleri hassasiyet, sadece çalışanların sağlık durumlarında iyileşme yapmanın ötesinde, ülkenin genel sağlık durumunda de artışa neden olacaktır. Bu amaçla,

iş sağlığı ve güvenliği konusunun önem taşıdığı bir sektör olan sağlık sektöründeki kurumlarda da tüm çalışanlara iş sağlığı ve güvenliği konusunda sürekli eğitim verilerek çalışanların bilinçlendirilmeleri, bu konuda söz ve karar sahibi olmaları sağlanmalı, sağlık kurumlarında iş güvenliği kültürü oluşturulmalıdır (8).

Sağlık kurumlarında çalışanların İSG bilgi düzeyini belirlemek amacıyla gerçekleştirilen bir çalışmada, genel olarak hastane çalışanlarının iş sağlığı ve güvenliği algılarının belirlenen ortalamasının altında olduğu tespit edilmiştir. Buna göre araştırmaya katılan kişilerin %44'ünün İSG bilgi düzeylerinin yüksek, %56'sının ise düşük olduğu tespit edilmiştir (9). Bizim çalışmamızda da benzer olarak eğitimler öncesi İSG konusunda bilgi düzeyleri incelendiğinde 707 çalışandan

316'sının (%44,6) bilgi düzeylerinin yüksek, 391 çalışanın (%55,4) bilgi düzeylerinin düşük olduğu görülmüştür.

Çalışmamızda eğitim öncesi yapılan testte puan ortalamaları meslekler arasında 31,7 ile 51,7 arasında değiştiği görülmüştür. Eğitim sonrası erkeklerin puan ortalamasının 80,3, kadınların ise 79,9 olduğu görülmüş ve İSG konusunda kadın-erkek çalışanlar arasında bilgi düzeylerinde anlamlı bir farkın olmadığı görülmüştür. Çalışmamızın sonuçlarını destekleyen bir çalışmada İSG konularında çalışanların buldukları meslek gruplarına ve departmanlara göre anlamlı bir farklılık gösterdiği; buna karşılık cinsiyetleri, yaş grupları, eğitim düzeyleri, toplam iş deneyimleri, kurumdaki iş deneyimlerine göre anlamlı bir farklılık göstermediği tespit edilmiştir (10). Bu da bize eğitim öncesi meslek gruplarında bilgi düzeylerindeki farklılığı gözler önüne sermiştir.

Çalışmamızda ön-test sonuçlarında en yüksek puan ortalamasına sahip meslek grubunun puan ortalamasının 51,7 olarak bulunmuştur. Bu sonuç İSG konusunda tüm meslek gruplarında bilgi düzeyinin başarılı kabul edilen 70 puanın altında olduğunu göstermiştir. Eğitim sonrasında ise bu puan ortalamaları 77,5 ile 83,56 arasında görülmüştür. Eğitim sonrası puan ortalamalarındaki artış ve meslekler arası var olan bilgi düzeylerindeki farkın azalması, eğitim önemini net bir şekilde ortaya koymuştur.

Çalışanlara verilen eğitimlerin neticesinde uygulanan test sonuçları incelendiğinde puan ortalamalarının 43,7'den 80,19'ye çıktığı, başarısız olanların oranının %55,4'ten sıfıra düştüğü görülmüş olup bunlar bize en temel eğitimlerin dahi İSG konusunda farkındalık ve bilgi düzeylerinde ciddi derecede artış olduğunu göstermiştir.

Sonuç

Araştırma sonucunda, sağlık sektörü çalışanlarının İSG bilgilerinin yetersiz olduğu ancak verilen eğitimlerle bu sorunun aşılabacağı görülmüştür. İSG konusunda farkındalık oluşturarak iş sağlığının ve güvenlik düzeylerinin yükseltilebilmesi için tüm çalışanların dahil edildiği eğitimler verilmelidir. Bu eğitimler ile İSG konusundaki risklerin azaltılması, hem çalışanlara hem de hastane ortamında sağlık hizmetinin sürdürülebilirliğine önemli katkılar sağlayacaktır.

Sağlık kuruluşlarında İSG konusunda bilgi düzeylerinin artışı sağlamak amacıyla destekleyici eğitimlerin, oryantasyon programları geliştirilebilir, sağlık kuruluşlarının misyon, strateji ve hedeflerinde iş sağlığı ve güvenliği hususunun ön plana çıkarılması, bunların yazılı hale getirilerek çalışanlara iletilmesi, kontrol sistemlerinin geliştirilmesi, görsel malzemelerden yararlanılarak iş ortamının konuyu destekler hale getirilmesi önerilir.

İş sağlığı ve güvenliği konusunda önleyici, düzenleyici, caydırıcı disiplin uygulamalarına yer verilmesinin, denetim sıklığının artırılmasının ve verilecek eğitimler için zaman, bütçe ve insan kaynağının sağlanmasının faydalı olacağı düşünülmektedir.

İletişim: Dr. Alpay Tuncar

E-Posta: dralpaytuncar@gmail.com

Kaynaklar

1. Akgün S. Sağlık sektöründe iş kazaları. Sağlık Akademisyenleri Dergisi, 2015;2(2), 67-75.
2. Çalış Boyacı A, Selim A. Assessment of occupational health and safety risks in a Turkish public hospital using a two-stage hesitant fuzzy linguistic approach. Environmental Science and Pollution Research, 2022;1-13.
3. Uzuntarla F, Kucukali S, Uzuntarla Y. An analysis on the relationship between safety awareness and safety behaviors of healthcare professionals, Ankara/Turkey. J Occup Health. 2020 Jan;62(1):e12129.
4. Loeppke R and et al. Interaction of Health Care Worker Health and Safety and Patient Health and Safety in the US Health Care System: Recommendations From the 2016 Summit. J Occup Environ Med. 2017 Aug;59(8):803-813.
5. Flin R. Measuring safety culture in healthcare: A case for accurate diagnosis. Safety science, 2007;45(6), 653-667.
6. Özkan Ö, Emiroğlu ON. Hastane Sağlık Çalışanlarına Yönelik İşçi Sağlığı ve İşçi Güvenliği Hizmetleri, Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2006:10 (3), 43-51.
7. Dokuzoğuz B. Sağlık çalışanlarının meslek riskleri ve kontrolü. Onuncu Ulusal İç Hastalıkları Kongresi, 2008;5-19.
8. Wilburn SQ, Eijkemans G. "Preventing needlestick injuries among healthcare workers: A WHO-ICN Collaboration". International Journal of Occupational and Environmental Health, 2007;10: 451-456.
9. Meydanlıoğlu AMA. Sağlık çalışanlarının sağlığı ve güvenliği. Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi, 2013;2(3), 192-199.
10. Bagnara, S. Tartaglia, R. "Patient safety: An old and a new issue", 2007, Theoretical Issues in Ergonomics Science, 8: 365-369.

Evaluation of the Relationship Between Nurses and Midwives Self-Efficacy Perceptions and Infant Feeding Attitudes

Hemşire ve Ebelerin Öz-Yeterlilik Algılarının Bebek Beslenme Tutumları ile İlişkisinin Değerlendirilmesi

Yılmaz Sarıboğa¹, Özkan Sir², Burcu Demir Gökmen³, Elif Kaya Gürdal⁴



DOI: 10.17942/sted.1031982

Geliş/Received : 03.12.2021
Kabul/ Accepted : 27.12.2022

Abstract

Aim: This research was conducted to determine the relationship between self-sufficiency perceptions and infant nutrition attitudes of nurses and midwives working in a training and research hospital.

Material and Method: The research was descriptive and conducted between February and June 2021. It was conducted on 285 female nurses and midwives in a hospital of eastern Turkey. "Socio-demographic Questionnaire Form", "General Self-Efficacy Scale" and "Lowa Infant Feeding Attitude Scale" were used in data collection. Number, percentage, mean, Mann Whitney U test, One-Way Anova, Kruskal Wallis and Spearman correlation test were used in data analysis.

Result: 33.7% of nurses and midwives were in age between 31-35, 58.6% had moderate income status, 62.1% were married, 84.9% were not pregnant and 46.3% did not have children. The scale average score of nurses and midwives self-sufficiency was 49.00 ± 7.70 . The scales of Initiative, Persistence and Effort sub-dimensions were 20.72 ± 6.70 , 16.04 ± 2.71 , and 11.32 ± 2.35 respectively. The average score of the infant nutrition attitude scale was 72.68 ± 7.87 . It was found that there was a negative significant relationship between the general self-sufficiency scale and the scores of the Lowa Infant Feeding Attitude Scale ($r = -0.124$, $p < 0.05$).

Conclusion: An increase in self-sufficiency perceptions of nurses and midwives negatively affects the attitude of infant nutrition.

Key words: Breastfeeding, Nurse midwives, Self efficacy

Özet

Amaç: Bir eğitim ve araştırma hastanesinde çalışan hemşire ve ebelerin öz-yeterlilik algıları ile bebek beslenme tutumları arasındaki ilişkiyi belirlemek için yapılmıştır.

Gereç ve Yöntem: Araştırma tanımlayıcı türdedir ve Şubat-Haziran 2021 tarihleri arasında yapılmıştır. Türkiye'nin doğusunda bir hastanede çalışan 285 kadın hemşire ve ebe ile çalışılmıştır. Verilerin toplanmasında "Sosyo-demografik Bilgi Formu", "Genel Öz-Yeterlilik Ölçeği" ve "Bebek Beslenmesi Tutum Ölçeği" kullanılmıştır. Verilerin analizinde sayı, yüzde, ortalama, Mann Whitney U testi, tek yönlü varyans analizi, Kruskal Wallis ve Spearman korelasyon testi kullanılmıştır.

Bulgular: Hemşire ve ebelerin %33,7'sinin 31-35 yaş aralığında olduğu, %58,6'nın gelir durumunun orta düzeyde olduğu, %62,1'nin evli olduğu, %84,9'nun gebe olmadığı ve %46,3'ünün çocuk sahibi olmadığı görülmektedir. Hemşire ve ebelerin Öz-Yeterlilik Ölçeği puan ortalaması $48,99 \pm 7,70$ 'dir. Ölçeğin alt boyut puan ortalamaları sırasıyla Başlama $20,71 \pm 6,70$, Yılmama $16,03 \pm 2,71$, Sürdürme Çabası $11,32 \pm 2,35$ 'dir. Bebek Beslenmesi Tutum Ölçeği puan ortalaması $72,68 \pm 7,87$ 'dir. Öz-Yeterlilik Ölçeği toplam puanı ve Başlama alt boyutu ile Bebek Beslenmesi Tutum Ölçeği puanları arasında negatif yönde anlamlı düzeyde bir ilişki olduğu saptanmıştır ($r = -0.124$, $p < 0.05$).

Sonuç: Hemşire ve ebelerin öz-yeterlilik algılarının artması bebek beslenmesi tutumunu olumsuz yönde etkilemektedir.

Anahtar sözcükler: Emzirme, Hemşire ebeler, Öz yeterlilik

¹ Uzm. Hemşire, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Van eğitim ve Araştırma Hastanesi (Orcid no: 0000-0001-6348-2797)

² Uzm. Hemşire, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Van eğitim ve Araştırma Hastanesi (Orcid no: 0000-0002-3105-7777)

³ Dr. Öğr. Üyesi, İbrahim Çeçen Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu (Orcid no: 0000 0003 2058 8924)

³ Ebe, Halfeti Devlet Hastanesi (Orcid no: 0000-0003-1824-5228)

Introduction

The perception of self-efficacy is a feature that increases or decreases the motivations for the behaviors that determine how the individual will cope, feel, think, and act with the problems he will face in the future. It enables the individual to evaluate his own abilities and capacity more objectively (1-3). Individuals with high self-efficacy have the perception that they can achieve a task and show high performance. However, this may not always reflect the truth, and there may be different levels of self-efficacy in different situations. On the other hand, it is suspected that this perception is higher than the actual situation (4,5). Self-efficacy is important for success in all professions and is closely related to nurses who are personally interested in human health. Nurses with high self-efficacy levels can improve their professional practices, achieve academic success and increase the quality of patient care (6,8). The willingness of individuals with high self-efficacy to perform a behavior will be sufficient to meet the needs of the baby positively by increasing the motivation of the individual for an activity (5). Beside there are many demographic, biological, psychological and social determinants that affect the continuation of breastfeeding, it is reported that the mother's attitude towards breastfeeding has a significant effect on the feeding behavior of her baby (9,10). There are many individual and cultural reasons of the decrease in breastfeeding rates. These factors include women's education, working status, socio-cultural characteristics, concerns about body image, psychological condition, birth pattern, interventions at birth, mother's decision to breastfeed, family willingness, social support, partner support, motivation of mother, and support from health professionals (11,12).

Study Aim

The present study aimed to assess the relation between nurses and midwives self-efficacy perceptions and infant feeding attitudes.

Research Questions

1. What is the level of self-efficacy perceptions of nurses and midwives?
2. What is the level of infant feeding attitudes perceptions of nurses and midwives?
3. Do nurses and midwives perceptions of self-efficacy affect infant feeding?

Material and Methods

Study Design

The research was conducted in descriptive and cross-sectional type.

Study Sample

The population of the study was consisted of 1058 female nurses and midwives working in a training and research hospital. The sample size was calculated with an effect size of 50% a margin of error of 0.5% and a 95% confidence interval in known sample size of the universe. As a result of the minimum sample consisted of 283 participants. The sample of current study calculated as 285 nurses and midwives who could be reached and agreed to participate in the study, filled out the distributed forms completely.

Data Collection Tools

Socio-demographic Questionnaire Form

It was prepared by the researchers in line with the literature and included the socio-demographic characteristics of individuals and consisted of 8 questions (2,4,5,9).

General Self-Efficacy Scale (GSES)

The scale was developed by Sherer et al. (13) and was adapted into Turkish by Yildirim and İlhan in 2010 (14). The scale has a 5-point Likert structure, consists of 17 items and 3 sub-dimensions. The scale consists of 3 subdimensions including Initiative the Scale (2nd, 4th, 5th, 6th, 7th, 10th, 11th, 12th, and 17th questions in total, nine items), persistence (3rd, 13th, 14th, 15th questions), effort (a total of three items consisting of 1st, 8th and 9th questions). The total score of the scale can vary between 17 and 85, and an increase in the score indicates an increase in self-efficacy belief. Cronbach Alpha coefficient of the scale was found as 0.69. In this study, the Cronbach Alpha value of the scale was 0.69.

The Iowa Infant Feeding Attitude Scale (LIFAS)

The Infant Feeding Attitude Scale developed by De La Mora and Russell was designed to evaluate women's attitudes towards breastfeeding and to predict the duration of breastfeeding as well as the choice of infant feeding method (15). The scale consists of 17 items in a 5-point Likert structure. 9 items in the scale contain negative statements about breast milk feeding and 8 items contain positive statements about formula

feeding. Formula feeding items are scored in reverse (1=5, 2=4, 4=2 and 5=1). The total attitude score ranges from 17 (reflecting a positive attitude in bottle feeding) to 85 points (reflecting a positive attitude in breastfeeding). The Turkish version of the scale was prepared by Ekşioğlu et al. and Cronbach Alpha coefficient was found to be 0.71 (10). In this study, the Cronbach Alpha value of the scale was 0.72.

Data Collection

Information about the research was given by face-to-face interviews with the working nurses and midwives, and after obtaining written consent, the forms were distributed and collected during the day or the next day. This process filled out between February 2021 and June 2021.

Data Analysis

SPSS for Windows (Statistical Package for the Social Science for Windows, Version 24.0) was used to evaluate the data. In the analysis of the data, descriptive statistics such as frequency, percentage, arithmetic mean, standard deviation, minimum and maximum were used. The normal distribution analysis of the data was assessed with the Shapiro-Wilk test. In comparisons between groups, One-way Analysis of Variance (ANOVA) is used for groups with normal distribution and Kruskal Wallis for variables with non-normal distributions. For comparisons of two groups; the Mann Whitney U test were used, for variables with non-normal distributions. Spearman Correlation analysis was used for correlation of variables. For sample number of the study, the decision was made as a result of statistical analysis with a 5% margin of error and 95% confidence interval.

Ethical Consideration

Ethics committee approval was obtained from Van Education and Research Hospital Ethics Committee for the research (Decision Number: 2021/04), and individual written consent was obtained from each participant along with the research permission. This study was conducted in accordance with the principles of the Declaration of Helsinki.

Results

Some sociodemographic characteristics of the nurses and midwives participating in the study were given in Table 1. When the

sociodemographic characteristics of nurses and midwives were examined; it was seen that 33.7% of them were between the ages of 31-35, 58.6% had a medium income, 62.1% was married, 84.9% was not pregnant and 46.3% had no children. It was determined that 35.1% of the nurses and midwives participating in the study had been working for 7-10 years, 76.8% had a bachelor's degree or higher education, and 60.7% had sufficient knowledge about breastfeeding (Table 1).

Table 1. Distribution of nurses and midwives according to socio-demographic characteristics (n=285)

	n	%
Age		
20-25 years	60	21.1
26-30 years	95	33.3
31-35 years	96	33.7
36 and above	34	11.9
Income rate		
Low	118	41.4
Middle	167	58.6
High	0	0.0
Marital status		
Married	177	62.1
Single	108	37.9
Pregnancy status		
No	242	84.9
Primiparous	26	9.1
Multiparous	17	6.0
Number of children		
0	132	46.3
1	79	27.7
2-3 children	74	26.0
Occupational Status		
1-3 years	69	24.2
4-6 years	55	19.3
7-10 years	100	35.1
11 years and above	61	21.4
Education level		
High school	21	7.4
Associate degree	45	15.8
University and Above	219	76.8
State of knowledge about breastfeeding		
Enough	173	60.7
Partially enough	76	26.7
Inadequate	36	12.6

The Self-Efficacy Scale (GSES) and sub-dimension mean scores of the nurses and midwives in the study, and the Iowa Infant Feeding Attitude Scale (LIFAS) mean were shown in Table 2. The mean value of GSES was 49.00 ± 7.70 and 20.72 ± 6.70 , 16.04 ± 2.71 , 11.32 ± 2.35 for the sub-dimensions as initiative, persistence, effort respectively. The mean value for LIFAS was 72.68 ± 7.87 (Table 2).

Table 2. Scale total and sub-dimension median scores of nurses and midwives			
	Values taken in the research		
	Min.	Max.	Mean \pm SD
GSES_Total	26	81	49.00 ± 7.70
*Initiative	9	42	20.72 ± 6.70
*Persistence	6	25	16.04 ± 2.71
*Effort	3	15	11.32 ± 2.35
LIFAS_Total	42	85	72.68 ± 7.87
LIFAS: Infant Feeding Attitude Scale, GSES: General Self-Efficacy Scale, * Sub-dimensions of the general self-efficacy scale			

The comparison of the sociodemographic variables of the nurses and midwives participating in the study with the total scores of GSES and LIFAS and their sub-dimensions were given in Table 3. The GSES and sub-dimensions scores in the research were examined according to the age; the score of the initiative and effort sub-dimensions of Initiation is 23-10 in the 20-25 age, 19-12 in the 26-30 age, 22-11 in the 31-35 age and 16-13 in the 36 and above age, respectively. It was determined that the scores between the groups made a statistically significant difference ($p < 0.05$, Table 3). The

scores of persistence sub-dimensions were examined according to the income status of nurses and midwives; the difference between nurses and midwives with medium income and low income levels was found to be statistically significant ($p < 0.05$, Table 3). Considering the scores in the research according to the marital status variable, the scores of the persistence and effort sub-dimensions of GSES were 16-12 in the married population and 15-11 in the single population and the differences were significant ($p < 0.05$, Table 3). In the study, when the scores of GSES and sub-dimensions were examined according to the time they worked. The differences between the groups were found to be statistically significant ($p < 0.05$, Table 3). The GSES and sub-dimensions scores of participating in the research are examined according to the occupational status; initiative, persistence and effort sub-dimensions was found to be statistically significant ($p < 0.05$, Table 3). When evaluating GSES and lower dimensions and LIFAS scores based on the levels of breastfeeding information of nurses and midwives involved in the study; The LIFAS score was significantly higher in the sufficient knowledge about breastfeeding in the partially sufficient or insufficient knowledge ($p = 0.025$). Initiative and effort sub-dimensions were found to be statistically significant ($p < 0.05$, Table 3).

In the correlation analysis to determine the relationship between the total and sub-dimensions of GSES and the total scores of LIFAS; a statistically negative and weak correlation was found between GSES and LIFAS ($r = -0.124$, $p < 0.05$, Table 4).

Table 3. Analyzes of scale total and sub-dimension mean scores and medians according to the sociodemographic characteristics of nurses and midwives.(n=285)

Features	GSES				
	LIFAS Total	*** Initiative	*** Persistence	*** Effort	Total
	Mean±SD	Mean±SD	Mean±SD)	Mean±SD	Mean±SD
Age					
20-25(A ¹)	71.68±8.87	23.00±6.25	16.02±2.63	10.30±2.56	50.37±6.66
26-30(A ²)	71.98±7.52	19.81±5.91	15.77±2.40	11.55±2.13	47.95±6.90
31-35(A ³)	73.76±7.19	21.54±7.30	16.04±2.91	11.33±2.25	49.91±8.94
36 years and older(A ⁴)	73.38±8.64	16.88±5.93	16.79±3.08	12.47±2.27	46.94±7.16
Statistical analysis	KW=4.501	KW=21.237	KW=4.118	KW=20.096	KW=6.383
	p=0.212	p<0.001	p=0.249	p<0.001	p=0.094
		*Difference: A ¹ -A ² , A ¹ -A ⁴ , A ³ -A ³		*Difference: A ¹ -A ² , A ¹ -A ⁴ , A ³ -A ⁴	
Income rate					
Low	72.36±8.24	21.24±6.70	15.49±2.66	11.31±2.44	49.08±7.57
Middle	72.91±7.60	20.35±6.70	16.42±2.70	11.34±2.30	48.94±7.81
Statistical analysis	U=9552.0	U=9042.0	U=7945.5	U=9784.5	U=9616.0
	p=0.660	p=0.236	p=0.005	p=0.920	p=0.729
Marital status					
Married	73.17±7.36	20.20±6.88	16.38±2.65	11.71±2.26	49.11±7.84
Single	71.89±8.60	21.56±6.34	15.46±2.74	10.69±2.38	48.81±7.49
Statistical analysis	U=9002.5	U=8357.0	U=7691.0	U=7134.0	U=9557.5
	p=0.410	p=0.075	p=0.005	p<0.001	p=0.999
Occupational Status					
1-3 years(A ¹)	71.81±8.71	21.81 ± 6.41	15.49±2.83	10.86±2.42	49.20±7.48
4-6 years(A ²)	72.78±7.79	22.49 ± 6.12	16.05±2.49	10.84±2.05	50.35±6.91
7-10 years(A ³)	72.67±7.52	19.96 ± 6.43	15.91±2.55	11.44±2.45	48.17±7.29
11 years and above(A ⁴)	73.61±7.55	19.11 ± 7.51	16.84±2.91	12.10±2.21	48.90±9.13
Statistical analysis	KW=1.565	F=3.572	KW=8.560	KW=12.413	KW=3.901
	p=0.667	p=0.015	p=0.036	p=0.006	p=0.272
		**Difference: A ¹ -A ⁴ , A ² -A ⁴	*Difference: A ¹ -A ⁴	*Difference: A ² -A ⁴	
State of knowledge about breastfeeding					
Enough(A ¹)	73.64±7.53	19.81±6.84	16.36±2.59	11.79±2.10	48.69±8.01
Partially Enough(A ²)	71.39±8.29	22.16±6.30	15.42±2.79	10.32±2.69	49.16±7.43
Inadequate(A ³)	70.83±8.03	22.03±6.30	15.75±2.95	11.22±2.12	50.11±6.70
Statistical analysis	KW=7.335	KW=9.050	KW=5.674	KW=15.983	KW=2.231
	P=0.025	p=0.011	p=0.059	p<0.001	p=0.231
	*Difference: A ¹ -A ³	*Difference: A ¹ -A ³		*Difference: A ¹ -A ²	
*Dunn's procedure **Tukey, GSES: General Self-Efficacy Scale LIFAS: Infant Feeding Attitude Scale KW: Kruskal-Wallis U:Mann-Whitney U, F:One-way Anova, *** Sub-dimensions of the general self-efficacy scale					

Table 4. Correlation between nurses and midwives' mean scores of LIFAS and GSES (n=285)

	1.	2.	3.	4.
1. Initiative				
2. Persistence	0.070			
3. Effort	-0.309**	0.348**		
4. GSES	0.881**	0.433**	0.013	
5. LIFAS	-0.148*	0.018	0.060	-0.124*
**p < 0.01 *p < 0.05				

Discussion

The findings obtained from the research conducted in order to determine the relationship between infant feeding attitudes of the self-efficacy perceptions of nurses and midwives working in a training and research hospital and to examine self-efficacy and infant feeding attitudes according to some factors were discussed below in line with the literature. Nurses with high self-efficacy levels could improve their professional practices, achieve academic success and increase the quality of patient care (7,8). Although there were many factors affecting the continuation of breastfeeding, it was reported that the mother's attitude towards breastfeeding had a significant effect on the feeding behavior of her baby (9,10). The median of total score of the nurses and midwives in the study (49.00 ± 7.70), when compared with the lowest-highest (26-81) score that could be obtained from the scale and it could be evaluated that there was a moderate level of self-efficacy belief. In a study, it was stated that the mean score of self-efficacy (70.4 ± 7.67) was high (16). When we searched other studies conducted in the literature, the mean value was 59.49 ± 8.46 in the study reported by Yenil et al. (5); 57.16 ± 6.92 in the study of Ince et al. (17), 54.75 ± 10.59 in the study of Aydin et al (4). When the literature was examined, it has been observed that studies investigating self-efficacy were conducted with mothers or nursing students in the general population. For this reason, this study was the first example in terms of being conducted with nurses and midwives, and it is thought that the reason for the difference in results was due to the study group. In the study, it was determined that nurses and midwives were more affected by the self-efficacy start sub-dimension (Table 2). This showed that nurses and midwives had enough belief in themselves to start a job or behavior. In a study, starting

behaviors subgroup of self-efficacy levels of nursing students were higher (18). The current study supported the results of this research.

In this study, when the total mean score of LIFAS of nurses and midwives (72.68 ± 7.87) was compared with the lowest-highest (42-85) points that could be obtained from the scale, it could be said that the breastfeeding attitude was positive and at a high level. Ergin et al. (19) stated in their study that infant feeding attitude was at a high level. The stated study supported the results of this research.

Considering the self-efficacy according to the age variable; it was determined that those aged 20-25 got higher scores in the initiative sub-dimension compared to the others, and those aged 36 and over got higher scores in the sustaining sub-dimension compared to the others. The reason why nurses and midwives aged 20-25 in the study had more self-belief to start a job or behavior reflected the energy brought by young age. In the study, it is thought that the reason why nurses and midwives aged 36 and over had more self-belief to start a job or behavior is a result of they were more determined to solve problems with increasing experience compared to younger individuals. Yılmaz Koçak and Büyükyılmaz showed in a study conducted on nurses that it was found that age affects self-efficacy and the difference was statistically significant (2). The stated study is consistent with the results of this study.

In the study of Göger and Çevirme, the good economic level of individuals increases the self-efficacy score, furthermore it shows that their living standards are good (20). In the study, it was determined that the persistence sub-dimension of self-efficacy perceptions of nurses and midwives who stated their income level as

medium or low was equal. No similar results were encountered in the literature. However, there were no nurses and midwives who stated that the income level was high in the study. In the research, even though the income level of nurses and midwives was not sufficient and they worked in difficult conditions, they had a job, it could be said that they did not give up easily. It was thought that the spiritual dimension of the professions of nurses and midwives might also affect this situation. The general self-efficacy total score of the nurses and midwives included in the study was not statistically significant according to marital status. The study of Parlar and Yazıcı supported the study (18). However, the study found a sub-dimensions score mean of persistence and effort was high in those who were married. In the literature, similar results were not found in the research. In the research, it could be said that the increasing responsibilities of married individuals improve their problem solving skills and lead them not to be pessimistic in the face of problems and to make an effort. In the study, a significant relationship was found between the working time of the individuals and the mean scores of the general self-efficacy sub-dimensions.

In the study of Koçak and Büyükyılmaz, it was stated that the self-efficacy levels of the individuals increase by the increasing of the working year (2). It is thought that as the professional experience of nurses and midwives increases, their self-efficacy perceptions reach a better level. In this study, it was found that the knowledge of nurses and midwives about breastfeeding affected infant feeding attitudes and the difference between the groups was statistically significant. Ergin et al. determined that having sufficient knowledge and skills about breastfeeding affects infant feeding in their study (19). The mentioned study showed parallelism with the results of this study. In research statistically significant results were found between the level of knowledge about breastfeeding and the mean score of initiative and effort from the sub-dimensions of the self-efficacy scale. Similar results were not found in the literature.

This study showed that individuals with sufficient knowledge about breastfeeding create a positive

perception on their self-efficacy. Nurses and midwives in the study was found a weak negative correlation between the initiation sub-dimension of self-efficacy belief and infant feeding attitude. It has been concluded that as the beliefs of nurses and midwives about starting a job or behavior increase, their attitudes towards infant feeding decrease. Feeding a baby is a responsible job. The starting dimension, which was the first step of the self-efficacy belief of the nurses and midwives participating in the study, reflected the desire in work and behavior. The increase in employees belief in starting might have led individuals to think again about taking this responsibility. It was thought that this situation affects the nutritional attitude negatively.

Conclusion

The initiative sub-dimension of the self-efficacy of the nurses and midwives participating in the research; age, working time, knowledge about breastfeeding, persistence sub-dimensions; income level, marital status, working time and effort sub-dimensions; age, marital status, working time, and knowledge about breastfeeding were detected as significantly different. State of knowledge about breastfeeding affected the infant feeding attitudes in the current study. It has been concluded that as the beliefs of nurses and midwives about starting a job or behavior increase, their attitudes towards infant feeding decrease.

The suggestions given in line with these results are as follows:

1. In the steps to be developed regarding breastfeeding, training materials should be prepared training to improve the knowledge and attitudes of nurses and midwives and the information of nurses and midwives should be constantly updated.
2. Nurses and midwives in service training should be carried out to increase self-efficacy.
3. Nurses and midwives economic situation should be improved in order to increase their self-efficacy.

İletişim: Uzm. Hemşire Yılmaz Sarıboğa
E-Posta: saribogayilmaz@hotmail.com

References

1. Sezgin EE, Düşükcan M. The effect of the level of self-efficacy confidence of the nurses on their performance: Example of Elazig Province. *MANAS*. 2020;9(3):1689-702.
2. Yılmaz Koçak M, Büyükyılmaz F. The investigation of nurses self-efficacy perceptions with problem-solving abilities. *JAREN*. 2019;5(3):169-77.
3. Xu S, Zhang Z, Wang A, Zhu J, Tang H, Zhu X. Effect of self-efficacy intervention on quality of life of patients with intestinal stoma. *Gastroenterology Nursing*. 2018;41(4):341.
4. Aydın D, Aba YA. The relationship between mothers' health literacy levels and their perceptions about breastfeeding self-efficacy. *DEUHFED*. 2019;12(1):31-9.
5. Yenal K, Tokat M, Ozan Y, Çeçe Ö, Abalın F. The relation between breastfeeding self-efficacy and breastfeeding success in mothers. *HEAD*. 2013;10(2):14-9.
6. Yada H, Abe H, Odachi R, Adachi K. Exploration of the factors related to self-efficacy among psychiatric nurses. *PloS one*. 2020;15(4):e0230740. doi: 10.1371/journal.pone.0230740.
7. Xiong H, Yi S, Lin Y. The psychological status and self-efficacy of nurses during COVID-19 outbreak: a cross-sectional survey. *INQUIRY*. 2020;57:0046958020957114. doi: 10.1177/0046958020957114.
8. Lee TW, Ko YK. Effects of self-efficacy, affectivity and collective efficacy on nursing performance of hospital nurses. *JAN*. 2010;66(4):839-48. doi: 10.1111/j.1365-2648.2009.05244.x.
9. Raheem RA, Binns CW, Chih HJ, Sauer K. Determinants of the introduction of prelacteal feeds in the Maldives. *Breastfeeding Medicine*. 2014;9(9):473-8. doi: 0.1089/bfm.2014.0028.
10. Eksioğlu A, Yeşil Y, Çeber Turfan E. The translation and validation of the Iowa Infant Feeding Attitude Scale into Turkish. *HEAD*. 2016;13(3):209-15. doi:10.5222/HEAD.2016.209.
11. Karaçam Z, Sağlık M. Breastfeeding problems and interventions performed on problems: systematic review based on studies made in Turkey. *Turkish Archives of Pediatrics*. 2018;53(3):134. doi: 10.5152/TurkPediatriArs.2018.6350.
12. Rollins NC, Bhandari N, Hajeerhoy N, Horton S, Lutter CK, Martines JC, et al. Why invest, and what it will take to improve breastfeeding practices? *Group The Lancet Breastfeeding Series The lancet*. 2016;387(10017):491-504. doi: 10.1016/S0140-6736(15)01044-2.
13. Sherer M, Maddux JE, Mercandante B, Prentice-Dunn S, Jacobs B, Rogers RW. The self-efficacy scale: Construction and validation. *Psychological reports*. 1982;51(2):663-71.
14. Yıldırım F, İlhan İÖ. The validity and reliability of the general self-efficacy scale-turkish form. *Turkish Journal of Psychiatry*. 2010;21(4):301-8.
15. La De MA, Russell DW. The Iowa Infant Feeding Attitude Scale: Analysis of reliability validity *J Appl Soc Psychol*. 1999;29(11):2362-80. doi: 0.1111/j.1559-1816.1999.tb00115.x
16. İnce T, Aktaş G, Aktepe N, Aydın A. Evaluation of the factors affecting mothers' breastfeeding self-efficacy and breastfeeding success. *Journal of Dr Behcet Uz Children's Hospital*. 2017;7(3). doi:10.5222/buchd.2017.183
17. Parlar H, Yazıcı S. The examination of the general self-efficacy and self-esteem of married and single adults. *Istanbul Commerce University, Journal of Social Sciences*. 2017;16(1):207-247
18. Ergin Berkiten A, Özdilek R, Özdemir S. Determination of midwifery students attitudes towards infant feeding. *Journal Midwifery and Health Sciences*. 2020;3(3):166-77.
19. Göger S, Çevirme A. The effect of nursing students' self-efficacy levels on education stress. *JERN*. 2019;16(4):306-12. doi: 0.5222/HEAD.2019.306



DOI: 10.17942/sted.1063958

Geliş/Received : 27.01.2021
Kabul/ Accepted : 30.12.2022

Özet

Amaç: Bu çalışma, hemşirelik öğrencilerinin hastaların kişisel sağlık verilerinin kayıt ve korunmasına yönelik tutumlarını belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Yöntem: Tanımlayıcı tipteki araştırma bir devlet üniversitesinin hemşirelik fakültesi öğrencilerinde yapılmıştır (n=330). Araştırmanın verileri "Öğrenci Tanıtım Formu" ve "Kişisel Sağlık Verilerinin Kayıt ve Korunması Tutum Ölçeği (KVKKTÖ)" ile on-line toplanmıştır. Verilerin analizinde tanımlayıcı analizler, Mann Whitney-U testi, Kruskal-Wallis H testi ve Spearman's Korelasyon analizi kullanılmıştır.

Bulgular: Araştırmaya katılan öğrencilerin %74,3'ü kız, %48,3'ü 2. sınıftır. Öğrencilerin %87,1'inin "kişisel veri" kavramını, %70,0'inin "kişisel sağlık verisi" kavramını daha önce duyduğu ve %95,9'unun hasta bilgilerinin gizli tutulması gerektiğini düşündükleri saptanmıştır. Öğrencilerin KSVKKTÖ toplam puan ortancası $4,01 \pm 0,86$ olup, 4. sınıf öğrencilerinin ölçeğin tüm alt boyutları ile ölçek toplam puanı yüksek ve anlamlıdır ($p < 0,001$). Daha önce kişisel sağlık verisi kavramını duyan öğrencilerin yasal bilgiler ve yasal veri paylaşımı puanları duymayanlara göre yüksek ve istatistiksel olarak anlamlıdır ($p = 0,004$).

Sonuç: Öğrencilerin hastaların kişisel sağlık verilerinin kayıt ve korunmasına yönelik tutumlarının olumlu olduğu, 4. sınıf öğrencileri ile düz liseden mezun olanların hastaların sağlık verilerinin korunmasında daha fazla hassasiyet gösterdikleri sonucuna ulaşılmıştır.

Anahtar sözcükler: Hasta, Hemşirelik öğrencisi, Sağlık, Tutum, Veri

Abstract

Aim: This study was conducted to determine nursing students' attitudes towards registering and protecting patients' personal health data.

Method: This descriptive study was conducted on nursing faculty students (n=330) of a state university. The data of the study were collected on-line using the "Student Identification Form" and the "Attitude Scale for Registration and Protection of Personal Health Data (ASRPPHD)". It was used descriptive analysis, Mann Whitney-U test, Kruskal-Wallis H test and Spearman's Correlation Analysis to determine the analysis of the data.

Results: 74.3% of students of participating in the study are girls and 48.3% of students were 2nd grade. It was determined that 87.1% of the students had heard of the concept of "personal data", 70.0% of them had heard of the concept of "personal health data" and 95.9% of them thought that patient information should be kept confidential. The total score median of the students on ASRPPHD is 4.01 ± 0.86 , and all the sub-dimensions of the scale and the scale total score of 4th grade students were high and significant ($p < 0,001$). The scores of the students who have heard the concept of personal health data before, legal information and legal data sharing scores were higher and statistically significant compared to those who have not heard ($p = 0.004$).

Conclusion: It was concluded that the students' attitudes towards the recording and protecting of the personal health data of the patients were positive, and the 4th grade students and the students who graduated from normal high school showed more sensitivity in the protection of the patients' health data.

Key words: Patient, Nursing student, Health, Attitude, Data

¹ Dr. Öğr. Üyesi, Aydın Adnan Menderes Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi Hemşirelik Esasları AD (Orcid no: 0000-0002-8848-3259)

² Doç. Dr. Halk Sağlığı AD, Akdeniz Üniversitesi Kumluca Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü (Orcid no: 0000-0001-9320-7083)

Giriş

Kişisel veri, kimliği belli olan ya da tespit edilebilen bireye ait her türlü bilgi, kişisel sağlık verisi ise, kimliği belli olan veya belirlenebilen birinin fiziksel ve psiko-sosyal sağlığının yanı sıra, bireyin sağlık hizmetlerinin kapsamında kayıtlı olan her türlü bilgisi olarak tanımlanmaktadır (1). Hastaların sağlıkla ilişkili bilgilerinin yer aldığı kişisel sağlık verileri, hastanelerde ve sağlık hizmetinin sunulduğu diğer alanlarda elektronik ortamda kayıt altına alınmakta ve kurumda çalışanlar tarafından hizmet amacıyla kullanılmaktadır (2,3). Hastalara daha iyi sağlık hizmeti sunmak, bakım ve tedavisini sürdürmek ve bilimsel araştırmalar yapmak vb. amaçlara hizmet eden kişisel sağlık verilerinin kullanımı sırasında hastanın gizlilik ve mahremiyeti korunmalıdır (2-4). Çünkü sağlık verileri özel nitelikli veriler kapsamında olup, korunmadığı takdirde ciddi sorunlara yol açma potansiyeline sahiptir (2). Ülkemizde 1982 yılındaki Anayasanın 2. bölümünde "herkes, kendisiyle ilgili kişisel verilerin korunmasını isteme hakkına sahiptir" ibaresi yer almakta ve devamında "kişisel veriler, ancak kanunda öngörülen hallerde veya kişinin açık rızasıyla işlenebilir" şeklinde devam etmektedir (5). Türk Ceza Kanunu'nda özel hayatın gizliliğinin ihlaline neden olan durumlarda tutukluluk öngörülmekte olup, bu ihlali kamu personelinin işleme durumunda, cezaların yarı oranında arttırıldığı belirtilmektedir (6). Bunların yanı sıra Hasta Hakları Yönetmeliği'nde hasta bilgilerinin gizli tutulması gerektiği belirtilmektedir (7).

Hastaların kişisel sağlık verilerine hekim, hemşire, tıbbi sekreter gibi hastanede görevli birçok sağlık çalışanı, hastaların sağlık hizmetlerinden daha iyi yararlanabilmesi, bilimsel araştırmalara kaynaklık oluşturması gibi farklı amaçlarla erişebilmektedir (3). Hemşirelik öğrencileri de klinik uygulamalarında bakım planlarını yapmak amacıyla hasta verilerini kullanmaktadır (8). Ancak öğrencilerin klinik uygulamalarında hasta/ hasta yakınlarına ait görsel ve yazılı belgeleri sosyal medyada paylaştıkları ve çoğunun bu paylaşımı hasta/hasta yakınından izin almadan yaptığı (9), hasta verilerinin korunmasıyla ilgili hemşirelik öğrencilerinin çoğunun yasal dayanaklar hakkında bilgi sahibi olmadığı belirlenmiştir (10) Hastalara ait bilgilerin gizliliği hem yasal (11), hem de meslek etiğinin gerekliliğidir (12,13). Bu bilgilerin paylaşılması

özel hayatın gizliliğinin, hastanın mahremiyet hakkının ve sır saklama yükümlülüğünün ihlaline yol açmaktadır (14,15). Hemşirelik eğitimde öğrencilerin hasta verilerini kabul edilebilir sınırlar içinde kullanmaları, gizliliği ve korunmasına yönelik farkındalık kazanmaları hedeflenmektedir. Bu nedenle araştırma, hemşirelik öğrencilerinin hastaların kişisel sağlık verilerinin kayıt ve korunmasına yönelik tutumlarını belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Gereç ve Yöntem

Araştırmanın Tipi: Tanımlayıcı tipteki araştırma 1 Eylül-31 Aralık 2020 tarihleri arasında Türkiye'de Batı Anadolu'daki bir devlet üniversitesinin Hemşirelik Fakültesi öğrencilerinde yapılmıştır.

Araştırmanın Evreni ve Örneklemi:

Araştırmanın evrenini Hemşirelik Fakültesinin 2., 3. ve 4. sınıflarında öğrenimini sürdüren toplam 922 öğrenci oluşturmuştur. 1. sınıf öğrencilerin araştırma kapsamına alınmamasının sebebi, mesleki eğitimlerine henüz başlamaları ve sağlık verilerine ilişkin bilgi ve tutumlarının yetersiz olabileceğidir. Araştırmada örneklem seçimine gidilmemiş ve araştırma, gönüllü katılımı kabul eden 330 öğrenci ile tamamlanmıştır (katılım oranı %35,8). Araştırmalarda etki büyüklüğünün hesaplanmasında Cohen's d formülü yaygın olarak kullanılmakla birlikte, Cohen's d formülünün uygulanmasında iki gruba ait ortalamalar ve standart sapmalar kullanılmaktadır (16). Bu araştırmada sürekli değişkenler normal dağılmadığı için nonparametrik analizler uygulanmış ve tanımlayıcı istatistik olarak medyan değeri gösterilmiştir. Bu nedenle etki büyüklüğü hesaplaması ve güç analizi yapılamamıştır.

Verilerin Toplanması: Araştırma verileri pandemi sebebiyle online anket kullanılarak toplanmıştır. Veri toplama araçları Google forms üzerinden online ankete dönüştürüldükten sonra, sınıf temsilcisi olan öğrencilere gönderilmiş ve sınıf sosyal medya gruplarında paylaşması ile diğer öğrencilere ulaşılmıştır. Anket formlarının doldurulması yaklaşık 10-15 dakika sürmüştür. Verilerin toplanmasında "Öğrenci Tanıtım Formu" ve "Kişisel Sağlık Verilerinin Kayıt ve Korunması Tutum Ölçeği (KVKKÖ)" kullanılmıştır.

Öğrenci Tanıtım Formu: Bu form konu ile ilgili literatür araştırılarak oluşturulmuştur (10,17,18).

Tablo 1. KSVKKTÖ alt boyutlarının madde sayısı, puan ortancaları ve güvenilirlik katsayıları					
Ölçek Alt Boyutları	Madde Sayısı	Medyan	S.S.	Puan Aralığı (Min-Max)	Alfa değerleri
Kişisel sağlık verisi bilgisi	12	3,95	0,89	1-5	0,96
Yasal bilgiler	7	4,16	0,91	1-5	0,95
Yasal veri paylaşımı	5	4,12	0,92	1-5	0,89
Kişisel sağlık verisi paylaşımı	4	3,86	0,94	1-5	0,87
Kişisel sağlık verisi kaydı	3	3,85	0,92	1-5	0,76
KSVKKTÖ Toplam Puanı	31	4,01	0,86	1-5	0,98

Form öğrencilerin sosyo-demografik bilgilerinin yer aldığı 15 sorudan oluşmuştur.

Kişisel Sağlık Verilerinin Kayıt ve Korunması Tutum Ölçeği (KSVKKTÖ): Ölçek Bezirgan ve ark. (2019) tarafından geliştirilmiş olup, beş alt boyut (kişisel sağlık verisi bilgisi, yasal bilgiler, yasal veri paylaşımı, kişisel sağlık verisi paylaşımı, kişisel sağlık verisi kaydı) ve 31 maddeden oluşmaktadır. Beşli Likert tipinde olan ölçek, kesinlikle katılmıyorum=1, katılmıyorum=2, fikrim yok=3, katılıyorum=4 ve kesinlikle katılıyorum=5 şeklinde puanlanmaktadır. Ölçekten elde edilen toplam puanın ölçekteki madde sayısına bölünmesiyle toplam puan hesaplanmaktadır. Ölçeğin kesme noktası 3 olmakla birlikte, 3'ün altındaki puan kişisel verilerin kaydı ve korunmasına ilişkin tutumun olumsuz olarak değerlendirilirken, 3 ve üzeri ise olumlu olarak değerlendirilmektedir. Olumlu tutum; öğrencilerin kişisel verilerin kaydı ve korunmasına yönelik farkındalığının yüksek olduğunu, olumsuz tutum ise bu farkındalığın düşük olduğunu göstermektedir. Ölçeğin orijinal çalışmasında Cronbach alfa değeri 0,94 olarak bulunmuşken (17); bu çalışmada 0,98 olarak hesaplanmıştır.

Verilerin Değerlendirilmesi: Verilerin değerlendirilmesinde SPSS 25.0 paket programı, analizinde sayı, yüzde, ortalama değerleri hesaplanmıştır. Sürekli değişkenler için normalite analizine bakılmış (Kolmogrov-Smirnov testi; Shao yöntemi), sürekli değişkenler normal dağılmadığı için Mann Whitney-U testi, Kruskal-Wallis H testi ve Spearmen's Korelasyon analizi kullanılmıştır. Normal dağılım göstermeyen sürekli değişkenlerin gösteriminde ortanca ve çeyreklikler arası genişlik (Interquartile Range-IQR)

kullanılmıştır. Sonuçlar %95'lik güven aralığında, $p < 0,05$ değeri anlamlı olarak kabul edilmiştir.

Araştırmanın Etik Yönü: Araştırma için bir kamu üniversitenin Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 27.08.2020 tarihi ve 2020/199 sayılı onay, araştırmanın yapıldığı fakülteden kurum izni alınmıştır. Araştırmada kullanılan anket formunun başına gönüllü onam koşulu belirtilmiş, öğrenciler gönüllü olduklarını elektronik ortamda onayladıktan sonra soruları yanıtlamaya başlamıştır.

Bulgular

Araştırmaya katılan öğrencilerin KSVKKTÖ toplam puan ortancası $4,01 \pm 0,86$ olup, en yüksek puan ortancasını yasal bilgiler alt boyutundan ($4,16 \pm 0,91$) aldıkları belirlenmiştir. Bunu sırasıyla yasal veri paylaşımı ($4,12 \pm 0,92$), kişisel sağlık verisi bilgisi ($3,95 \pm 0,89$), kişisel sağlık verisi paylaşımı ($3,86 \pm 0,94$) ve kişisel sağlık verisi kaydı alt boyut puan ortancaları ($3,85 \pm 0,92$) takip etmiştir (Tablo 1).

Öğrencilerin %74,3'ü kız, yaklaşık yarısı (%48,3) 2. sınıf, yarıdan fazlası (%64,9) Anadolu lisesi mezunu ve %53,1'inin aylık geliri giderine denktir. Dördüncü sınıf öğrencilerinin ölçeğin tüm alt boyutları ve ölçek toplam puan ortancası daha yüksek bulunmuştur. Düz lise mezunlarının yasal veri paylaşımı alt boyutu ve ölçek toplam puan ortancası, diğer lise türlerinden mezun olanlara göre yüksek ve istatistiksel olarak anlamlıdır ($p=0,020$). Öğrencilerin cinsiyeti ve ailesinin gelir durumu ile ölçeğin alt boyutları ve toplam puan ortancası arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p > 0,05$) (Tablo 2).

Tablo 2. Öğrencilerin bazı tanıtıcı özellikleri ile KSVKKTÖ puan ortancalarının karşılaştırılması-1 (n= 330)

Özellikler	n (%)	Kişisel sağlık verisi bilgisi	Yasal bilgiler	Yasal veri paylaşımı	Kişisel sağlık verisi paylaşımı	Kişisel sağlık verisi kaydı	Toplam
		M (IQR)	M (IQR)	M (IQR)	M (IQR)	M (IQR)	M (IQR)
Cinsiyet							
Kız ^a	260 (74,3)	4,00 (0,92)	4,28 (0,86)	4,20 (1,00)	4,00 (1,00)	4,00 (1,00)	72,00 (18,00)
Erkek ^b	70 (25,7)	4,00 (1,02)	4,28 (0,71)	4,20 (0,80)	4,00 (1,25)	4,00 (1,00)	64,00 (14,50)
Z		8,587	8,705	8,824	8,264	8,113	8,525
p		0,468	0,504	0,726	0,233	0,157	0,417
Sınıf düzeyi							
2. sınıf ^a	169 (48,3)	3,91 (0,83)	4,00 (0,71)	4,00 (0,80)	4,00 (1,00)	4,00 (1,00)	4,00 (0,63)
3. sınıf ^b	82 (27,3)	4,04 (0,94)	4,57 (0,89)	4,40 (1,00)	4,00 (1,25)	4,00 (0,67)	4,17 (0,89)
4. sınıf ^c	79 (24,4)	4,50 (1,00)	4,71 (0,86)	4,60 (1,00)	4,00 (1,50)	4,00 (1,00)	4,45 (0,81)
x ²		10,002	10,305	8,265	3,545	6,103	9,686
p		p<0,001 (c>a,b)	p<0,001 (c>a,b)	p<0,001 (c>a,b)	0,030 (c>a,b)	0,002 (a,c>b)	p<0,001 (c>a,b)
Mezun olduğu lise							
Düz lise ^a	8 (2,3)	4,95 (0,85)	4,57 (0,86)	5,00 (0,50)	4,50 (1,50)	4,50 (0,92)	4,87 (0,68)
Anadolu lisesi ^b	227 (64,9)	4,00 (1,00)	4,28 (0,86)	4,20 (1,00)	4,00 (1,00)	4,00 (1,00)	4,06 (0,87)
Meslek lisesi ^c	46 (16,1)	4,12 (1,13)	4,85 (0,39)	4,70 (1,00)	4,25 (1,50)	4,00 (1,33)	4,32 (0,82)
Diğer ^d	49 (16,7)	4,00 (0,96)	4,00 (1,00)	4,00 (0,50)	4,00 (1,25)	4,00 (1,00)	4,00 (0,77)
x ²		2,413	1,439	3,317	1,745	2,063	2,727
p		0,067	0,150	0,020 (a>b,c,d)	0,158	0,105	0,044 (a>b,c,d)
Ailenin gelir durumu							
Gelir giderden az ^a	109 (31,1)	4,00 (0,94)	4,00 (1,00)	4,00 (1,00)	4,20 (1,00)	4,00 (1,00)	4,00 (1,00)
Gelir gidere denk ^b	186 (53,1)	4,28 (0,86)	4,06 (1,00)	4,28 (0,86)	4,28 (0,86)	4,07 (1,03)	4,06 (0,87)
Gelir giderden fazla ^c	35 (15,8)	4,20 (1,00)	4,00 (1,00)	4,20 (1,00)	4,00 (1,50)	4,20 (1,00)	4,20 (1,00)
x ²		0,614	0,110	0,549	0,362	1,191	0,589
p		0,542	0,896	0,548	0,697	0,305	0,555
Annenin eğitim durumu							
Okur yazar	49 (14,0)	3,91 (1,25)	4,14 (1,00)	4,00 (0,80)	4,00 (1,25)	4,00 (1,00)	3,96 (0,95)
İlköğretim mezunu	200 (57,2)	4,00 (0,92)	4,28 (0,86)	4,20 (0,80)	4,00 (1,00)	4,00 (1,00)	4,06 (0,83)
Lise mezunu	69 (22,7)	4,08 (0,92)	4,42 (0,93)	4,40 (1,10)	4,00 (1,38)	4,00 (0,83)	4,22 (0,94)
Üniversite mezunu	12 (6,1)	4,04 (1,19)	4,35 (0,83)	4,20 (0,90)	3,62 (1,44)	3,83 (0,92)	4,11 (1,07)
x ²		0,554	1,045	0,666	0,826	0,745	0,794
p		0,645	0,373	0,524	0,480	0,526	0,498

z: Mann Whitney-U testi, x²: Kruskal-Wallis H testi, M: Median, IQR: Interquartile Range, p<0,05

Tablo 2. Öğrencilerin bazı tanıtıcı özellikleri ile KSVKKTÖ puan ortancalarının karşılaştırılması-2 (n= 330)

Özellikler	n (%)	Kişisel sağlık verisi bilgisi	Yasal bilgiler	Yasal veri paylaşımı	Kişisel sağlık verisi paylaşımı	Kişisel sağlık verisi kaydı	Toplam
		M (IQR)	M (IQR)	M (IQR)	M (IQR)	M (IQR)	M (IQR)
Babanın eğitim durumu							
Okur yazar	20 (5,7)	3,91 (1,40)	4,35 (1,21)	4,10 (0,95)	3,87 (1,00)	3,33 (1,00)	3,98 (1,05)
İlköğretim mezunu	187 (53,4)	4,00 (0,92)	4,28 (0,86)	4,20 (0,80)	4,00 (1,00)	4,00 (1,00)	4,06 (0,87)
Lise mezunu	89 (28,7)	4,00 (1,00)	4,42 (0,86)	4,20 (1,00)	4,00 (1,25)	4,00 (1,00)	4,16 (0,95)
Üniversite mezunu	34 (13,4)	4,00 (0,98)	4,28 (0,86)	4,10 (1,05)	4,00 (1,25)	4,00 (1,00)	4,04 (0,94)
x ²		0,192	0,377	0,516	0,235	2,604	0,363
p		0,902	0,769	0,671	0,872	0,052	0,780
Annenin çalışma durumu							
Ev hanımı ^a	260 (74,3)	4,00 (1,00)	4,28 (0,86)	4,20 (1,00)	4,00 (1,00)	4,00 (1,00)	4,06 (0,87)
Memur ^b	34 (9,7)	4,04 (1,15)	4,35 (0,93)	4,20 (1,00)	3,87 (1,38)	4,16 (1,17)	4,11 (1,02)
İşçi ^c	8 (2,4)	4,04 (1,02)	4,35 (0,86)	4,40 (0,80)	3,87 (1,06)	4,00 (1,33)	4,11 (0,74)
Emekli ^d	7 (2,0)	4,00 (1,25)	4,85 (1,00)	4,20 (1,00)	4,00 (0,50)	4,00 (0,67)	4,09 (0,77)
Serbest meslek ^e	13 (4,7)	4,58 (0,88)	4,85 (0,29)	4,80 (0,70)	4,50 (1,00)	4,33 (1,33)	4,61 (0,82)
Çiftçi ^f	4 (3,3)	3,83 (0,19)	4,14 (0,50)	4,10 (0,80)	4,00 (0,38)	4,16 (0,58)	4,03 (0,34)
Diğer ^g	4 (3,3)	3,58 (2,58)	3,92 (2,93)	3,50 (2,95)	2,75 (2,00)	3,66 (2,67)	3,66 (2,43)
x ²		1,684	1,596	1,530	2,145	0,911	1,715
p		0,124	0,148	0,168	0,048 (e>a,b,c,d,f,g)	0,487	0,117
Babanın çalışma durumu							
Çalışmıyor ^a	33 (9,4)	4,25 (0,92)	4,57 (0,86)	4,60 (0,70)	4,00 (0,88)	4,00 (1,33)	4,32 (0,60)
Memur ^b	32 (9,1)	4,37 (0,85)	4,57 (1,00)	4,70 (0,95)	4,00 (1,00)	4,00 (0,67)	4,38 (0,73)
İşçi ^c	57 (16,3)	3,75 (0,67)	4,00 (0,64)	4,00 (0,60)	3,75 (0,75)	3,66 (0,83)	3,87 (0,48)
Emekli ^d	68 (19,4)	4,25 (0,81)	4,50 (0,86)	4,40 (1,00)	4,00 (0,94)	4,00 (0,67)	4,25 (0,73)
Serbest meslek ^e	74 (21,1)	4,00 (1,08)	4,42 (0,89)	4,20 (0,80)	4,00 (1,56)	4,00 (1,33)	4,06 (0,84)
Çiftçi ^f	34 (9,7)	3,91 (1,31)	4,14 (1,04)	4,00 (1,00)	4,00 (1,00)	4,00 (1,08)	4,00 (1,07)
Diğer ^g	32 (9,1)	4,00 (0,92)	4,28 (0,93)	4,00 (0,95)	3,50 (0,94)	4,00 (0,67)	4,03 (0,77)
x ²		3,446	2,549	3,517	3,125	1,767	3,227
p		0,003 (a,b,d,e,f,g>c)	0,020 (a,b,d,e,f,g>c)	0,002 (a,b,d,e,f,g>c)	0,005 (a,b,c,d,e,f>g)	0,105	0,004 (a,b,d,e,f,g>c)

x²: Kruskal-Wallis H testi, M: Median, IQR: Interquartile Range, p<0,05

Öğrencilerin yarısından fazlasının annesi (%57,2) ve babası (%53,4) ilköğretim mezunu, çoğunun (%74,3) annesi ev hanımı olup; %21,1'inin babası serbest meslek yapmaktadır. Babası işçi olarak çalışanların kişisel sağlık verisi bilgisi, yasal bilgiler, yasal veri paylaşımı alt boyutları ve ölçek toplam puan ortancası diğer meslek gruplarına göre düşük ve istatistiksel olarak anlamlıdır (p<0,05). Ayrıca babasının mesleğini "diğer" olarak belirten öğrencilerin kişisel sağlık verisi paylaşımı alt boyut puan ortancası, babası

çalışmayan ve diğer mesleklerde (memur, emekli, işçi, serbest meslek, çiftçi) çalıştığını belirtenlere göre düşük ve istatistiksel olarak anlamlıdır (p<0,05). Bu alt parametre içindeki farklılığın, babası "esnaf" olarak çalışan öğrencilerden kaynaklandığı tespit edilmiştir. Öğrencilerin anne ve babalarının eğitim durumları ile ölçeğin alt boyutları ve toplam puan ortancası arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (p>0,05) (Tablo 2).

Tablo 3. Öğrencilerin kişisel verilerin korunması bilgileri ile KSVKKTÖ puan ortancalarının karşılaştırılması (n= 330)

Özellikler	n (%) M (IQR)	Kişisel sağlık verisi bilgisi	Yasal bilgiler	Yasal veri paylaşımı	Kişisel sağlık verisi paylaşımı	Kişisel sağlık verisi kaydı	Toplam	
		M (IQR)	M (IQR)	M (IQR)	M (IQR)	M (IQR)		
Kişisel veri kavramını duyma								
Evet	284 (87,1)	4,00 (0,92)	4,28 (0,86)	4,20 (0,80)	4,00 (1,00)	4,00 (0,92)	4,09 (0,90)	
Hayır	46 (12,9)	4,00 (1,25)	4,00 (1,29)	4,00 (1,10)	4,00 (1,50)	3,66 (1,67)	4,03 (1,31)	
Z		7,365	8,223	7,856	6,576	8,082	7,550	
p		0,108	0,002	0,014	0,781	0,004	0,056	
Kişisel sağlık verisi kavramını duyma								
Evet	232 (70,0)	4,00 (0,98)	4,42 (0,86)	4,20 (0,80)	4,00 (1,00)	4,00 (0,67)	4,12 (0,90)	
Hayır	98 (30,0)	4,00 (1,02)	4,28 (0,75)	4,10 (0,85)	4,00 (1,75)	4,00 (1,00)	4,03 (0,84)	
Z		12,744	13,545	12,852	11,066	12,591	12,755	
p		0,067	0,004	0,047	0,705	0,097	0,065	
Hasta bilgilerinin gizli tutulması								
Evet	325 (95,9)	4,00 (0,92)	4,28 (0,86)	4,20 (1,00)	4,00 (1,00)	4,00 (1,00)	4,06 (0,87)	
Hayır	5 (4,1)	2,00 (3,04)	3,14 (3,14)	4,00 (3,40)	2,00 (3,25)	3,33 (3,17)	2,70 (3,16)	
Z		1,185	1,186	1,045	1,126	1,075	1,156	
p		0,078	0,075	0,167	0,134	0,207	0,105	
Yaş	Ort ± SS /M (IQR)							
	39,74±10,04	r	0,20	0,183	0,180	0,139	0,156	0,198
	20,00 (2,00)	p	0,000	0,001	0,001	0,012	0,004	0,000
z: Mann Whitney-U testi, r: Spearsman's Korelasyon Analizi, M: Median, IQR: Interquartile Range, p<0,05								

Öğrencilerin %87,1'i "kişisel veri" kavramını, %70,0'ı "kişisel sağlık verisi" kavramını daha önce duyduğunu belirtmiştir. Öğrencilerin tamamına yakını (%95,9) hasta bilgilerinin gizli tutulması gerektiğini düşünmektedir. Daha önceden "kişisel veri" kavramını duyanların yasal bilgiler, yasal veri paylaşımı ve kişisel sağlık verisi kaydı puan ortancaları, duymayanlara göre daha yüksektir (p<0,05). Daha önce "kişisel sağlık verisi" kavramını duyanların ise yasal bilgiler ve yasal veri paylaşımı puan ortancaları duymayanlara göre daha yüksektir (p<0,05). Öğrencilerin yaş grupları ile KSVKKTÖ alt boyut puan ortancaları ve ölçek toplam puan ortancası arasındaki korelasyonuna bakıldığında pozitif yönlü ve düşük düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır (p<0,05) (Tablo 3).

Tartışma

Hemşirelik öğrencilerinin hastaların kişisel sağlık verilerinin kayıt ve korunmasına yönelik tutumlarını belirlemek amacıyla yaptığımız çalışmada öğrencilerin KSVKKT ölçüğü (4,01±0,86) ve ölçüğün alt boyutlarından aldıkları puanların yüksek olduğu saptanmıştır. Çalışmamıza benzer şekilde hemşirelik öğrencileriyle yapılan çalışmalarda da öğrencilerin hastaların kişisel sağlık verilerinin kayıt ve korunmasına yönelik tutumlarının olumlu olduğu saptanmıştır (18-20). Kızılıcık Özkan ve ark. (2020)'nin çalışmasında hemşirelik öğrencilerinin hastaların özel hayat ve kişisel bilgilerin gizliliğini korumaya yönelik davranışlarının olumlu olduğu belirlenmiştir (21). Hastalara ait kişisel veriler hasta haklarının korunması kapsamında yer alan bir konu olup, hastaya ait bilgilerin gizli tutulması,

araştırma ve eğitim amacı ile kullanıldığında kimlik bilgilerinin, hastanın rızası olmadan açıklanmaması gerektiği belirtilmektedir (7). Çalışmamızdan elde edilen bulgular diğer çalışmalardan elde edilen bulgularla benzer olup, öğrencilerin Hasta Hakları Yönetmeliği'ne uygun hareket ettiklerini, hassas veri olarak kabul edilen hasta verilerinin gizliliğinin korunması ve paylaşılmamasına yönelik bilgi ve uygulamalarının olumlu olduğunu göstermektedir.

Çalışmamızda son sınıf öğrencilerinin KSVKKTÖ'nün tüm alt boyutları ile ölçek toplam puanı diğer sınıfta okuyan (2. ve 3. sınıf) öğrencilerden yüksektir. Çalışmamıza benzer olarak Maraş ve Ceylan (2021)'in çalışmasında da hemşirelik son sınıf öğrencilerinin puanı yüksek bulunmuştur (20). Çetin ve Çevik (2021)'in yaptığı çalışmada ise 3. sınıf öğrencilerinin puanı yüksek bulunmuştur (18). Hemşirelik ve ebek öğrencileriyle yapılan çalışmada da öğrencilerin sınıf düzeyi arttıkça hastaların kişisel sağlık verilerinin kayıt ve korunmasına yönelik tutumlarının olumlu yönde arttığı belirlenmiştir (19). Matlakala ve Mokoena (2011)'nin hemşirelik son sınıf öğrencileriyle (n=17) yaptığı kantitatif çalışmasında, öğrenciler hastaların gizli bilgilerinin korunması gerektiğini ve bunun ahlaki sorumluluk olduğunu belirtmişlerdir (22). Çalışmamızda son sınıf öğrencilerinin KSVKKTÖ puanlarının diğer sınıf düzeylerine göre yüksek olması eğitim-öğretim sürecinde aldıkları deontoloji ve meslek etiği dersini klinik uygulama ile bütünleştirebilmelerine ve hasta mahremiyeti konusunda farkındalıklarının fazla olmasına bağlanabilir. Çalışmamızdan elde edilen diğer bir bulgu ise düz lise mezunu öğrencilerin KSVKKTÖ yasal veri paylaşımı alt boyut puanı ile ölçek toplam puanının, diğer lise türlerinden (Anadolu lisesi, meslek lisesi, diğer) mezun olan öğrencilerin puanlarına göre yüksek ve anlamlı olmasıdır. Hastanın sağlık profesyonellerine, tedavi ve bakımı için verdiği bilgiler sağlık verileri kapsamında olup, 3. şahıslar tarafından öğrenilmesi yasal veri paylaşımının ihlaline neden olmaktadır (23). Koronavirüs pandemisi ile birlikte ilk, orta ve yükseköğretimde çevrimiçi eğitimlerin yapılması kişisel verilerin korunması konusunu oldukça hassas hale getirmiş ve eğitim kurumlarında rıza metinleri ile bu durum yasal kayıt altına alınmıştır (24). Bu uygulamalar öğrenciler üzerinde farkındalık yaratmış olabileceği gibi, çalışma bulgumuzdaki bu anlamlı

farklılığın, düz lise mezunu olan öğrencilerin veri kümesi içindeki oranının (n: 8) düşük olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Çalışmamızda öğrencilerin cinsiyeti ve ailelerinin gelir durumu hastaların kişisel sağlık verilerinin kayıt ve korunmasına yönelik tutumunu etkilememiştir. Çalışmamıza benzer şekilde İskender ve Durmuş (2022) tarafından yapılan çalışmanın bulguları da çalışmamızdan elde edilen bulgular ile benzerlik göstermektedir (19). Hemşirelik hem kadın hem de erkekler tarafından uygulanan, farklı sosyo-ekonomik düzeylerdeki bireyleri aynı temel mesleki eğitim ve etik ilkelere göre mesleğe hazırlayan bir disiplin olduğu için (25,26), öğrencilerin ekonomik düzeylerindeki farklılıklar gibi, cinsiyet farklılıkları da öğrencilerin klinik ve saha uygulamalarında kullandıkları hastalara ait kişisel sağlık verilerinin kayıt ve korunmasına yönelik tutumlarını etkilememektedir.

Öğrencilerimizin sosyo-demografik özellikleri ile ilgili elde edilen bulgularda annesi serbest meslek yapan öğrencilerin KSVKKTÖ'nün kişisel sağlık verisi bilgisi alt boyut puanı annesi ev hanımı olan veya diğer mesleklerde (memur, emekli, işçi, çiftçi) çalışan öğrencilere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek; babası işçi olarak çalışan öğrencilerin KSVKKTÖ'nün kişisel sağlık verisi bilgisi, yasal bilgiler, yasal veri paylaşımı alt boyutlarının puanları ve ölçek toplam puanı babası çalışmayanlar ile diğer meslek gruplarında (emekli, memur, çiftçi, serbest meslek) çalışanlara göre daha düşük ve istatistiksel olarak anlamlıdır. Ebeveyn mesleği ile kişisel sağlık verilerinin korunmasına yönelik tutum arasında literatürde bir veri bulunmamakla birlikte, bu istatistiksel farklılıkların örneklem grubundan kaynaklandığı düşünülmektedir. Aydın'ın (2017) hemşirelik öğrencileri ve önlisans programında okuyan öğrencilerle yürüttüğü çalışmada kişisel sağlık verilerinin korunması hakkında bir yasanın varlığını bildiğini ifade eden öğrencilerin oranı (%33,3) düşük bulunmuştur (10). T.C. anayasasında "kişisel veriler, ancak kanunda öngörülen hallerde veya kişinin açık rızasıyla işlenebilir" ibaresi yer almakta olup (5), Türk Ceza Kanunu'nda özel hayatın gizliliğinin ihlaline neden olan durumlarda hapis cezası öngörülmektedir (6). Çalışmamızdan elde edilen en çarpıcı bulgu ise, öğrencilerin anne ve babalarının eğitiminin

KSVKKTÖ'nün alt boyutları ve ölçek toplam puanının etkilememesidir. Öğrencilerimiz ebeveynlerinin eğitim düzeylerindeki farklılıklara rağmen, hastaların kişisel sağlık verilerinin kayıt ve korunmasına yönelik tutumlarının benzer olması, gençlerin güncel yasal bilgileri takip etmesi yönünden olumlu bir durum olarak algılanabilir. Bununla birlikte, öğrencilerin lisans eğitiminde hasta mahremiyeti, gizliliğin korunması ilkelerini hemşirelik bakım felsefesi temelinde öğrenmelerinin, kişisel sağlık verilerinin korunması konusunda genel bir farkındalık oluşturduğunu düşündürmektedir.

Kişisel verilerin korunması temel bir insan hakkı olup, günümüzde daha çok önemsenen bir konu olarak tartışılmaktadır (15,27). "Kimliği belirli veya belirlenebilir gerçek kişiye ilişkin her türlü sağlık bilgisi" kişisel sağlık verisi olarak nitelendirilmektedir (28). Bireyin sağlık ve hastalıkla ilgili bilgilerinin yanı sıra ölüm bilgilerini de kapsayan sağlık verilerinin korunması, hasta mahremiyetinin korunmasını ve özel hayatın gizliliğinin sürdürülmesini sağlayan, kişisel veriler olup, aynı zamanda özel yaşama saygı hakkının da bir gerekliliğidir (15,23) Kişisel bilgilerinin gizliliği özellikle sağlık alanında hassas veri olarak nitelendirilmektedir (9,29). Çalışmamıza katılan öğrencilerin çoğu "kişisel veri" ve "kişisel sağlık verisi" kavramlarını daha önce duyduklarını ve tamamına yakını (%95,9) hasta bilgilerinin gizli tutulması gerektiğini belirtmişleridir. "Kişisel veri" kavramını daha önce duyduğunu belirten öğrencilerin KSVKKTÖ'nün yasal bilgiler, yasal veri paylaşımı ve kişisel sağlık verisi kaydı alt boyut puanları daha yüksek bulunmuştur. Bununla birlikte "Kişisel sağlık verisi" kavramını daha önce duyduğunu belirten öğrencilerin ise yasal bilgiler ve yasal veri paylaşımı puanları yüksek ve anlamlı bulunmuştur. Maraş ve Ceylan (2021)'in çalışmasında da "kişisel sağlık verisi" kavramını daha önce duyduğunu belirten öğrencilerin KSVKKTÖ toplam puanı yüksek bulunmuştur (20). Çetin ve Çevik (2021)'in çalışmasında "kişisel veri" ve "kişisel sağlık verisi" kavramlarını daha önce duyduğunu ifade eden öğrencilerin kişisel sağlık verisi paylaşımı puanının yüksek ve anlamlı olduğu saptanmıştır (18). Çalışmamızdan ve diğer çalışmalardan elde edilen bulgular benzerlik göstermektedir. Çalışmamızdaki öğrencilerin yaş gruplarının artmasıyla KSVKKTÖ ve ölçek alt boyut puan ortancalarının da arttığı

görülmektedir. Hemşirelik öğrencilerinin hastaları hakkındaki bilgilerin özel ve gizli tutulması gerektiği bilincinde oldukları belirtilmektedir (21). Aydın Er, Ersoy ve Çelik (2014)'in hemşirelik öğrencilerinin hasta hakları konusundaki görüşlerini inceledikleri çalışmasında öğrencilerin çoğu (%89,5) hasta mahremiyetinin ve hastanın tıbbi kayıtlarının gizliliğinin sağlanması gerektiğini savunmuşlardır (30). Ancak günümüzde yaygın olarak kullanılan sosyal medyanın hastaların mahremiyet ve gizliliğinin ihlal edilmesi endişesini düşündürmektedir (9,31). White, Kirwan, Lai ve arkadaşlarının (2013) hemşirelik, tıp, eczacılık gibi sağlıkla ilgili bölümlerde okuyan öğrencilerin sosyal medya kullanımını inceleyen çalışmasında öğrencilerin tamamına yakınının hasta hakkındaki bilgileri ifşa eden gönderilerin (%99) ve hastaların fotoğraflarının (%91) paylaşımını doğru bulmadıkları, ancak %44'ünün hastalarla ilgili bilgilerin profesyonelliğe uygunsuz paylaşıldığını belirtmiştir (32). Literatürden elde edilen bulgular sosyal medyanın uygunsuz kullanımıyla birlikte, öğrencilerin hastaların kişisel sağlık verilerinin kayıt ve korunmasına yönelik tutumlarının olumsuz etkilenebileceği endişesini de düşündürmektedir.

Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın belirli tarih aralıklarında yapılması, sadece bir devlet üniversitenin hemşirelik fakültesi öğrencileriyle yapılması ve 1. sınıf öğrencilerinin araştırma kapsamına alınmaması, araştırma verilerinin toplandığı tarihlerde henüz ülkemizde üniversitelerde yüz yüze eğitim başlamadığı için öğrencilerin verilerinin çevrimiçi anket aracılığıyla toplanması ve öğrencilerin öğrenim düzeyinden bağımsız olarak sosyodemografik değişkenlerine ilişkin analizlerin de yapılması araştırmanın sınırlılıklarını oluşturmaktadır.

Sonuç ve Öneriler

Çalışmamızda hemşirelik öğrencilerinin çoğunun "kişisel veri", "kişisel sağlık verisi" kavramlarını daha önce duydukları ve tamamına yakınının hasta bilgilerinin gizli tutulması gerektiği görüşüne sahip oldukları saptanmıştır. Öğrencilerin hastalara ait kişisel sağlık verilerinin kayıt ve korunmasına yönelik tutumların olumlu, 4. sınıf öğrencileri ile düz lise mezunu öğrencilerin bu konuda daha fazla hassasiyet gösterdiği saptanmıştır. Bununla birlikte ebeveynlerinin mesleğinin de etkili olduğu ve yaşı büyük olan öğrencilerin sağlık verilerinin

korunmasında daha fazla hassasiyet gösterdikleri söylenebilir. Bu sonuçlar doğrultusunda; deontoloji ve etik derslerinin yanı sıra, mesleki teorik derslerde ve klinik uygulamalarda hastaların kişisel sağlık verilerinin korunmasına yönelik tutumları geliştirici yaklaşım ve öğretilerle öğrencilerin desteklenmesi önerilmektedir.

İletişim: Dr. Öğr. Üyesi Sevil Olğun
E-Posta: sevil_olgun@hotmail.com

Kaynaklar

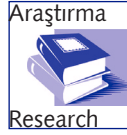
1. Kişisel Sağlık Verileri Hakkında Yönetmelik (2019). Resmî Gazete Sayı:30808.. <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2019/06/20190621-3.htm>. Erişim Tarihi: 01.07.2020
2. İzgi MC. Mahremiyet kavramı bağlamında kişisel sağlık verileri. Türkiye Biyoetik Dergisi 2014;1(1):25-37.
3. Karaarslan E, Ergin AM, Turğut N, Kılıç Ö. Elektronik sağlık kayıtlarının gizlilik ve mahremiyeti. <https://www.researchgate.net/publication/287975276>. Erişim Tarihi: 10.07.2020.
4. Toygar ŞA. E-sağlık uygulamaları. Yasama Dergisi 2018;37:101-23.
5. Türkiye Cumhuriyeti Anayasası. (18.10.1982). Kanun Numarası: 2709. <http://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.2709.pdf>. Erişim Tarihi: 01.07.2020.
6. Türk Ceza Kanunu. (26.09.2004). <http://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.5237.pdf>. Erişim Tarihi: 01.07.2020.
7. Hasta Hakları Yönetmeliği 1998. Erişim Tarihi: 03.07.2020. <https://www.saglik.gov.tr/TR,10461/hasta-haklari-yonetmeliği.html>.
8. Türk G. Hemşirelik birinci sınıf öğrencilerinin veri toplama sürecinde karşılaştıkları güçlüklerin belirlenmesi. Hemşirelik Bilimi Dergisi 2020;3(3):9-13.
9. Karadaş MM, Koç G, Sayar G, Şahin S, Sevgi T. Öğrenci hemşirelerin sosyal medya kullanımı, kullanım amaçları ve etik boyutu. Gazi Sağlık Bilimleri Dergisi 2021;6(1):11-21.
10. Aydın MF. Kişisel sağlık verileri konusundaki farkındalık ve gözlemlerin öğrencilerde araştırılması. Selçuk Üniversitesi Sosyal ve Teknik Araştırmalar Dergisi 2017;14:1-5.
11. Dülger MV. Sağlık hukukunda kişisel verilerin korunması ve hasta mahremiyeti. İstanbul Medipol Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi 2014;1(2):43-81.
12. International Council of Nurses (ICN). (2021). The ICN code of ethics for nurses. Erişim tarihi:28.01.2022, https://www.icn.ch/system/files/2021-10/ICN_Code-of-ethics_EN_Web_.pdf
13. Türk Hemşireler Derneği, Hemşireler İçin Etik İlke ve Sorumluluklar Erişim adresi: <https://www.thder.org.tr/uploads/files/hemsire-brosur.pdf>. Erişim tarihi: 23.12.2022.
14. Yılmaz D, Özkoç EE, Öğütçü G. Elektronik sağlık kayıtlarında farkındalık. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi 2021;24(4):777-92.
15. Yüksel G. Kişisel sağlık verilerinin hukuki korunması. Sağlık Akademisyenleri Dergisi 2019;6(1):1-10.
16. Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral sciences (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Erlbaum; 1988:8-13.
17. Bezirgan Gözmen S, Şenol S, Seren İntepeler Ş. Hemşirelik öğrencileri için kişisel sağlık verilerinin kayıt ve korunması tutum ölçeği geçerlik ve güvenilirlik çalışması. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi 2019;12(1):21-30.
18. Çetin SP, Çevik K. Hemşirelik öğrencilerinin hastaların kişisel sağlık verilerinin kayıt ve korunmasına ilişkin tutumları. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi 2021;14(3);199-206.
19. Iskender MD, Durmuş, A. Determining the correlation between the privacy consciousness of midwifery and nursing students and their attitudes toward the recording and protection of personal health data. Euroasia Journal of Mathematics, Engineering, Natural & Medical Sciences 2022, 9(21):67-78.
20. Maraş G, Ceyhan Ö. Hemşirelik öğrencilerinin kişisel sağlık verilerinin kayıt ve korunması konusundaki tutumları. İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Dergisi 2021; 9 (2): 498-509.
21. Kızılıcak Özkan Z, Eyi S, Mayda Z. Hemşirelik öğrencilerinin hasta mahremiyetini korumaya yönelik davranışlarının belirlenmesi. İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Dergisi 2020;8(2):312-20.
22. Matlakala MC, Mokoena JD. Student nurses' views regarding disclosure of patients' confidential information. South African Family Practice 2011;53(5):481-7.
23. Can N. Hasta mahremiyeti hakkı. Türkiye Barolar Birliği Dergisi 2020;147:183-219.
24. Kişisel Verilerin Korunması Kanunu Aydınlatma Metni. Erişim tarihi: 24.12.2022. <https://mebimportal.meb.gov.tr/Detail/104>
25. Demiray A, Olgun S, Kaçar F, Eşer, İ. Erkek hemşirelerden bakım alan hastaların erkek hemşirelere ilişkin görüşlerinin incelenmesi. Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2013;29(3):32-42.
26. Olğun S, Adıbelli D. Hemşirelik öğrencilerinin meslek seçimini etkileyen faktörler. Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 2020;(1):55-60.
27. Zeybek Ünsal Ç, Örnek Büken N. Biyotıp araştırmaları ile ilgili olarak, "Kişisel Verilerin Korunması Kanunu" ve "Kişisel Sağlık Verilerinin İşlenmesi ve Mahremiyetinin Sağlanması Hakkında Yönetmelik" ne diyor? Türkiye Klinikleri J Med Ethics Law Hist-Special Topics 2018;4(1):82-90.
28. Kişisel Sağlık Verilerinin İşlenmesi ve Mahremiyetinin Sağlanması Hakkında Yönetmelik.

2016. Erişim Tarihi: 03.07.2020. <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2016/10/20161020-1.htm>.
29. George J, Bhila T. Security, Confidentiality and privacy in health of healthcare data. *International Journal of Trend in Scientific Research and Development (IJTSRD)* 2019;4(3):373-7.
30. Aydın Er R, Ersoy N, Celik S. The nursing students' views about the patient's rights at the West Black Sea Universities in Turkey. *Nursing and Midwifery Studies* 2014;3(4):e19136: 3-5.
31. Tunç H, Atay Doyğacı AG, Karadağ M. Hemşirelikte sosyal medya kullanımı ve uluslararası derneklerin sosyal medya kullanımına ilişkin rehberlerinin incelenmesi. *Cerrahi Ameliyathane Sterilizasyon Enfeksiyon Kontrol Hemşireliği Dergisi* 2020;1(3):39-53.
32. White J, Kirwan P, Lai K, Walton J, Ross S. "Have you seen what is on facebook?" The use of social networking software by healthcare professions students. *BMJ Open*, 2013;3(7):1-8.

Pandemide Annelerin Ev Kazalarına Yönelik Güvenlik Önlemlerini Tanılama ve İlk Yardım Öz-Yeterlik Durumlarının Belirlenmesi

Diagnosis of Mothers' Safety Measures For Home Accidents and Determination of First Aid Self-Efficiency During The Pandemic

Deniz Yiğit¹, Dilek Şayık², Ayfer Açıkgöz³, Özlem Mumcu⁴



DOI: 10.17942/sted.1079094

Geliş/Received : 25.02.2022
Kabul/ Accepted : 10.01.2023

Özet

Amaç: Bu çalışma, COVID-19 pandemisi nedeniyle çocukların ev dışına çıkışlarının yasaklandığı ve evde kalmak zorunda oldukları dönemde, annelerin ev kazalarına yönelik güvenlik önlemlerini tanılama ve ilk yardım öz-yeterlik durumlarının belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

Yöntemler: Çalışma kesitsel ve tanımlayıcı tiptedir. Çalışma 535 anne ile tamamlanmıştır. Verilerin toplanmasında tanıtıcı bilgi formu, Ev Kazalarına Yönelik Güvenlik Önlemlerini Tanılama Ölçeği, Ev Kazalarında İlk Yardım Öz-Yeterlik Ölçeği kullanılmıştır.

Bulgular: Çalışmada annelerin %73,8'i ev kazalarına yönelik önlem aldıklarını, %13,6'sı pandemi döneminde çocuklarının ev kazası geçirdiğini belirtmiştir. Çalışmada annelerin güvenlik önlemlerini tanılama (165,1±13,3) ve ilk yardım öz-yeterlik (43,2±10,1) düzeylerinin yüksek olduğu belirlenmiştir. Çocuk sayısı az olan annelerin güvenlik önlemlerini tanılama düzeylerinin, evinin içinde merdiven bulunan annelerin ilk yardım öz-yeterlik düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır. Yaş, gelir düzeyi ve eğitim düzeyi arttıkça annelerin ev kazalarına yönelik aldığı önlemlerin arttığı belirlenmiştir (p<0,05).

Sonuç: Çalışmada pandemi döneminde çocukların ev kazası geçirdiği belirlenmiştir. Annelerin çoğunluğunun ev kazalarına yönelik önlem aldığı, annelerin güvenlik önlemlerini tanılama ve ilk yardım öz-yeterlik düzeylerinin yüksek olduğu bulunmuştur. Çalışmada annelerin ilk yardım ile ilgili aldıkları eğitimlerin, ilk yardım öz-yeterlilik ve ev kazalarına yönelik güvenlik önlemlerini tanılama düzeylerini artırdığı belirlenmiştir.

Anahtar sözcükler: Ev kazaları, Güvenlik, İlk yardım, Korona, Pandemi

Abstract

Purpose: This study was carried out in order to identify the safety measures of mothers for home accidents and to determine their first aid self-efficacy status during the period when children are prohibited from leaving the home due to the COVID-19 pandemic and they have to stay at home.

Methods: The study is cross-sectional and descriptive. The study was completed with 535 mothers. An introductory information form, the Scale for Diagnosing Safety Measures for Home Accidents, and the First Aid Self-Efficacy Scale for Home Accidents were used to collect data.

Results: In the study, 73.8% of the mothers stated that they took precautions for home accidents, and 13.6% stated that their children had a home accident during the pandemic period. In the study, it was determined that mothers' levels of identifying safety measures (165.1±13.3) and first aid self-efficacy (43.2±10.1) were high. It was determined that the level of identification of safety measures of mothers with a small number of children, and the first aid self-efficacy levels of mothers with stairs in their homes were higher. It was determined that as age, income level and education level increased, the precautions taken by mothers for home accidents increased (p<0.05).

Conclusions: In the study, it was determined that children had home accidents during the pandemic period. It was found that the majority of the mothers took precautions against home accidents, and the mothers had high self-efficacy levels in diagnosing safety precautions and first aid. In the study, it was determined that the education of mothers about first aid increased their first aid self-efficacy and identification of safety measures for home accidents.

Key words: Home accidents, Safety, First aid, Corona, Pandemic

¹ Arş. Gör. Dr., Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi (Orcid no: 0000-0001-5627-7963)

² Dr., Hemşire, Eskişehir Şehir Hastanesi, Eğitim Birimi (Orcid no: 0000-0001-9614-0363)

³ Doç. Dr., Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi (Orcid no: 0000-0002-3803-9678)

⁴ Uzm. Hemşire, Eskişehir Şehir Hastanesi, Yenidoğan Yoğun Bakım (Orcid no: 0000-0002-0104-7834)

Giriş

Koronavirüsler, hayvanlarda ve insanlarda hafif ve ağır seyredilebilen enfeksiyonlar olarak görülebilmektedir. Koronavirüsün bir türü olan SARS-CoV-2 (COVID-19) virüsü, 2019 yılı Aralık ayında Çin'de başlamış ve ardından dünyaya yayılarak bir pandemiye dönüşmüştür (1). Bu nedenle COVID-19 dünya çapında sağlığı tehdit etmeye ve insanların günlük rutinini önemli ölçüde etkilemeye devam etmektedir (2).

COVID-19'a bağlı hastalığa yakalanmayı azaltmak ve sağlık sisteminin dengeli bir şekilde çalışmasını sağlamak amacıyla ülkeler hızlı bir şekilde evrensel önlemler almak zorunda kalmıştır. Bu kapsamda tüm dünyada çeşitli kısıtlamalar uygulanmıştır (1). Ülkemizde de benzer uygulamalara başvurulmuştur. Özellikle 20 yaş altı ve 65 yaş üstü için sokağa çıkma kısıtlaması, kreş ve okulların kapatılması gibi önlemler alınmıştır (3). Pandemi nedeniyle çocukların ev dışına çıkmalarının kısıtlanması, ev içinde daha fazla vakit geçirmelerine ve enerjilerini atabilecekleri ortamlardan uzak kalmalarına sebep olmuştur. Uzun süreli evde kalmak çocuklar için zor ve can sıkıcı bir durumdur (4). Bu durum ev kazalarının görülme oranını artırabilir. Yapılan çalışmalarda (5,6) pandemi döneminde evde olan çocukların geçirdiği ev kazası oranlarının arttığı belirtilmektedir.

Kazalar, yaralanmalara veya kayıplara neden olabilen, önceden bilinmeyen olaylardır. Kazaların ev içinde veya eve ait çevrede olmasına "ev kazaları" denilmektedir. Ev kazalarının önlenilebilir olması ve kazanın gerçekleşmesi durumunda ilk yardım uygulanabilmesi çocuk sağlığı açısından önemlidir (8). Kazalar, çocuk ölümlerinin önemli bir nedenidir (8) ve özellikle 0-6 yaş arasındaki çocuklarda ev kazaları daha fazla görülmektedir (7,9). Bunun nedenleri arasında; çocukların tehlikeleri fark edebilecek bilişsel düzeyde olmamaları, öğrenmeye açık olmaları, motor fonksiyonlarının tam olarak gelişmemiş olması, kaza geçirilme durumunda kendilerine yardım edebilecek gelişimde olmamaları gibi pek çok faktör rol oynamaktadır. Risk grubunda olan çocukları ev kazalarından korumak, öncelikli olarak ebeveynlerin görevleri arasındadır (10). Ebeveynlerin, ev içinde alınması gereken önlemleri ve kaza durumunda yapılması gerekenleri bilmesi önemlidir (8).

Bu çalışma, COVID-19 pandemisi nedeniyle çocukların ev dışına çıkışlarının yasaklandığı ve evde kalmak zorunda oldukları dönemde, annelerin ev kazalarına yönelik güvenlik önlemlerini tanılama ve ilk yardım öz-yeterlik durumlarının belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

Materyal ve Metot

Araştırmanın Tipi

Araştırma, kesitsel ve tanımlayıcı tiptedir.

Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma online olarak 30 Mayıs-30 Haziran 2020 tarihleri arasında Türkiye'de yapılmıştır.

Evren ve Örneklem

Çalışmada kartopu yöntemi kullanılmıştır. Bu amaçla çalışmanın ilk aşamasında kartopu yöntemi ile araştırma dahil edilme kriterlerine uyan ve online olarak WhatsApp aracılığı ile ulaşılabilen anneler çalışma kapsamına alınmıştır. Anket formunun bitiminde annelerden araştırma dahil edilme kriterlerine uyan tanıdıkları diğer anneler ile anket formunu paylaşmaları istenmiştir. Araştırma, anketi tam olarak dolduran 535 anne ile tamamlanmıştır. Araştırma dahil edilme kriterleri; annenin 0-6 yaş arası en az bir çocuğunun olması, çalışmaya katılmayı kabul etmesi ve elektronik-online ortamları kullanabilmesidir.

Veri Toplama Araçları

Verilerin toplanmasında; "Tanıtıcı Bilgi Formu", "0-6 Yaş Grubu Çocuğu Olan Annelerin Ev Kazalarına Yönelik Güvenlik Önlemlerini Tanılama Ölçeği" ve "Ev Kazalarında İlk Yardım Öz-Yeterlik Ölçeği" kullanılmıştır.

Tanıtıcı Bilgi Formu: Literatür (7,9,11-13)

doğrultusunda araştırmacılar tarafından hazırlanmıştır. Formda, anne ve çocuğun sosyo-demografik özellikleri ile ev kazalarına ait bilgilerini içeren sorular yer almaktadır.

Sıfır-6 Yaş Grubu Çocuğu Olan Annelerin Ev Kazalarına Yönelik Güvenlik Önlemlerini Tanılama Ölçeği:

Çınar ve Görak tarafından (11) geliştirilen ölçeğin, Cronbach alpha katsayısı 0,82 olarak bulunmuştur. Ölçek 34 olumlu, altı olumsuz ifade içeren 40 maddeden oluşmaktadır. Maddelerden 6, 9, 23, 26, 30 ve 40. maddeler olumsuz ifade içermektedir. Ölçek beşli Likert tipinde olup, her madde 1 ile 5 puan (1. Her

zaman, 2. Çoğu zaman, 3. Bazen, 4. Nadiren, 5. Hiçbir zaman şeklinde) arasında değişmektedir. Olumsuz ifade içeren maddelerin puanları tersine çevrilerek hesaplanmaktadır. Ölçekten alınan puan 40 ile 200 arasında olup, puanın artması annelerin çocuğunu ev kazalarından korumaya yönelik önlemleri en üst düzeyde aldığını göstermektedir (11).

Ev Kazalarında İlk Yardım Öz-Yeterlik

Ölçeği: Wei ve arkadaşları (12) tarafından ev kazalarında annelerin uygulayabileceği girişimleri değerlendirmek amacıyla geliştirilmiş ve Cronbach alpha katsayısı 0,89 olarak bulunmuştur (12). Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirliği Altundağ

ve arkadaşları (13) tarafından yapılmıştır, Cronbach alpha katsayısı 0,86'dır. Ölçek 5'li Likert tipinde, toplam 12 maddeden oluşmaktadır. "Tamamen Katılıyorum" ile "Kesinlikle Katılmıyorum" arasında, 1 ile 5 puan arasında değerlendirilmektedir. Ölçekten minimum 12 puan maksimum 60 puan alınabilmektedir. Ölçekten alınan ortalama toplam puanın yükselmesi, annelerin ilk yardım konusunda öz etkililiğin arttığını göstermektedir (13).

Verilerin Toplanması

Çalışmaya katılmayı kabul eden anneler anket formunu online ortamda doldurup, geri göndermişlerdir.

Tablo 1. Annelere Ait Özellikler İle Annelerin İlk Yardım Öz-Yeterlik ve Güvenlik Önlemlerini Tanılama Puanlarının Karşılaştırılması

Değişken (N=535)	n (%)	İlk Yardım Öz-Yeterlik Puanları		İstatistiksel analiz* Olasılık	Güvenlik Önlemlerini Tanılama Puanları		İstatistiksel analiz* Olasılık
		Median	Min-Max		Median	Min-Max	
Yaş (X±SS; 33.48±5.01)							
19-30 00	164 (30,7)	41,5	17,0-60,0	$\chi^2=4,884$ p=0,087	166,0	145,0-200,0	$\chi^2=1,674$ p=0,433
31-35	198 (3,0)	43,5	20,0-60,0		168,0	82,0-198,0	
36-47	173 (32,3)	44,0	19,0-60,0		166,0	131,0-200,0	
Aile Tipi							
Çekirdek aile	496 (92,7)	43,0	17,0-60,0	Z=-0,919 p=0,358	167,0	82,0-200,0	Z=-0,957 p=0,339
Geniş aile	39 (7,3)	41,0	22,0-60,0		169,0	145,0-200,0	
Gelir Durumu							
Gelir giderden az	57 (10,7)	43,5	22,0-60,0	$\chi^2=4,298$ p=0,117	171,5	145,0-200,0	$\chi^2=0,285$ p=0,867
Gelir gidere denk	351 (65,6)	45,0	17,0-60,0		166,0	82,0-187,0	
Gelir giderden fazla	127 (23,7)	44,5	22,0-60,0		167,5	128,0-200,0	
Eğitim Durumu							
Lise	105 (19,6)	42,0	27,0-60,0	$\chi^2=31,825$ p<0,001	172,0	141,0-200,0	$\chi^2=4,335$ p=0,114
Lisans	383 (71,6)	44,0	17,0-60,0		166,0	82,0-200,0	
Lisansüstü	47 (8,8)	50,0	27,0-60,0		168,0	151,0-181,0	
Çalışma Durumu							
Evet	339 (63,4)	45,0	17,0-60,0	Z=-4,415 p<0,001	167,0	82,0-200,0	Z=-1,397 p=0,162
Hayır	196 (36,6)	41,0	20,0-60,0		169,0	106,0-200,0	
Tanı Konulmuş Kronik Hastalık Varlığı							
Var	87 (16,3)	48,0	17,0-60,0	Z=-1,344 p=0,179	168,0	82,0-200,0	Z=-0,571 p=0,568
Yok	448 (83,7)	44,0	19,0-60,0		166,0	119,0-200,0	
Medeni Durum							
Bekar/boşanmış	19 (3,6)	41,0	22,0-60,0	Z=-0,660 p=0,510	167,5	82,0-200,0	Z=-0,355 p=0,722
Evli	516 (96,4)	45,0	17,0-60,0		167,0	119,0-200,0	
Çocuk Sayısı							
2 çocuk ve altı	483 (90,3)	43,0	17,0-60,0	Z=-0,407 p=0,684	168,0	106,0-200,0	Z=-3,091 p=0,002
3 çocuk ve üstü	52 (9,7)	44,0	20,0-60,0		161,5	82,0-182,0	

Z = Mann-Whitney U testi, χ^2 = Kruskal-Wallis H testi

Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin değerlendirilmesi, SPSS 21 (IBM Corp. Released 2012. IBM SPSS Statistics for Windows, version 21,0, Armonk, NY: IBM Corp.) paket programı ile yapılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde, tanımlayıcı istatistikler (frekans, yüzdelik, ortalama, standart sapma) kullanılmıştır. Verilerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov-Smirnov ve Shapiro-Wilk testleriyle incelenmiştir. Normal dağılmayan iki bağımsız değişken arasındaki ilişki Spearman testi ile belirlenmiş, normal dağılmayan iki bağımsız değişkenin karşılaştırılmasında "Mann-Whitney U" testi, üç ya da daha fazla değişkenin karşılaştırılmasında ise "Kruskal-Wallis H" testi kullanılmıştır. Çalışmada $p < 0,05$ değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmaya başlamadan önce, Sağlık Bakanlığı'ndan ve etik kuruldan izin alınmıştır.

Bulgular

Çalışma, 535 anne ile tamamlanmıştır. Annelerin yaş ortalaması $33,48 \pm 5,01$ 'dir. Pandemi döneminde çocukların %89,0'ının ($n=476$) bakımı kendi evinde, %11,0'ının ($n=59$) bakımı ise farklı bir evde (büyükanne/büyükbaba, bakıcı evi) sağlanmaktadır. Anneleri çalışan çocukların %42,4'üne ($n=144$) büyükanne/büyükbabası, %26,9'una ($n=91$) diğer kişiler (teyze, hala,

bakıcı vb.), %12,7'sine ($n=43$) anne ve babası dönüşümlü olarak bakmakta, %18,0'ı ($n=61$) ise özel kreşe gitmektedir.

Çalışmada annelerin güvenlik önlemlerini tanılama puan ortalamasının $165,1 \pm 13,3$ (Min=82, Max=200), ilk yardım öz-yeterlik puan ortalamasının ise $43,2 \pm 10,1$ (Min=17, Max=60) olduğu belirlenmiştir. Annelerin ilk yardım öz-yeterlik puan ortalamaları ile güvenlik önlemlerini tanılama puan ortalamaları arasında zayıf ve pozitif yönde ($r=0,224$; $p < 0,001$) ilişki olduğu saptanmıştır.

Tablo 1'de annelere ait özellikler ile annelerin ilk yardım öz-yeterlik ve güvenlik önlemlerini tanılama puanlarının karşılaştırılmasına yer verilmiştir. Annelerin eğitim durumu arttıkça ilk yardım öz-yeterlik puanlarının arttığı, çalışan annelerin çalışmayanlara göre ilk yardım öz-yeterlik puanlarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p < 0,001$). Çocuk sayısı az olan annelerin güvenlik önlemlerini tanılama puanları daha yüksektir ($p=0,002$).

Tablo 2'de eve ait özellikler ile annelerin ilk yardım öz-yeterlik ve güvenlik önlemlerini tanılama puanlarının karşılaştırılması yer almaktadır. Evinin içinde merdiven bulunan annelerin ilk yardım öz-yeterlik puanları daha yüksektir ($p=0,031$).

Tablo 2. Eve Ait Özellikler ile Annelerin İlk Yardım Öz-Yeterlik ve Güvenlik Önlemlerini Tanılama Puanlarının Karşılaştırılması

Değişken (N=535)	n (%)	İlk Yardım Öz-Yeterlik Puanları		İstatistiksel analiz* Olasılık	Güvenlik Önlemlerini Tanılama Puanları		İstatistiksel analiz* Olasılık
		Median	Min-Max		Median	Min-Max	
Ev Tipi							
Müstakil	61 (11,4)	50,0	26,0-60,0	$Z=-0,769$ $p=0,442$	169,0	82,0-200,0	$Z=-0,674$ $p=0,500$
Apartman dairesi	474 (88,6)	44,0	17,0-60,0		166,0	119,0-200,0	
Ev İçi Merdiven Bulunma Durumu							
Var	106 (19,8)	50,0	19,0-60,0	$Z=-2,153$ $p=0,031$	170,0	82,0-200,0	$Z=-1,628$ $p=0,104$
Yok	429 (80,2)	44,0	17,0-60,0		165,0	119,0-200,0	
Evin Isınma Şekli							
Kalorifer	423 (79,1)	45,5	17,0-60,0	$\chi^2=1,912$ $p=0,384$	166,5	82,0-200,0	$\chi^2=0,097$ $p=0,952$
Doğalgaz	65 (12,1)	44,0	21,0-60,0		167,0	121,0-184,0	
Soba	47 (8,8)	43,5	27,0-60,0		167,5	145,0-200,0	

Z = Mann-Whitney U testi, χ^2 = Kruskal-Wallis H testi

Tablo 3. Bazı Özellikler İle Annelerin İlk Yardım Öz-Yeterlik ve Güvenlik Önlemlerini Tanılama Puanlarının Karşılaştırılması

Değişken (N=535)	n (%)	İlk Yardım Öz-Yeterlik Puanları		İstatistiksel analiz* Olasılık	Güvenlik Önlemlerini Tanılama Puanları		İstatistiksel analiz* Olasılık
		Median	Min-Max		Median	Min-Max	
Annelerin ev kazalarını önlemeye yönelik önlem alma durumu							
Evet	395 (73,8)	47,0	33,0-60,0	Z=-4,105	167,0	152,0-176,0	Z=-5,816
Hayır	140 (26,2)	37,5	30,0-56,0	p<0,001	159,0	106,0-179,0	p<0,001
Çocuğun pandemi döneminde kaza geçirme durumu							
Evet	73 (13,6)	44,0	25,0-60,0	Z=-0,811	165,0	106,0-179,0	Z=-2,641
Hayır	462 (86,4)	43,0	17,0-60,0	p=0,417	168,0	82,0-200,0	p=0,008
Cevap "evet" ise sayısı							
1 kez	46 (63,0)	42,0	30,0-60,0	Z=-0,189	163,0	106,0-179,0	Z=-0,234
2 kez	27 (37,0)	43,0	33,0-52,0	p=0,850	167,0	155,0-174,0	p=0,815
Cevap "evet" ise kaza nedeni							
Düşme/kesik	33 (45,2)	42,0	30,0-53,0	$\chi^2=2,482$	167,0	154,0-179,0	$\chi^2=0,127$
Zehirlenme	26 (35,6)	41,0	31,0-60,0		156,0	106,0-177,0	
Yanık/elektrik çarpması	14 (19,2)	44,0	31,0-60,0	p=0,289	167,0	106,0-171,0	p=0,939
Cevap "evet" ise kaza yeri							
Salon/oturma odası	45 (61,6)	43,5	33,0-60,0	$\chi^2=1,310$	167,0	140,0-179,0	$\chi^2=1,664$
Çocuk odası	7 (9,6)	45,5	31,0-60,0		157,0	156,0-158,0	
Tuvalet/banyo	15 (20,5)	31,0	30,0-56,0	p=0,727	156,0	106,0-177,0	p=0,645
Mutfak	6 (8,3)	43,0	34,0-50,0		155,0	147,0-168,0	
Evde ilk yardım çantası/dolabı bulunma durumu							
Evet	273 (51,0)	48,0	26,0-60,0	Z=-7,657	171,0	155,0-179,0	Z=-4,215
Hayır	262 (49,0)	43,0	43,0-60,0	p<0,001	151,0	148,0-173,0	p<0,001
Annenin ilk yardım eğitimi alma durumu							
Evet	340 (63,6)	47,0	21,0-60,0	Z=-11,903	169,0	82,0-200,0	Z=-2,743
Hayır	195 (36,4)	36,0	17,0-60,0	p<0,001	167,0	106,0-200,0	p=0,006
Annenin kendini ilk yardım konusunda yeterli bulma durumu							
Evet	165 (30,8)	53,0	31,0-60,0	Z=-14,743	171,5	148,0-179,0	Z=-3,872
Hayır	370 (69,2)	41,0	26,0-58,0	p<0,001	165,5	150,0-178,0	p<0,001
Annenin ilk yardım sertifikasına sahip olma durumu							
Evet	127 (23,7)	50,0	31,0-60,0	Z=-11,008	170,0	148,0-179,0	Z=-1,662
Hayır	408 (76,3)	40,0	26,0-60,0	p<0,001	162,0	150,0-178,0	p=0,096
Annenin ev kazaları konusunda eğitim alma durumu							
Evet	128 (23,9)	51,0	25,0-60,0	Z=-8,653	171,0	106,0-189,0	Z=-2,250
Hayır	407 (76,1)	41,0	17,0-60,0	p<0,001	167,0	82,0-200,0	p=0,024
Annenin ev kazalarını önlemek için kendini yeterli bulma durumu							
Evet	281 (52,5)	46,0	17,0-60,0	Z=-8,159	170,0	82,0-200,0	Z=-5,904
Hayır	254 (47,5)	39,0	19,0-60,0	p<0,001	165,0	106,0-200,0	p<0,001
Annenin evde ev kazalarına yönelik alınan önlemi yeterli bulma durumu							
Evet	380 (71,0)	45,0	19,0-60,0	Z=-6,515	170,0	82,0-200,0	Z=-5,410
Hayır	155 (29,0)	38,0	17,0-60,0	p<0,001	163,0	106,0-200,0	p<0,001
Cevap "hayır" ise nedeni							
Önemsememe	51 (32,9)	45,0	33,0-60,0	$\chi^2=2,277$	170,5	148,0-173,0	$\chi^2=1,496$
Zaman bulamama	75 (48,4)	51,0	40,0-60,0		160,5	151,0-179,0	
Maddi güçlükler	29 (18,7)	34,5	26,0-56,0	p=0,320	174,5	150,0-177,0	p=0,473

Z = Mann-Whitney U testi, χ^2 = Kruskal-Wallis H testi

Tablo 3'te bazı özellikler ile annelerin ilk yardım öz-yeterlik ve güvenlik önlemlerini tanılama puanlarının karşılaştırılması yer almaktadır. Çalışmada annelerin %13,6'sı pandemi döneminde çocuklarının ev kazası geçirdiğini belirtmiştir. Pandemi döneminde çocuklarda sadece 1 kez kaza geçirme oranı %63,0 (n=46), iki kez kaza geçirme oranı ise %37,0'dır (n=27). Ev kazalarına yönelik önlem alan, evinde ilk yardım çantası/dolabı bulunan, ilk yardım eğitimi alan, ilk yardım konusunda kendisini yeterli bulan, ilk yardım sertifikasına sahip olan, ev kazaları konusunda eğitim alan, ev kazalarını önlemek için kendini yeterli bulan, ev kazalarına yönelik

alınan önlemleri yeterli bulan annelerin ilk yardım öz-yeterlik puanlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır (p<0,001). Ev kazalarını önlemeye yönelik önlem alan (p<0,001), çocuğu pandemi döneminde kaza geçirmeyen (p=0,008), evde ilk yardım çantası/dolabı bulunan (p<0,001), ilk yardım eğitimi alan (p=0,006), kendini ilk yardım konusunda yeterli bulan (p<0,001), ev kazaları konusunda eğitim alan (p=0,024), ev kazalarını önlemek için kendini yeterli bulan (p<0,001), evde ev kazalarına yönelik alınan önlemleri yeterli bulan (p<0,001) annelerin güvenlik önlemlerini tanılama puanlarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 3).

Tablo 4. Annelere Ait Bazı Özellikler İle Pandemi Döneminde Çocuklarının Kaza Geçirme ve Annelerin Ev Kazalarına Yönelik Önlem Alma Durumlarının Karşılaştırılması

Değişken (N=535)	Çocuklarının Kaza Geçirme Durumu		İstatistiksel analiz* Olasılık	Ev Kazalarına Yönelik Önlem Alma Durumu		İstatistiksel analiz* Olasılık
	Evet (n, %)	Hayır (n, %)		Evet (n, %)	Hayır (n, %)	
Yaş (X±SS; 33.48±5.01)						
19-30	29 (%17,7)	135 (%82,3)	$\chi^2=3,484$	108 (%65,9)	56 (%34,1)	$\chi^2=8,055$
31-35	25 (%12,6)	173 (%87,4)		151 (%76,3)	47 (%23,7)	
36-47	19 (%11,0)	154 (%89,0)	p=0,174	136 (%78,6)	37 (%21,4)	p=0,018
Aile Tipi						
Çekirdek aile	71 (%14,3)	425 (%85,7)	$\chi^2=2,590$	369 (%74,4)	127 (%25,6)	$\chi^2=1,118$
Geniş aile	2 (%5,1)	37 (%94,9)		26 (%66,7)	13 (%33,3)	
			p=0,108			p=0,290
Gelir Durumu						
Gelir giderden az	6 (%10,5)	51 (%89,5)	$\chi^2=0,657$	31 (%54,4)	26 (%45,6)	$\chi^2=12,579$
Gelir gidere denk	48 (%13,7)	303 (%86,3)		266 (%75,8)	85 (%24,2)	
Gelir giderden fazla	19 (%15,0)	108 (%85,0)	p=0,720	98 (%77,2)	29 (%22,8)	p=0,002
Eğitim Durumu						
Lise	11 (%10,5)	94 (%89,5)	$\chi^2=1,753$	68 (%64,8)	37 (%35,2)	$\chi^2=10,405$
Lisans	57 (%14,9)	326 (%85,1)		285 (%74,4)	98 (%25,6)	
Lisansüstü	5 (%10,6)	42 (%89,4)	p=0,416	42 (%89,4)	5 (%10,6)	p=0,006
Çalışma Durumu						
Evet	47 (%13,9)	292 (%86,1)	$\chi^2=0,038$	256 (%75,5)	83 (%24,5)	$\chi^2=1,359$
Hayır	26 (%13,3)	170 (%86,7)		139 (%70,9)	57 (%29,1)	
			p=0,846			p=0,244
Tanı Konulmuş Kronik Hastalık Varlığı						
Var	15 (%17,2)	72 (%82,8)	$\chi^2=1,141$	66 (%75,9)	21 (%24,1)	$\chi^2=0,222$
Yok	58 (%12,9)	390 (%87,1)		329 (%73,4)	119 (%26,6)	
			p=0,286			p=0,638
Medeni Durum						
Bekar/boşanmış	1 (%5,3)	18 (%94,7)	$\chi^2=1,175$	14 (%73,7)	5 (%26,3)	$\chi^2=0,000$
Evli	72 (%14,0)	444 (%86,0)		381 (%73,8)	135 (%26,2)	
			p=0,278			p=0,988
Çocuk Sayısı						
2 çocuk ve altı	68 (%14,1)	415 (%85,9)	$\chi^2=0,794$	358 (%74,1)	125 (%25,9)	$\chi^2=0,214$
3 çocuk ve üstü	5 (%9,6)	47 (%90,4)		37 (%71,2)	15 (%28,8)	
			p=0,373			p=0,644
Annenin kendini ilk yardım konusunda yeterli bulma durumu						
Evet	21 (%12,7)	144 (%87,3)	$\chi^2=0,170$	131 (%79,4)	34 (%20,6)	$\chi^2=3,820$
Hayır	52 (%14,1)	318 (%85,9)		264 (%71,4)	106 (%28,6)	
			p=0,680			p=0,051
Annenin ilk yardım sertifikasına sahip olma durumu						
Evet	19 (%15,0)	108 (%85,0)	$\chi^2=0,245$	96 (%75,6)	31 (%24,4)	$\chi^2=0,267$
Hayır	54 (%13,2)	354 (%86,8)		299 (%73,3)	109 (%26,7)	
			p=0,621			p=0,606
Annenin ev kazaları konusunda eğitim alma durumu						
Evet	28 (%21,9)	100 (%78,1)	$\chi^2=9,672$	99 (%77,3)	29 (%22,7)	$\chi^2=1,074$
Hayır	45 (%11,1)	362 (%88,9)		296 (%72,7)	111 (%27,3)	
			p=0,002			p=0,300

χ^2 = Ki-kare testi

Araştırmada annelere ait bazı özellikler ile pandemi döneminde çocuklarının kaza geçirme ve annelerin ev kazalarına yönelik önlem alma durumlarının karşılaştırılması Tablo 4'te yer almaktadır. Annenin ev kazaları konusunda eğitim alma durumu ile çocuklarının kaza geçirme durumları arasında anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır ($p=0,002$). Çalışmada annelerin yaşı, gelir durumu, eğitim durumu ile ev kazalarına yönelik önlem alma durumları arasında bir ilişki olduğu saptanmıştır (sırasıyla $p=0,018$, $p=0,006$, $p=0,006$). Yapılan ileri analizde (post-hoc ki kare); annelerin yaşı arttıkça, gelir durumu arttıkça ve lisansüstü eğitime sahip olanlarda ev kazalarına yönelik alınan önlemlerin de arttığı belirlenmiştir ($p<0,050$) (Tablo 4).

Tartışma

Çalışmada annelerin ilk yardım öz-yeterlik puan ortalamasının $43,2 \pm 10,1$ (Min=17, Max=60) olduğu tespit edilmiştir. İlk Yardım Öz-Yeterlik Ölçeği'nden alınabilecek puanlar 12 ile 60 arasında değişmekte olup, alınan ortalama toplam puanın yükselmesi, annelerin ilk yardım konusunda öz yeterliliğinin arttığını göstermektedir (13). Buna göre çalışmada annelerin aldıkları öz-yeterlilik puanlarının iyi düzeyde olduğu söylenebilir. Yapılan farklı çalışmalarda (14,15) annelerin ev kazalarına yönelik ilk yardım düzeylerinin yüksek olduğu saptanmıştır.

Araştırmada annelerin güvenlik önlemlerini tanılama puan ortalamasının $165,1 \pm 13,3$ (Min=82, Max=200) olduğu belirlenmiştir. Ev Kazalarına Yönelik Güvenlik Önlemlerini Tanılama Ölçeği'nden alınabilecek puanlar 40 ile 200 arasında olup, puanın artması annelerin çocuğunu ev kazalarından korumaya yönelik önlemleri en üst düzeyde aldığını göstermektedir (11). Buna göre çalışmada annelerin ev kazalarına yönelik güvenlik önlemlerini tanılama puanlarının iyi düzeyde olduğu söylenebilir. Yapılan farklı çalışmalarda (16,17) annelerin ev kazalarına yönelik güvenlik önlemlerini tanılama puanlarının 57 ile 187 arasında olduğu saptanmıştır.

Çalışmada annelerin İlk Yardım Öz-Yeterlik Ölçeğinden aldıkları puanlar arttıkça Ev Kazalarına Yönelik Güvenlik Önlemlerini Tanılama Ölçeği puanlarının da arttığı belirlenmiştir. Bu sonuç doğrultusunda ilk yardım konusunda eğitilmiş

annelerin ev kazalarına karşı daha fazla önlem aldıkları söylenebilir.

Annelerin eğitim durumu arttıkça ilk yardım öz-yeterlik puanlarının da arttığı, çalışan annelerin çalışmayanlara göre ilk yardım öz-yeterlik puanlarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. İnanç ve arkadaşlarının (24) çalışmasında tecrübesiz ve genç annelerin çocuklarında yaralanma bulgularına daha sık rastlanıldığı belirtilmiştir. Yine başka bir çalışmada (15) eğitim düzeyi yüksek olan ve çalışan annelerin ilk yardım bilgi düzeylerinin yüksek olduğu tespit edilmiştir. Annenin eğitim düzeyi arttıkça ev kazalarına ve ilk yardıma yönelik farkındalıkları artmaktadır. Tüm bu sonuçlar eğitilmiş annelerin farkındalıklarının daha yüksek olması ile ilişkili olabilir.

Çalışmada çocuk sayısı az olan annelerin güvenlik önlemlerini tanılama puanları daha yüksektir. Benzer şekilde Akça ve arkadaşlarının (25) yaptığı çalışmada ikiden az çocuğa sahip olan annelerin güvenlik önlemlerini tanılama puanlarının daha yüksek olduğu bulunmuştur. Yapılan başka bir çalışmada da (28) çocuk sayısı azaldıkça annelerin çocuklukta kazaların önlenmesine yönelik bilgi puanlarının arttığı belirlenmiştir. Araştırma bulguları doğrultusunda, çocuk sayısı arttıkça, annelerin ev kazalarına yönelik güvenlik önlemleri konusunda farkındalıklarının azaldığı ve bu durumun artan iş yüküne bağlı olabileceği söylenebilir.

Çalışmada evinin içinde merdiven bulunan annelerin ilk yardım öz-yeterlik puanları daha yüksektir. Yapılan çalışmalarda (25,28) çocukları sıklıkla ev kazası geçiren annelerin çoğunlukla evlerinde merdiven bulunan anneler olduğu belirtilmiştir. Bu sonuç ev kazalarına yol açabilecek merdiven gibi bir risk faktörünün bulunmasıyla ilişkili olabilir.

Çalışmada annelerin %13,6'sı ($n=73$) pandemi döneminde çocuklarının ev kazası geçirdiğini belirtmiştir. Pandemi döneminde çocuklarda sadece 1 kez kaza geçirme oranı %63,0 ($n=46$), iki kez kaza geçirme oranı ise %37,0'dır ($n=27$). Pandemi öncesinde yapılan bir çalışmada (20) 5 yaş altındaki çocukların %13,0'ünün ev kazası geçirdiği belirlenmiştir. Atak ve arkadaşlarının (20) çalışmasında 5 yaş altındaki çocukların %89,9'unun bir kez ve %10,1'inin iki kez

kaza geçirdiği, Balibey ve arkadaşlarının (21) çalışmasında da 5 yaş altındaki çocukların %65,6'sının bir kez ev kazası geçirdiği saptanmıştır. Yapılan farklı bir çalışmada (22) ise ev kazaları nedeniyle hastanenin acil servis bölümüne getirilen 1 yaş üstü çocuk sayısının pandemi öncesi bir yıllık sürede 148 iken, pandemi dönemindeki 1 yıllık sürede 178'e yükseldiği belirtilmiştir.

Çalışmada kazaların sırasıyla en fazla salon/oturma odasında, tuvalet ya da banyoda, çocuk odasında ve mutfakta gerçekleştiği belirlenmiştir. Yapılan çalışmalarda ev kazalarının %62,5-75,8'inin salon/oturma odasında (20,23), %7,5-10,4'ünün tuvalet ya da banyoda (20,23), %7,5'inin çocuk odasında (23), %13,7-13,8'inin ise mutfakta (20,23) gerçekleştiği tespit edilmiştir. Bu sonuçlara göre çocuklar evin herhangi bir yerinde ev kazası geçirebilmektedir. Bu nedenle ev kazalarına yönelik tüm odalarda önlem alınmasının gerektiği ve özellikle küçük yaş grubu çocukların evin hiçbir yerinde yalnız bırakılmamaları gerektiği söylenebilir.

Çalışmada kazaların en sık oluşma nedenleri sırasıyla; düşme/kesikler, zehirlenmeler ve yanık/elektrik çarpmaları olduğu saptanmıştır. Yapılan bir çalışmada (22) pandemi döneminde ev kazaları nedeniyle acil servise getirilen çocukların sırasıyla travma, zehirlenme, yanık ve yabancı cisim nedeniyle kaza geçirdiği belirlenmiştir. Yapılan farklı çalışmalarda (20,23) kazalar arasında %55,0-65,3 düşme/kesikler, %2,2-5,0 zehirlenmeler ve %30,0-33,6 yanık/elektrik çarpmalarının olduğu görülmüştür. Bu bulgular doğrultusunda 0-6 yaş arası çocuk olan evlerde özellikle travmalara, zehirlenmelere ve yanık/elektrik çarpmalarına yönelik önlemlerin alınmasının çok daha fazla önemli olduğu söylenebilir.

Çalışmada ev kazalarına yönelik önlem alan, ev kazaları konusunda eğitim alan, ev kazalarını önlemek için kendini yeterli bulan ve ev kazalarına yönelik alınan önlemi yeterli bulan annelerin ilk yardım öz-yeterlik puanlarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Aynı şekilde evinde ilk yardım çantası/dolabı bulunan, ilk yardım eğitimi alan, ilk yardım konusunda kendini yeterli bulan, ilk yardım sertifikasına sahip olan annelerinde ilk yardım öz-yeterlik puanlarının

daha yüksek olduğu saptanmıştır. Yapılan çalışmalarda (12,15,28) ilk yardıma yönelik eğitim alan annelerin ilk yardım düzeylerinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Yine yapılan başka bir çalışmada (16) ev kazalarında ilk yardıma yönelik eğitim alan annelerin bilgi düzeylerinin arttığı tespit edilmiştir. Aslan ve arkadaşlarının (15) yaptığı çalışmada; ilk yardım eğitimini almanın gerekli olduğunu düşünen ve evinde ilk yardım çantası bulunduran annelerin ilk yardım bilgi düzeylerinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Başka bir çalışmada (23) ise ilk yardım eğitimi alan, evde ilk yardım çantası bulunduran annelerin bilgi düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır. Çalışma sonuçları annelerin ilk yardım ve ev kazaları konusunda eğitim almasının bu alandaki öz yeterliliklerini ve kazalara yönelik aldıkları önlemleri artırdığını göstermesi yönünden önemlidir.

Çalışmada ev kazalarını önlemeye yönelik önlem alan, çocuğu pandemi döneminde kaza geçirmeyen, ev kazaları konusunda eğitim alan, ev kazalarını önlemek için kendini yeterli bulan ve evde ev kazalarına yönelik alınan önlemi yeterli bulan annelerin güvenlik önlemlerini tanılama puanlarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Benzer şekilde evde ilk yardım çantası/dolabı bulunan, ilk yardım eğitimi alan, kendini ilk yardım konusunda yeterli bulan, annelerin güvenlik önlemlerini tanılama puanlarının da daha yüksek olduğu saptanmıştır. Randomize kontrollü bir çalışmada (28) ilk yardım ve kazalar konusunda eğitim verilen müdahale grubunun, eğitim sonrasında ev kazalarını önlemeye yönelik davranış puanlarının kontrol grubuna göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Yapılan farklı bir çalışmada (27) çocuğu kaza geçirmeyen annelerin ev kazalarına yönelik güvenlik tanılama puanlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Ev kazalarına yönelik bilinçli olan annelerin de güvenlik önlemlerini alma düzeylerinin daha yüksek olduğu bulunmuştur (28). Yapılan farklı bir çalışmada (27) ev kazalarına yönelik eğitim ve önlem alan annelerin güvenlik önlemlerini almaya yönelik farkındalıklarının arttığı tespit edilmiştir. Ev kazalarını önleme konusunda verilen başarılı ve etkili eğitimler annelerin ev kazalarına karşı önlem alma konusunda farkındalığını artırmaktadır (28). İnce'nin çalışmasında (18), çocuğu ev kazası ile başvuran ebeveynlerin %86,5'inin ev kazası konusunda eğitim almadığı

ve %66,7'sinin genel olarak eğitim almak istediği belirlenmiştir. Öztürk ve arkadaşlarının (28) yaptıkları çalışmada ev kazalarında ilk yardıma yönelik eğitim alan annelerin güvenlik önlemlerini tanılama puanlarının arttığı görüldü de istatistiksel olarak fark olmadığı tespit edilmiştir. Yapılan farklı bir çalışmada (16) ise ev kazalarında ilk yardıma yönelik eğitim alan annelerin güvenlik önlemlerini tanılama puanlarının arttığı saptanmıştır. Şimdiki çalışma sonucu literatür ile paraleldir. İlk yardım konusunda farkındalığı artan annelerin güvenlik önlemlerini tanılamada daha başarılı olduğu görülmektedir.

Çalışmada ev kazaları konusunda eğitim alan annelerin çocuklarının kaza geçirme oranlarının azaldığı saptanmıştır. Yapılan bir çalışmada (9) benzer şekilde ev kazaları hakkında eğitim alan annelerin çocuklarının kaza geçirme sıklığının daha az olduğu bulunmuştur. İnce'nin çalışmasında (18), çocuğu ev kazası ile başvuran ebeveynlerin %86,5'inin ev kazası konusunda eğitim almadığı ve %66,7'sinin eğitim almak istediği belirlenmiştir. Bu sonuç küçük çocuklarda ev kazalarını önlemede annelere verilecek eğitimin değerini göstermesi bakımından oldukça önemlidir.

Çalışmada annelerin yaşı, gelir durumu ve eğitim düzeyi arttıkça ev kazalarına yönelik önlem alma sümümları da artmaktadır. Yapılan bir çalışmada (24) tecrübesiz ve gelir durumu düşük annelerin çocuklarında ev kazalarının daha sık yaşandığı belirtilmiştir. Yine farklı bir çalışmada (15) eğitim düzeyi yüksek olan ve çalışan annelerin aldığı önlemlerin daha fazla olduğu tespit edilmiştir. Bu sonucun annelerin iş yaşamında aktif olmaları, bu nedenle gelir durumlarının artması ve eğitim durumunun artmasına bağlı farkındalıklarının da artması ile ilişkili olduğu düşünülmektedir.

Sınırlılıklar

Çalışmaya yalnızca gönüllü olan ve elektronik-online ortamları kullanabilen annelerin katılmış olması, çalışmaya gönüllü katılan annelerin ev kazalarına yönelik daha duyarlı olma ihtimali çalışmanın sınırlılığıdır.

Sonuç ve Öneriler

Çalışma, küresel salgın nedeniyle "evde kalma" döneminde annelerin ev kazalarına ilişkin ilk yardım ve ev kazalarını önlemeye yönelik güvenlik önlemlerini tanılama durumlarını ortaya koymas

bakımından önemlidir. Çalışmada annelerin çoğunluğunun ev kazalarına yönelik önlem aldığı, pandemi döneminde annelerin %13,6'sının çocuklarının ev kazası geçirdiği belirlenmiştir. Çocuk sayısı az olan annelerin güvenlik önlemlerini tanılama düzeylerinin, evinin içinde merdiven bulunan annelerin ilk yardım öz-yeterlilik düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır. Çalışmada annelerin ilk yardım ile ilgili aldıkları eğitimlerin ilk yardım öz-yeterlilik ve ev kazalarına yönelik güvenlik önlemlerini tanılama düzeylerini artırdığını göstermektedir. Araştırmada özellikle gelir durumu ve eğitim durumu arttıkça annelerin ilk yardım öz yeterliliklerinin ve ev kazalarına yönelik güvenlik önlemlerini tanılayabilme durumlarının arttığı belirlenmiştir. Önerimiz, özellikle pandemi dönemlerinde sosyal medya araçları ile annelere ilk yardım ve ev kazalarını önleme konusunda etkili ve yeterli eğitimlerin verilmesidir.

İletişim: Dr. Hemşire Dilek Şayık
E-Posta: dileksayik@hotmail.com

Kaynaklar

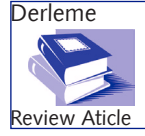
1. World Health Organization (WHO). Coronavirus. [cited 2020 May 05] Available from: https://www.who.int/health-topics/coronavirus#tab=tab_1
2. Gudi SK, Undela K, Venkataraman R, Mateti UV, Chhabra M, Nyamagoud S, et al. Knowledge and beliefstowards universal safety precautions to flatten the curve during Novel Coronavirus Disease (Ncovid-19) pandemic among general public in India: Explorations from a national perspective. Medrxiv. 2020. doi: 10.1101/2020.03.31.20047126.
3. T.C. İçişleri Bakanlığı. Sokağa çıkma yasağı. [Erişim 08 Mayıs 2020] Erişim adresi: <https://www.icisleri.gov.tr/sokaga-cikma-yasagi-bulunan-18---20-yas-arasindaki-genclerle-ilgili-istisnalar>
4. Gumusgul O, Aydoğan R. Yeni tip koronavirüs-covid 19 kaynaklı evde geçirilen boş zamanların ev içi rekreatif oyunlar ile değerlendirilmesi. Spor Eğitim Derg. 2020;4(1):107-14.
5. Balcı E, Sezer L, Durmuş H. Corona günlerinde çocuklarda ev kazaları artışı. Türkiye Çocuk Hastalıkları Derg. 2020;14:458-9.
6. Wong TW, Hung JW, Leung MW. Paediatric domestic accidents during COVID-19 pandemic in Hong Kong. Surg Pract. 2021;25:32-7.
7. Karatepe TU, Ekerbiçer, HÇ. Çocuklarda ev kazaları. Sakarya Tıp Derg. 2017;7(1):1-1. doi: 10.31832/smj.306280.
8. Ucuncu M, Toprak D. The knowledge, attitude and behavior of mothers with children aged

- 0-6 years on home accidents and preventive measures. *J Istanbul Fac Med.* 2019;82(4):219-29. doi :10.26650/IUITFD.2018.0011
9. Yılmaz Kurt F, Aytekin A. Home accidents in children aged 0-6 years. *J Health Sci Prof-Hsp.* 2015;2(1):22-32.
10. İnce T, Yalçın S, Yurdakök K. Çocukluk çağında ciddi kaza sıklığı ve risk faktörleri. *Çocuk Sag Hast Derg.* 2014;57:73-82.
11. Çınar ND, Görak G. 0-6 yaş çocuklarda annenin ev kazalarına yönelik güvenlik önlemlerini tanılama ölçeğinin geliştirilmesi, geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Çocuk Forum Derg.* 2003;6(1):22-7.
12. Wei YL, Chen LL, Li TC, Ma WF, Peng NH, Huang, LC. Self-efficacy of first aid for home accidents among parents with 0-to 4-year-old children at a metropolitan community health center in Taiwan. *Accid Anal Prev.* 2013;52:182-7. doi: 10.1016/j.aap.2012.12.002
13. Altundağ S, Turan T, Şafak M. Ev Kazalarında İlk Yardım Öz-yeterlik Ölçeği'nin geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Çukurova Med J.* 2020;45(1):71-8. doi: 10.17826/cumj.625945
14. Dereli F, Turasay N, Özçelik H. Muğla İki No'lu Sağlık Ocağı bölgesinde yaşayan 0-6 yaş çocuğu olan annelerin ilk yardım konusundaki bilgi düzeylerinin belirlenmesi. *TAF Prev Med Bull.* 2010; 9(3):217-24.
15. Aslan S, Yıldırım M, Tunçdemir A, Geçkil E. 0-6 yaş çocuğu olan annelerin ev kazalarına yönelik ilk yardım hakkındaki bilgi düzeylerinin belirlenmesi. *Adıyaman Üniv Sag Bilim Derg.* 2015;1(2):54-64.
16. Çapık C, Parlak Gürol P. Effect of education on mothers' capability of identification of safety precautions of home accidents. *Kafkas J Med Sci.* 2014;4(3): 87-94. doi: 10.5505/kjms.2014.65365
17. Tural Büyük E, Çavuşoğlu F, Teker E. Sıfır altı yaş arası çocuğu olan annelerin ev kazalarına yönelik güvenlik önlemlerinin tanınması. *Düzce Üniv Sag Bilim Enst Derg.* 2015;5(3):17-22.
18. İnce, B. (2018). Çocuk acil servisine ev kazası nedeniyle başvuran 0-6 yaş grubu çocuk ebeveynlerinin ev kazalarına yönelik güvenlik önlemlerini tanılama durumlarının belirlenmesi (Yüksek Lisans Tezi). İstanbul Medipol Üniversitesi, İstanbul.
19. Ahmed WAM. Home accidents and associated factors among children less than five years old in Sudan: A descriptive study. *Gulf Med J.* 2016;5(1):10-5.
20. Atak N, Karaoglu L, Korkmaz Y, Usubütün S. A household survey: Unintentional injury frequency and related factors among children under five years in Malatya. *Turkish J Pediatr.* 2010;52(3):285-93.
21. Balibey M, Polat S, Ertem İ, Beyazova U, Şahin F. Çocukluk çağında ev kazalarına yol açan etmenler. *Sürekli Tıp Eğit Derg.* 2011;20(3):89-97.
22. Bressan S, Gallo E, Tirelli F, Gregori D, Da Dalt L. Lockdown: More domestic accidents than COVID-19 in children. *Arc Dis Child.* 2021;106(2):e3 doi: 10.1136/archdischild-2020-319547.
23. Şekerci E, İnal S. Hastanede yatan 0-6 yaş grubu çocukların annelerinin ev kazaları konusundaki bilgi ve uygulamalarının incelenmesi. *Sag Bilim Meslek Derg.* 2016;3(3):160-72. doi: 10.17681/hsp.57511.
24. İnanç ÇD, Baysal US, Coşgun L, Taviloğlu K, Ünüvar E. Çocukluk çağı yaralanmalarında hazırlayıcı nedenler. *Türk Pediatr Arş.* 2008;43:84-8.
25. Akça SÖ, Çankaya T, Aydın Z. 0-6 yaş grubu çocuğu olan annelerin ev kazalarına yönelik güvenlik önlemlerini tanılama düzeyleri ve annelere verilen ev kazalarına yönelik eğitimin etkisi. *Çağdaş Tıp Derg.* 2017;7(1):50-7. doi: 10.16899/gopctd.299084.
26. Tural Büyük E, Güdek Seferoğlu E. Annelerin çocuklarının ev kazaları ile ilişkili güvenlik önlemlerini tanınması. *Samsun Sag Bilim Derg.* 2020;5(2):201-6. doi: 10.47115/jshs.793194.
27. Yıldırım N, Kubilay G. 1-4 Yaş çocuklarına yönelik ev kazalarını önleme programının etkinliği. *Hacettepe Üniv Hem Fak Derg.* 2016;3(2):1-13.
28. Oztürk C, Sari HY, Bektas M, Elcigil A. Home accidents and mothers measurements in preschool children. *Anatolian J Clin Invest.* 2010;4(1):15-21.

Gestasyonel Diyabetes Mellitusun Önlenmesi ve Yönetiminde Tıbbi Beslenme Tedavisinin Önemi

The Importance of Medical Nutrition Therapy in the Prevention and Management of Gestational Diabetes Mellitus

Eylül Sağun¹



Geliş/Received : 26.02.2020
Kabul/ Accepted : 28.11.2022

DOI: 10.17942/sted.694585

Özet

İlk kez gebelikte -genellikle ikinci veya üçüncü trimesterde- ortaya çıkan ve gebelik süresince devam eden hiperglisemi, Gestasyonel Diyabetes Mellitus (GDM) olarak tanımlanmaktadır. GDM hamilelikte en sık görülen tıbbi komplikasyonlardan biridir ve gebeliklerin yaklaşık %14'ünü veya küresel olarak her yedi doğumdan birini etkilemektedir. Bu derlemede amaç, GDM gelişiminin önlenmesinde ve yönetiminde diyet örüntüsü, enerji dengesi ve besin öğelerinin önemini tartışmaktır. GDM gelişiminde diyet örüntüsü ve içeriği oldukça önemlidir. Özellikle kırmızı/işlenmiş et ürünlerinden zengin beslenme, yüksek doymuş yağ ve kolesterol alımı, çoklu doymamış yağ alımının azalması ve hayvansal kaynaklı protein alımının fazla olması ile GDM gelişimi arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Yapılan çalışmalarda batı tarzı beslenme modeli ile glikemik yükü yüksek ve düşük posalı beslenmenin GDM oluşma riskini arttırdığı, Akdeniz diyetinin ise GDM oluşumuyla ilişkili olmadığı bulunmuştur. GDM yönetiminde, gebelik süresince optimal glikemik kontrol sağlanmalıdır. Bunun için, diyetisyen tarafından geliştirilmiş bireye özgü planlanmış tıbbi beslenme tedavisinin, ilk terapötik strateji olduğu belirtilmektedir. Diyetin karbonhidrat, protein ve yağ örüntüsüne dikkat edilerek gebelikte uygun ağırlık artışı sağlayacak yeterli enerji alımı ve besin öğeleri gereksinimleri sağlanmalıdır. Fiziksel aktivitenin artırılması, yeterli ve dengeli beslenme düzeni ve psikolojik olarak iyi olma haliyle yaşam tarzı değişikliği, GDM gelişiminin önlenmesi ve yönetiminde etkin bir yöntemdir.

Anahtar sözcükler: Gestasyonel diyabetes mellitus, Tıbbi beslenme tedavisi

Abstract

Gestational Diabetes Mellitus (GDM) is defined as hyperglycemia that appears for the first time during pregnancy -usually in the second or third trimester- and continues throughout pregnancy. GDM is one of the most common medical complications during pregnancy, affecting approximately 14% of pregnancies or one in every seven births globally. The aim of this review is to discuss the importance of dietary pattern, energy balance and nutrients in the prevention and management of GDM. Dietary pattern is of crucial importance in the development of GDM. A significant relationship was found between the diet and development of GDM, especially a diet rich in red/processed meat products, high saturated fat and cholesterol intake, decreased polyunsaturated fat intake and high animal protein intake. In the studies, it was suggested that the Western-style diet, a high glycemic load and low-fiber diet, increase the risk of developing GDM, while the Mediterranean Diet is not associated with the development of GDM. In the management of GDM, optimal glycemic control should be ensured during pregnancy. For this, it is stated that the individual planned medical nutrition therapy developed by a dietitian is the first therapeutic strategy. By paying attention to the carbohydrate, protein and fat pattern of the diet, adequate energy intake and nutritional requirements should be provided to ensure appropriate weight gain during pregnancy. Increasing physical activity, adequate and balanced diet and lifestyle changes with psychological well-being are effective methods in the prevention and management of GDM.

Key words: Gestational diabetes mellitus, medical nutrition therapy

¹ Öğr. Gör., Atılım Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü, Ankara, Türkiye (Orcid no: 0000-0003-3468-7085)

Giriş

Diyabetes Mellitus (DM), insülin salınımı, insülin etkisi veya bu faktörlerin her ikisinde de bozukluk nedeni ile ortaya çıkan hiperglisemi ile karakterize kronik metabolik bir hastalıktır (1). Amerikan Diyabet Derneği (ADA), DM'nin etiyolojik sınıflamasını; Tip 1 DM, Tip 2 DM, Gestasyonel Diyabetes Mellitus (GDM) ve diğer spesifik tipler olmak üzere dört başlık altında toplamaktadır (2). Tip 1 Diyabet, beta-hücrelerin otoimmün yıkımı sonucunda oluşmakta ve tam insülin eksikliğine yol açmaktadır. Tip 2 Diyabet, arka planında insülin direncinin olduğu, ilerleyici insülin sekresyon bozukluğudur. Diğer nedenlere bağlı spesifik diyabet türleri ise monojenik diyabet sendromları, ekzokrin pankreas hastalıkları ve ilaç veya kimyasal ajanlardan kaynaklanan diyabet olarak nitelendirilebilir (3).

Prediyabet, Türk Diyabet Vakfı'nın kılavuzuna göre, bozulmuş açlık glukozunun 100-125 mg/dL, bozulmuş glukoz toleransının 140-199 mg/dL ve HbA1c değerinin %5,7-6,4 arasında çıktığı durum olarak tanımlanmıştır (1). Tüm diyabetlerin yaklaşık %5'i Tip 1 DM, %90'ı Tip 2 DM ve %5'i diğer alt tipler olarak belirtilmiştir. Dünyada diyabet insidansı ve yaygınlığı son 30 yılda artmaktadır. Ülkemizde 1997 ve 2010 yılında yaklaşık 25.000 kişi üzerinde yapılan TURDEP-I ve TURDEP-II çalışmalarına göre; DM prevalansı 12 yıllık bir zaman içerisinde ortalama %7,2'den %13,7'ye yükselmiştir (4).

Günümüzde Tip 2 diyabetin sadece yetişkin bireylerde; Tip 1 diyabetin ise sadece çocuklarda ortaya çıktığı şeklindeki geleneksel paradigmalar artık kabul edilmemekte ve iki hastalık da her yaş grubunda ortaya çıkabilmektedir (3). Tip 1 DM ve Tip 2 DM oluşumunda genetik yatkınlık bireyler için önemli bir risk faktörüken, toplumsal düzeyde diyabet prevalansının artmasının sebebi olarak obezitenin hızla artması ve popülasyonun demografik olarak daha yaşlı bireylere doğru kayması gösterilebilir (5).

İlk kez gebelikte -genellikle 2. veya 3. trimesterde- ortaya çıkan ve gebelik süresince devam eden hiperglisemi, Gestasyonel Diyabetes Mellitus olarak adlandırılırken; Tip 1 veya Tip 2 diyabetli bir kadında gebelik hali, Pregestasyonel Diyabetes Mellitus (PGDM) olarak tanımlanmaktadır. Dünyada GDM ve PGDM insidansı giderek artmaktadır. Uluslararası

Diyabet Federasyonu (IDF) tarafından 2017 yılında yayınlanan Diyabet Atlasındaki verilerine göre canlı doğum yapan kadınların %6,2'sinde hiperglisemi görülmektedir. Bu vakaların %93,8'inde GDM, %6,2'sinde ise PGDM olduğu düşünülmektedir (6).

Gestasyonel Diyabet, maternal ve fetal açıdan çeşitli komplikasyonlarla ilişkilidir. Örneğin, GDM'li kadınların yaklaşık %40'ında doğum sonrası erken dönemde prediyabet görülmekte ve normoglisemik gebeliklere kıyasla Tip 2 DM gelişme riskinin yedi kat daha fazla olduğu bildirilmektedir (7,8) Ayrıca kardiyovasküler hastalık riski GDM gelişen kadınlarda yüksektir (9). Fetüste ise makrozomik doğum (>4 kg ve üzeri doğum ağırlığı), omuz distozisi, neonatal hipoglisemi ve pediatrik obezite GDM ile ilişkilendirilen komplikasyonlardandır (7,10).

Pregestasyonel diyabetes mellitus, preeklampsi, retinopati, erken fetal kayıp, ölü doğum, makrozomi, büyük fetal boyutla ilişkili doğum yaralanmaları ve bebek ölümünü içeren perinatal sonuçlarla ilişkili bulunmuştur (11,12).

Bu derlemenin amacı, ülkemizde gebelikte diyabet görülme sıklığının artışı ve GDM ile ilişkilendirilen komplikasyonlar da göz önüne alındığında, gestasyonel diyabet oluşumunun önlenmesi ve tedavisinde tıbbi beslenme tedavisinin önemini vurgulamaktır.

Gestasyonel Diyabetes Mellitus

Gestasyonel Diyabetes Mellitus, uzun yıllar boyunca, hiperglisemi derecesine bakılmaksızın gebelik sırasında ilk kez ortaya çıkan glukoz intoleransı olarak tanımlanmıştır (13). Gestasyonel Diyabetes Mellitus hamilelikte en sık görülen tıbbi komplikasyonlardan biridir ve gebeliklerin yaklaşık %14'ünü veya küresel olarak her yedi doğumdan birini etkilemektedir. (14) Mevcut veriler, GDM vakalarının çoğunun, önceden var olan hipergliseminin gebelikte rutin tarama ile tespit edildiğini göstermektedir. Üreme çağındaki kadınlarda obezite ve Tip 2 DM sıklığının arttığı ve bu dönemde gebe olmayan kadınlarda rutin taramaların yapılmadığı göz önüne alınırsa, gebeliğin erken döneminde hiperglisemi tanısı alan kadınlarda aslında tanısı konulmamış Tip 2 DM varlığından söz edilebileceği belirtilmektedir (13).

Dünya genelinde gebeliğin erken döneminde

diyabet saptanmayan gebe kadınların tümünde 24-28. gebelik haftalarında GDM araştırılması önerilmektedir (6). Gestasyonel Diyabetes Mellitus teşhisi, Uluslararası Diyabet ve Gebelik Çalışma Grupları Derneği (IADPSG) önerisi olan 75 g glukozlu tek aşamalı OGTT veya Carpenter ve Coustan'ın eski O'Sullivan kriterlerini yorumlamasına dayanan, 1 saatlik 50 g glukoz yükleme testi (GLT) ve ardından pozitif değer alanlar için 3 saatlik 100 g OGTT kullanılan iki aşamalı tarama yöntemi olmak üzere belirtilen iki stratejiden biriyle gerçekleştirilmektedir (13,15).

Gestasyonel Diyabetes Mellitus için Maternal Risk Faktörleri

Kadınlarda GDM oluşumuna yol açan demografik ve fiziksel risk faktörleri; etnisite, ileri (>40) yaş, kısa boylu olmak, ailede diyabet öyküsü, parite, düşük doğum tartısı, glukozüri, daha önce prediyabet öyküsü, kortikosteroid veya antipsikotik ilaç kullanılması olarak belirtilmektedir. Klinik risk faktörleri; Beden Kütle İndeksinin (BKİ) >25 kg/m² olması, diyet (kırmızı/ışlenmiş et ürünlerinden zengin beslenme), fiziksel inaktivite, aşırı ağırlık artışı, Polikistik Over Sendromu (PKOS), α -talasemi yatkınlığı, hipertansiyon (kan basıncının >140/90 mmHg olması) ve çoklu gebelik durumudur. Bunlar dışında önceki obstetrik öyküsünde makrozomik (>4,5 kg doğum ağırlığı) bebek doğurmuş olmak, ölü doğum yapmış olmak ve GDM öyküsü olması da risk faktörlerindedir (6). Yapılan bir çalışmada, gebelik öncesi BKİ değerleri, GDM olan ve olmayan kadınlarda karşılaştırılmış ve diğer risk faktörleri dışında, GDM olan kadınların %60'ından fazlasında BKİ 25 kg/m² ve üzerinde bulunmuştur (16). GDM prevalansı ve risk faktörleri üzerinde yapılan bir çalışmada, maternal yaş, ailede diyabet öyküsü, gebelik öncesi BKİ ve gebeliğin erken dönemindeki fazla ağırlık kazanımı GDM oluşumuna neden olabilecek yüksek risk faktörleri olarak belirtilmiştir (17).

Obezite, inflamatuvar belirteçlerin sistemik dolaşımında fazla üretildiği kronik bir inflamasyon durumu olarak kabul edilmektedir. Obezite, hem adipositlerden hem de makrofajlardan adipositokin üretimini etkilemektedir. Tümör nekroz faktör alfa (TNF-a), İnterlökin-6 (IL-6), Rezistin gibi inflamatuvar belirteçlerin, insülin sekresyon ve sinyalizasyonunda etkin olduğu

ve insülin direnci gelişimine katkı sağladığı belirtilmektedir. Bu nedenle obezitenin GDM oluşumu için önemli bir risk faktörü olabileceği belirtilmektedir (21).

Gestasyonel Diyabetes Mellitus Gelişiminde Enerjinin, Besin öğelerinin ve Diyet Örüntüsünün Rolü

Diyet örüntüsü ve GDM arasındaki ilişkiyi inceleyen birçok çalışma yapılmıştır. Ancak sistematik derlemeler ve gebelik sırasında diyetset faktörleri inceleyen müdahale çalışmalarının meta analiz sonuçlarının tutarlı olmadığı belirtilmektedir. Hemşirelerin Sağlık Çalışması II sonuçlarına göre; düşük karbonhidratlı diyet modellerinde, enerjinin %5'inin karbonhidratlar yerine toplam yağ ile değiştirilmesinin GDM riskini arttırdığı belirtilmiştir. Aynı çalışmada, yüksek miktarda kırmızı et, işlenmiş et ürünleri, gliksemik indeksi yüksek rafine tahıllar, tatlılar, kızartma ürünleri ile karakterize Batı tarzı beslenme örüntüsünün GDM riskini arttırdığı saptanmıştır. Akdeniz Diyetinin GDM oluşumunu önlemede etkin bir diyet modeli olduğu belirtilmektedir. Özellikle 10 Akdeniz ülkesinde yapılan bir çalışmada, diğer risk faktörlerinden bağımsız olarak, Akdeniz diyeti ile uyumlu olan kadınlarda GDM görülme sıklığının düşük olduğu bulunmuştur (19). Yapılan başka bir çalışmada, Akdeniz Diyeti ve Batı tarzı beslenmenin GDM ile ilişkisi karşılaştırılmış ve Batı tarzı beslenme modelinin GDM oluşma riskini %56 arttırırken Akdeniz Diyetinin GDM oluşumu ile ilişkili olmadığı saptanmıştır (20). GDM riskini arttıran diğer diyet modelleri genel olarak glisemik yükü yüksek ve düşük posalı beslenme olarak belirtilmektedir (21).

Wang ve arkadaşları (22) çoklu doymamış yağ alımının azalması ile GDM gelişimi arasında anlamlı bir ilişki bulmuştur. Beyaz kadınlarda yaşam tarzı değişikliğinin GDM üzerine etkisini değerlendiren bir başka çalışmada, yüksek doymuş yağ tüketimi ve GDM riski arasında anlamlı bir korelasyon belirlenmiştir (21). Hayvansal protein alımının fazla olması, özellikle kırmızı et tüketimi, GDM riskini arttırırken bitkisel proteinlerden özellikle fındık proteini GDM riskini azaltmıştır. Günlük alınan enerjinin %5'inin hayvansal kaynaklı proteinler yerine bitkisel kaynaklı proteinlerden gelmesinin GDM riskini %51 azalttığı bulunmuştur (23). Yapılan prospektif kohort çalışmasında, kolesterol alımı

300 mg / gün veya daha fazla olan kadınlarda GDM riskinin önemli ölçüde arttığı gösterilmiştir (24). Gebelik öncesi ve sırasında yüksek hem demir alımının GDM riskinde artışa yol açtığı gösterilmiştir. (24,25). GDM'nin gelişiminde gebelik öncesi yaşam tarzının rolünü araştıran bir kohort çalışmasında, sağlıklı bir yaşam tarzının (sağlıklı beslenme düzeni, vücut ağırlığının korunması, sigara içmemek ve fiziksel olarak aktif olmak) düşük GDM gelişimi ile ilişkili olduğu belirtilmiştir (26).

Gestasyonel Diyabetes Mellitus Komplikasyonları

Gestasyonel DM durumunun anne ve fetüs üzerinde ilerleyen dönemlerde de zararlı etkileri bulunmaktadır. Maternal olarak spontan abortus, preeklampsi, retinopati, nefropati, sık üriner enfeksiyon, tekrarlayan hipoglisemi, hipovolemik şok, beyin ödemi, ritm bozuklukları, pulmoner emboli, sonraki yıllarda obezite ve Tip 2 DM; fetal olarak fetal anomaliler (kardiyak anomaliler, kaudal regresyon sendromu, nöral tüp defektleri, gastrointestinal anomaliler, kas sikelet sistemine ait anomaliler, damak/dudak yarığı, üriner sistem anomalileri), makrozomi, intrauterin gelişme geriliği, intrauterin ölüm; neonatal dönemde ise erken doğum riski ve komplikasyonları, sekiyo/komplikasyonlar, doğum travması ve konjenital anomaliler, hipoketonemik hipoglisemi, hiperbilirubinemi, polisitemi, hipokalsemi/hipomagnezemi, hipertrofik kardiyomyopati, emzirme problemleri, yeni doğan ölümü, sonraki yıllarda obezite ve Tip 2 DM görülebilmektedir (6,13).

Hipergliseminin gebelik sonuçları üzerindeki etkisi üzerine yapılan Hiperglisemi ve Zararlı Gebelik Sonuçları (HAPO) çalışmasına göre hiperglisemi durumunun; makrozomi, sezaryen doğum ve yeni doğan hipoglisemisi için önemli bir risk faktörü olduğu belirtilmiştir. Gebelikte ortaya çıkan insülin direncine bağlı plazma glukoz seviyelerindeki artış, inflamatuvar sitokinlerin serumdaki düzeylerinin artmasına ve oksidatif strese neden olmaktadır. Maternal hiperglisemiye maruziyet, BKİ ve ailede diyabet öyküsünden bağımsız olarak çocukta glukoz ve insülin direncine yol açmaktadır (27).

Gestasyonel DM öyküsü olan kadınlar, daha sonra Tip 2 DM ve kardiyovasküler hastalık (KVH) gelişimi için yüksek risk altındadır.

Hipergliseminin, özellikle kadınlar arasında, kardiyak otonom fonksiyonunda bozulma ile sonuçlandığı bilinmektedir. Sol ventrikül disfonksiyonunun, kalp yetmezliğine yol açabilecek diyabetik kardiyomyopatinin en erken prelinik göstergesi olduğu belirtilmektedir. Buna bağlı olarak yapılan bir çalışmada GDM'nin gelecekteki KVH riskinin önemli belirleyicileri olan sol ventrikül yapısı ve fonksiyonu ile ilişkisi incelenmiştir. Genç Yetişkinlerde Koroner Arter Risk Gelişimi (CARDIA) çalışmasından 1990-1991 ve 2010-2011 yıllarında ekokardiyogramları olan 609 kadında, 20 yıllık takip süresince 965 doğum bildirilmiştir ve GDM 64 kadında gelişmiştir. GDM olmayan gebelere kıyasla GDM gelişen gebelerde, sol ventrikül kütlesinde artış saptanmıştır (28).

Prospektif uzunlamasına yapılan bir çalışmada, glisemik kontrolü iyi olan GDM'li annelerin bebeklerinde erken adipozitenin gelişimi incelenmiştir. Doğumdan sonra yapılan ölçümlerde, yağ dokusunda önemli bir fark gözlenmeyen bebeklerde, GDM'li anneden doğan bebeklerin kontrol bebeklerine kıyasla 2-3 aylıkken adipoz doku hacminin anlamlı derecede daha yüksek olduğu bulunmuştur (29).

Maternal obezite gebeliklerin %40'ını etkilemektedir ve GDM için ana risk faktörü olup ileri dönem Tip 2 DM için de bir risk faktörüdür. 485 kadın üzerinde yapılan prospektif kohort çalışmasında, gebeliğin ilk trimester döneminde subkutan, visseral ve toplam yağ dokusu ölçülmüştür. Sonrasında gebeliğin 24. haftasında 75 gr OGTT yapılarak GDM riski açısından değerlendirme yapılmıştır. Sonuç olarak gebeliğin ilk trimester döneminde visseral ve toplam yağ dokusu fazlalığı; 24-28. haftalarda dislipidemi ve insülin direnci dolayısıyla GDM ile ilişkili bulunmuştur (30).

Gestasyonel Diyabetes Mellitus Yönetimi

Diyet ve egzersiz, GDM ile ilişkili hiperglisemiyi önleyen ve düzelten birinci basamak tedavidir. Glukoz hedeflerine iki hafta içinde diyet ve egzersiz ile ulaşılmadığında, insülin tedavisine başlanması önerilmektedir (31). Gebelik boyunca optimal glisemik kontrolün sağlanması gerekmektedir. Bu amaçla hastaya özgü tıbbi beslenme tedavisi ve egzersiz programı düzenlenmeli; gerektiğinde yeterli dozda insülin verilmelidir. Ulusal/uluslararası kılavuzlarda hem GDM hem de PGDM'li gebeler için

(bireyselleştirilmekle birlikte) aynı glisemik hedefler önerilmekte (Tablo 1) ve kan glukozu takibinin yapılması gerektiği belirtilmektedir (13).

Tablo 1. Glisemik Kontrol Hedefleri
Glisemik Kontrol Hedefleri
HbA _{1c} %6-7 (42-53 mmol/mol),
APG ve öğün öncesi PG <95mg/dl (5,3 mmol/L)
1.st PG <140 mg/dl (7,8 mmol/L)
2.st PG <120 mg/dl (6,7 mmol/L)

Tanıdan sonra tedavi, Beşinci Uluslararası Gebelik Konferansı tarafından önerilen glisemi hedeflerini (Açlık glukozu <95 mg/dL, 1. saat postprandial glukoz <140 mg/dL, 2. saat postprandial glukoz <120 mg/dL) sağlamak amacıyla, doğum öncesi ağırlığa bağlı olarak tıbbi beslenme tedavisi, fiziksel aktivite ve ağırlık yönetimi ile başlamaktadır. Çalışmalar, GDM tanısı alan kadınların %70-85'inin sadece yaşam tarzı değişikliği ile GDM'nin kontrol edilebileceğini göstermektedir (13). Yaşam tarzı müdahaleleri, bireyleri genel olarak fiziksel aktivitenin artırılması, yeterli ve dengeli beslenme düzeni oluşturulması ve psikolojik olarak iyi olma hali konusunda yönlendirmektedir (7).

Gestasyonel Diyabetes Mellitus Tedavisinde Tıbbi Beslenme Tedavisinin Rolü

Tarihsel sürece bakıldığında, II. Dünya Savaşı döneminde sınırlı karbonhidrat alımı, diyabetten etkilenen gebeliklerde tedavinin kilit bir bileşeni olarak belirtilmekteydi. 1990 yılında Jovanovic-Peterson ve Peterson tarafından önerilen, postprandiyal hiperglisemiyi sınırlandırmak için, yalnızca ketozisten kaçınmayı sağlayacak miktarda, toplam enerjinin %30-40'ı ile sınırlı olan karbonhidratlarla beslenme önerilmiştir. Karbonhidratın kısıtlanmasının nedeni postprandiyal hiperglisemiyi, fetal glukozu maruz kalmayı ve makrozomi riskini azaltır düşüncesidir. Bu noktadan itibaren, maternal metabolizmayı manipüle etmek için katı karbonhidrat kısıtlaması yaygınlaşmıştır. Sonraki yıllarda, GDM tedavisinde "kompleks" karbonhidrat tüketiminin, karbonhidrat kısıtlamasına kıyasla maternal glisemiyi daha etkin bir şekilde kontrol ettiği gözlenmiştir. Ayrıca, yüksek glisemik indeksli karbonhidratlara kıyasla düşük glisemik indeksli karbonhidrat tüketilmesinin, insülin tedavisine olan ihtiyacı azaltabileceği ve maternal glisemiyi

kontrol altına alabileceği belirtilmiştir (32).

Avustralya Gebelikte Diyabet Derneği (ADIPS), Amerikan Diyabet Derneği (ADA), Kanada Diyabet Derneği (CDA) ve Birleşik Krallık'taki NICE, diyetin GDM için ilk terapötik strateji olduğunu belirtmektedir. Bahsedilen kuruluşların yayınladığı rehberlere göre, GDM yönetimi için tıbbi beslenme tedavisi, alanında uzman kayıtlı diyetisyen (RD) tarafından geliştirilmeli ve bireye özgü olarak planlanmış olmalıdır (13,31,33).

Gebelikte Diyabetes Mellitus ve Enerji Dengesi

Beslenme planı, Tıp Enstitüsü (IOM) 2009 önerilerine göre; fetal/neonatal ve maternal sağlığı korumak, glisemik hedeflere ulaşmak ve gereksinim kadar ağırlık kazanımı amacıyla yeterli enerji alımını sağlamalıdır (34). Amerikan Diyabet Derneği (ADA) gebelikte uygun ağırlık artışı sağlayacak enerji alımını önermektedir (13). GDM'li kadınlarda enerji gereksinimi ve optimal ağırlık kazanımı konusunda sınırlı veri bulunmaktadır. Tıp Enstitüsü (IOM), gebelikte ağırlık kaybını önermemektedir. Ancak fazla kilolu ve obez kadınlar için ılımlı bir enerji kısıtlaması yapılabileceği belirtilmektedir (34). Amerikan Diyabet Derneği (ADA) ile Alman Diyabet Derneği ve Alman Kadın Hastalıkları ve Doğum Derneği (DDG-DGGG), GDM'li obez kadınlar için günlük enerji ihtiyacının %30-33 oranında kısıtlamasının güvenli ve etkili olduğunu belirtmiştir (13, 35). IOM, gebelik öncesinde zayıf bireyler için (BKİ < 18,5 kg/m²) 12,5-18,0 kg, normal ağırlıkta olan bireyler için (BKİ 18,5-24,9 kg/m²) 11,5-16,0 kg, kilolu bireyler için (BKİ 25,0-29,9 kg/m²) 7,0-11,5 kg ve obez bireyler için (BKİ ≥ 30,0 kg/m²) en az 5-9 kg ağırlık kazanımı önermektedir (34).

Gebelikte Diyabetes Mellitus Yönetiminde Karbonhidratlar

Beslenme planı, Diyet Referans Alımları (DRI) rehberliğinde yapılmalıdır. Hamile kadınlar için önerilen minimum karbonhidrat miktarı DRI önerilerinde 175 gr/gün olarak belirtilmektedir (34). Önerilen karbonhidrat aralığı, toplam enerjinin %35-50'si arasında değişmektedir. Kılavuzların çoğu, karbonhidratı üç küçük-orta boy öğün ve 2-4 atıştırılabilir olarak dağıtma konusunda hemfikirlerdir. Sabah, uzun süreli açlık sonrası kortizol seviyelerinde dalgalanma, depolanmış kaynaklardan ve hepatik glukoneogenezden glukoz salınmasına neden

olmaktadır, bu nedenle sabah kan glukozu daha yüksektir (36). Alman kılavuzları kahvaltı için 15–30 gr karbonhidrat ve glisemik yükü düşük olan karbonhidrat kaynaklarını önermekte; ayrıca, esas olarak tahıllar, meyveler ve sebzeler şeklinde günde 30 gr posa alımını teşvik etmektedir (35). ADA minimum 28 gr/gün posa alımını önermektedir (13). Beslenme ve Diyetetik Akademisi (AND), posa alımı ve glisemik indeks ile ilgili araştırmaların sınırlı olduğu ve bu nedenle hiçbir öneride bulunmadığı sonucuna varmıştır. Bunlar dışında genel olarak, kabul edilebilir günlük alım seviyelerinde tüketildiğinde şeker alkollerinin ve enerji içermeyen tatlandırıcıların güvenli olduğuna belirtilmektedir (31).

Gebelikte Diyabetes Mellitus Yönetiminde Yağlar

Gebelik sırasında diyetle yağ alımı, daha yüksek alınması önerilen uzun zincirli Omega 3 DHA (Dokozaheksaenoik Asit) hariç genel popülasyon için yapılan önerilere benzerdir. Ayrıca GDM gelişen kadınlar için spesifik öneriler bulunmamaktadır (37). Beslenme ve Diyetetik Akademisi, gebelikte yağ alımı için DRI önerilerinin kullanılabilir olduğunu belirtmiştir (13). Alman kılavuzları, yağın toplam enerji alımının %30-35'i kadar alınabileceğini ve obez bir birey için düşük yağlı yiyeceklerin tercih edilmesi gerektiğini vurgulamaktadır (35). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ise günlük enerji alımının %10'dan fazlasının doymuş yağlardan gelmemesi gerektiğini belirtmekte ve GDM için spesifik bir öneride bulunmamaktadır (38). Yapılan bir çalışmada, GDM'li kadınların toplam yağ ve doymuş yağlardan daha fazla; PUFA'lardan daha düşük enerji alımına sahip olduğu belirtilmiştir (37). Özellikle uzun zincirli doymuş yağ asitlerinin (palmitik ve stearik asit) kardiyovasküler hastalıklar ve Tip 2 diyabet için önemli bir risk faktörü olduğu belirtilmektedir (39). Yetişkin bireyler için Omega 6 PUFA gereksinmesi, alınan enerjinin %2,5-9'u arasındadır (37). Plazma ve hücre membranındaki Linoleik asit (LA) düzeyleri, Tip 2 diyabet insidansı ile ters orantılıdır (40). GDM'li kadınların hücre membranlarında, normoglisemik gebelere kıyasla araşidonik asit dahil Omega 6 seviyeleri daha düşük bulunmuştur. Günlük en az 250 mg uzun zincirli Omega 3 PUFA (EPA ve DHA) dahil olmak üzere enerjinin %0,5-2'sinin Omega 3 PUFA'lardan sağlanması gerektiği belirtilmektedir.

Hamile kadınların deniz ürünleri ve diğer uzun zincirli Omega 3 yağ asidi kaynaklarından DHA alımını 200 mg/gün'e çıkarmaları önerilmektedir (41). EPA ve DHA, kardiyovasküler hastalıklar, inflamatuvar hastalıklar ve kanser için koruyucu olarak kabul edilmektedir. Ayrıca serumdaki Omega 3 düzeyleri, Tip 2 diyabet insidansı ile ilişkili bulunmuştur. Yapılan bir çalışmada, GDM'li kadınların hücre membranında ALA (alfa-linolenik asit), EPA ve DHA düzeyleri gebeliğin 28-34. haftalarında normoglisemik gebelere kıyasla düşük bulunmuştur. Uygun bir diyet örüntüsüyle, özellikle Omega 3 PUFA alımıyla, GDM'li kadınlarda yağ asit profillerinin düzenlenebileceği belirtilmektedir (37).

Gebelikte Diyabetes Mellitus Yönetiminde Protein

Alman Kadın Hastalıkları ve Doğum Derneği (DDG-DGGG) kılavuzlarında, hamile kadınlarda toplam enerji alımının %20–25'inin proteinlerden gelmesi gerektiği ve en az 60-80 gr/gün protein tüketilmesi gerektiği belirtilmektedir (35). Amerika Diyabet Derneği (ADA) ise minimum 71 gr/gün protein alınması gerektiğini belirtmektedir (13). Gebelik sürecinde görülen insülin direnci düşünüldüğünde, insülin duyarlılığını modüle edebilen diyet proteinleri oldukça önemlidir. Bununla birlikte, Hemşireler Sağlık Çalışması II sonuçları, yüksek hayvansal protein alımı ve GDM riski arasında pozitif bir korelasyon olduğunu göstermiştir. Altta yatan mekanizma belirsiz olsa da, demir ve bazı aminoasitlerin bu duruma yol açabileceği düşünülmektedir. Fazla miktarda demir alımının, hepatik glukoz üretiminde artışa sebep olup insülin salgılanmasını azaltabileceği ve insülin direncine neden olabileceği belirtilmektedir. Hayvansal kaynaklı protein kaynaklarından özellikle kırmızı et tüketiminin bu durumu tetikleyebileceği düşünülmektedir. Bu nedenle diyetin protein kaynaklarının düzenlenmesi, ılımlı hayvansal protein alımı ile baklagiller gibi kaliteli bitkisel protein kaynaklarının diyetle eklenmesi ile hedeflenen protein alımına ulaşılması gerektiği belirtilmektedir (42).

Gebelikte Diyabetes Mellitus Yönetiminde Vitamin ve Mineraller

Vitaminlerle ilgili olarak, Endokrin Topluluğu ve NICE kılavuzları, GDM konusunda, özellikle folik asit için spesifik öneride bulunan kuruluşlardır. Öneriler, konsepsiyondan 3 ay önce başlanarak

gebeliğin ilk üç ayı boyunca, 5 mg/gün şeklindedir (33). Yapılan bir prospektif kohort çalışmada, gebelik öncesi folat alımının, düşük GDM riski ile anlamlı bir ilişkisi olduğu bulunmuştur (43). Diğer kılavuzlar, GDM'li kadınlar için belirli bir vitamin veya mineral takviyesi önermek için yeterli kanıt olmadığını belirtmektedir. Genel olarak yeterli miktarda vitamin ve mineral alımının (özellikle folik asit, B vitamini kompleksi, kalsiyum, D vitamini, magnezyum, demir ve iyot) sağlanması gerektiği belirtilmektedir (13,33,35)

Sonuç ve Öneriler

Dünyada ve ülkemizde diyabetik gebelik vakaları gün geçtikçe artmakta; maternal ve fetal açıdan çeşitli komplikasyonlarla ilişkilendirilmektedir. Özellikle diyet örüntüsü, hem GDM gelişimini önlemede hem de GDM yönetiminde anahtar bir role sahiptir. GDM yönetiminde, gebelik boyunca optimal glisemik kontrol sağlanmalıdır. Bu amaçla hastaya özgü tıbbi beslenme tedavisi ve egzersiz programı düzenlenmeli; gerekliyse yeterli dozda insülin verilmelidir. Tıbbi beslenme tedavisi, diyetisyen tarafından geliştirilmeli ve bireye özgü olarak planlanmalıdır. Gebelikte diyetin karbonhidrat, protein ve yağ örüntüsüne dikkat edilerek yeterli ağırlık artışını sağlayacak enerji ile besin öğeleri gereksinimlerinin sağlanması, oluşabilecek komplikasyonları önlemek adına oldukça önemlidir. Bu nedenle GDM yönetiminde anne, fetus ve yeni doğanda oluşabilecek komplikasyon riskini en aza indirmek için, aralarında diyetisyen olan deneyimli multidisipliner bir ekip tarafından gebelik öncesinden başlanarak her aşamada izlem yapılmalıdır.

İletişim: Öğr. Gör., Eylül Sağun
E-Posta: eylulsagun@outlook.com

Kaynaklar

1. Türkiye Diyabet Vakfı. Diyabet Tanı ve Tedavi Rehberi. 9. Baskı. İstanbul: Armoni Nüans Baskı Sanatları A.Ş.;2019. s.16.
2. American Diabetes Association. Introduction: Standards of Medical Care in Diabetes. Diabetes Care 2020;43(1):1-2.
3. American Diabetes Association. Classification and Diagnosis of Diabetes: Standards of Medical Care in Diabetes. Diabetes Care 2020;43(1):14-31.
4. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. Türkiye Diyabet Programı 2015-2020. Ankara: Sağlık Bakanlığı Yayınları; 2014.
5. Mekala KC, Bertoni AG. Epidemiology of Diabetes Mellitus. In Transplantation, Bioengineering, and Regeneration of the Endocrine Pancreas 2020:49-58. Academic Press.
6. Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği Diabetes Mellitus Çalışma ve Eğitim Grubu. TEMD Diabetes Mellitus ve Komplikasyonlarının Tanı, Tedavi ve İzlem Kılavuzu-2019. Ankara: BAYT Bilimsel Araştırmalar Basın Yayın ve Tanıtım Ltd. Şti.;2019.
7. Gilbert L, Gross J, Lanzi S, Quansah DY, Puder J, Horsch A. How diet, physical activity and psychosocial well-being interact in women with Gestational Diabetes Mellitus: An integrative review. BMC Pregnancy and Childbirth 2019;19(1):60.
8. Bellamy L, Casas JP, Hingorani AD, Williams D. Type 2 Diabetes Mellitus after gestational diabetes: A systematic review and meta-analysis. The Lancet 2009; 373(9677):1773-9.
9. Harreiter J, Dovjak G, Kautzky-Willer A. Gestational diabetes mellitus and cardiovascular risk after pregnancy. Women's Health 2014;10(1):91-108.
10. Aktün LH, Uyan D, Yorgunlar B, Acet M. Gestational diabetes mellitus screening and outcomes. J Turk Ger Gynecol Assoc. 2015;16(1):25-9.
11. Peng TY, Ehrlich SF, Crites Y, Kitzmiller JL, Kuzniwicz MW, Hedderson MM, Ferrara A. Trends and racial and ethnic disparities in the prevalence of pregestational type 1 and type 2 diabetes in Northern California: 1996–2014. American Journal of Obstetrics and Gynecology 2017; 216(2):177-e1.
12. Sibai BM, Caritis S, Hauth J, Lindheimer M, VanDorsten JP, MacPherson C, et al. Risks of preeclampsia and adverse neonatal outcomes among women with pregestational diabetes mellitus. American Journal of Obstetrics and Gynecology 2000;182(2):364-9.
13. American Diabetes Association. Management of Diabetes in Pregnancy: Standards of Medical Care in Diabetes, Diabetes Care 2020;43(1):183-92.
14. Yamamoto JM, Kellett JE, Balsells M, García-Patterson A, Hadar E, Solà I, et al. Gestational diabetes mellitus and diet: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials examining the impact of modified dietary interventions on maternal glucose control and neonatal birth weight. Diabetes Care 2018;41(7):1346-61.
15. Sacks DA, Hadden DR, Maresh M, Deerochanawong C, Dyer AR, Metzger BE., et al. Frequency of gestational diabetes mellitus at collaborating centers based on IADPSG consensus panel-recommended criteria: The Hyperglycemia and Adverse Pregnancy Outcome (HAPO) Study. Diabetes Care 2012;35(3):526-8.
16. Muller PS, Nirmala M. Effects of prepregnancy maternal body mass index on gestational diabetes mellitus. IACSIT Int J Eng Technol 2018;7:279-82.
17. Zhu WW, Yang HX, Wang C, Su RN, Feng H, Kapur A. High prevalence of gestational diabetes

- mellitus in Beijing: Effect of maternal birth weight and other risk factors. *Chinese Medical Journal* 2017;130(9):1019.
18. Retnakaran R, Kramer CK, Ye C, Kew S, Hanley AJ, Connelly PW, et al. Fetal sex and maternal risk of gestational diabetes mellitus: The impact of having a boy. *Diabetes Care* 2015;38(5):844-51.
 19. Schoenaker DA, Mishra GD, Callaway LK, Soedamah-Muthu SS. The role of energy, nutrients, foods, and dietary patterns in the development of gestational diabetes mellitus: A systematic review of observational studies. *Diabetes Care* 2016;39(1):16-23.
 20. Donazar-Ezcurra M, Lopez-del Burgo C, Martinez-Gonzalez MA, Basterra-Gortari FJ, de Irala J, Bes-Rastrollo M. Pre-pregnancy adherences to empirically derived dietary patterns and gestational diabetes risk in a Mediterranean cohort: The Seguimiento Universidad de Navarra (SUN) Project. *British Journal of Nutrition* 2017;118(9):715-21.
 21. Dirar AM, Doupis J. Gestational diabetes from A to Z. *World Journal of Diabetes* 2017;8(12):489.
 22. Wang Y, Storlien LH, Jenkins AB, Tapsell LC, Jin Y, Pan JF, et al. Dietary variables and glucose tolerance in pregnancy. *Diabetes Care* 2000; 23(4):460-4.
 23. Bao W, Bowers K, Tobias DK, Hu FB, Zhang C. Prepregnancy dietary protein intake, major dietary protein sources, and the risk of gestational diabetes mellitus: a prospective cohort study. *Diabetes Care* 2013;36(7):2001-8.
 24. Bowers K, Tobias DK, Yeung E, Hu FB, Zhang C. A prospective study of prepregnancy dietary fat intake and risk of gestational diabetes. *The American Journal of Clinical Nutrition* 2012;95(2):446-53.
 25. Qiu C, Zhang C, Gelaye B, Enquobahrie DA, Frederick IO, Williams MA. Gestational diabetes mellitus in relation to maternal dietary heme iron and nonheme iron intake. *Diabetes Care* 2011;34(7):1564-9.
 26. Zhang C, Tobias DK, Chavarro JE, Bao W, Wang D, Ley SH, Hu FB. Adherence to healthy lifestyle and risk of gestational diabetes mellitus: Prospective cohort study. *BMJ* 2014;349:5450.
 27. Scholtens DM, Kuang A, Lowe LP, Hamilton J, Lawrence JM, Lebenthal Y, et al. Hyperglycemia and adverse pregnancy outcome follow-up study (HAPO FUS): Maternal glycemia and childhood glucose metabolism. *Diabetes Care* 2019;42(3):381-92.
 28. Appiah D, Schreiner PJ, Gunderson EP, Konety SH, Jacobs DR, Nwabuo CC, et al. Association of gestational diabetes mellitus with left ventricular structure and function: The CARDIA study. *Diabetes Care* 2016;39(3):400-07.
 29. Logan KM, Emsley RJ, Jeffries S, Andrzejewska I, Hyde MJ, Gale C, et al. Development of early adiposity in infants of mothers with gestational diabetes mellitus. *Diabetes Care* 2016;39(6):1045-51.
 30. De Souza LR, Berger H, Retnakaran R, Maguire JL, Nathens AB, Connelly PW, Ray JG. First-trimester maternal abdominal adiposity predicts dysglycemia and gestational diabetes mellitus in midpregnancy. *Diabetes Care* 2016; 39(1):61-4.
 31. Moreno-Castilla C, Mauricio D, Hernandez, M. Role of medical nutrition therapy in the management of gestational diabetes mellitus. *Current Diabetes Reports* 2016;16(4):22.
 32. Hernandez TL, & Brand-Miller JC. Nutrition therapy in gestational diabetes mellitus: Time to move forward. *Diabetes Care* 2018; 41(7): 1343-5.
 33. National Institute for Health and Care Excellence. *Diabetes in pregnancy: Management of diabetes and its complications from preconception to the postnatal period.* NICE Guideline. 2015;3:1–651.
 34. Institute of Medicine. *Dietary reference intakes: Energy, carbohydrate, fiber, fat, fatty acids, cholesterol, protein, and amino acids (macronutrients).* Washington, DC: National Academy Press; 2005.
 35. Kleinwechter H, Schäfer-Graf U, Bühner C, Hoesli I, Kainer F, Kautzky-Willer A, et al. Gestational diabetes mellitus (GDM) diagnosis, therapy and follow-up care. Practice guideline of the German Diabetes Association (DDG) and the German Association for Gynaecology and Obstetrics (DGGG). *Exp Clin Endocrinol Diabetes.* 2014;122:395–405.
 36. Jovanović L. Medical nutritional therapy for pre-gestational and Gestational Diabetes Mellitus. *Journal of Health Science* 2018; 6: 79-90.
 37. Taschereau-Charron A, Da Silva M S, Bilodeau JF, Morisset AS, Julien P, Rudkowska I. Alterations of fatty acid profiles in gestational diabetes and influence of the diet. *Maturita* 2017; 99: 98-104.
 38. World Health Organization. *Diet, nutrition, and the prevention of chronic diseases: report of a joint WHO/FAO expert consultation (2013;Vol. 916).* World Health Organization.
 39. Calder PC. Functional roles of fatty acids and their effects on human health. *Journal of Parenteral and Enteral Nutrition* 2015; 39: 18S-32S.
 40. Harris WS, Luo J, Pottala JV, Margolis KL, Espeland MA, Robinson JG. Red blood cell fatty acids and incident diabetes mellitus in the women's health initiative memory study. *PloS One* 2016;11(2).
 41. Koletzko B, Cetin I, Brenna JT. Perinatal Lipid Intake Working Group. Dietary fat intakes for pregnant and lactating women. *British Journal of Nutrition* 2007;98(5):873-7.
 42. Liang Y, Gong Y, Zhang X, Yang D, Zhao D, Quan, et al. Dietary protein intake, meat consumption, and dairy consumption in the year preceding pregnancy and during pregnancy and their associations with the risk of Gestational Diabetes Mellitus: A prospective cohort study in Southwest China. *Frontiers in Endocrinology* 2018;9:596.
 43. Li M, Li S, Chavarro JE, Gaskins AJ, Ley SH, HinkleSN, et al. SF. Prepregnancy habitual intakes of total, supplemental, and food folate and risk of Gestational Diabetes Mellitus: A prospective cohort study. *Diabetes Care* 2019;42(6):1034-41.

DOI: 10.17942/sted.1030338

Geliş/Received : 30.11.2021
Kabul/ Accepted : 26.12.2022

Özet

Amaç: Etkili ve kaliteli hasta bakımı sunmak, sağlık ve sosyal bakım profesyonellerinin iş birliği içinde yürütülmesi gereken etkileşimli bir etkinliktir. Sağlık ekibi içerisinde yer alan hemşire, hekim, ebe, psikolog, diyetisyen, biyolog, sosyal hizmet uzmanı, eczacı, diş hekimi, fizyoterapist gibi üyelerden işbirliği içinde hizmet vermeleri beklenmektedir. Sağlık sisteminin giderek karmaşıklaşması, farklı sağlık profesyonellerinin meslekler arası sağlık ekibinin bir parçası olarak çalışmasını gerektirmektedir. Etkili ekip çalışması ve iş birliğinin, bakım sunumunu iyileştirdiği ve böylece hasta sonuçlarını olumlu yönde etkilediği bildirilmiştir. Sağlık Hizmetleri Araştırma ve Kalite Ajansı (The Agency for Healthcare Research and Quality) tarafından, sağlık hizmetlerinde etkinliği, kaliteyi ve güvenliği artırmak, sağlık profesyoneli ekipler arasında performansını optimize etmek ve ortaya çıkan durumlara hızlı ve etkili bir şekilde yanıt vermelerini sağlamak için, TeamSTEPPS® programı geliştirilmiştir. Bu çalışmanın amacı TeamSTEPPS® eğitim programının temel özelliklerini ortaya koymak ve bu programla ilgili yapılan uluslararası çalışmalarını değerlendirmektir.

Yöntem: 2007-2021 yılları arasında "TeamSTEPPS®" anahtar kelimesi ile, PubMed ve Web of Science veri tabanlarında aramalar yapılmış ve 220 yayına ulaşılmıştır.

Bulgular: Çalışmaların büyük çoğunluğu Amerika Birleşik Devletleri'nde yürütülmüştür. Sağlık çalışanları ve öğrencilere yönelik eğitim müdahaleleri içeren çalışmalar ağırlıktadır. Çalışmalarda ameliyathane, yoğun bakım ve doğum klinikleri en sık çalışma alanları olmuştur.

Sonuç: Uygulama sonunda programın ekip çalışması, karşılıklı destek, durum izleme ve iletişimle ilgili alanlarında olumlu gelişmeler bildirilmiştir.

Anahtar sözcükler: Meslekler arası ilişkiler, Hasta bakım ekibi, Hasta güvenliği

Abstract

Objective: Effective and high-quality patient care is an interactive activity which should be carried out in collaboration with the health and social care professionals. Members of healthcare teams including nurses, physicians, midwives, psychologists, dietitians, biologists, social worker, pharmacist, dentist, physiotherapist are expected to serve in collaboration with each other. As the healthcare services are becoming more complicated, various health professionals are required to work together as a part of the interprofessional team. Effective team work and collaboration have been previously shown to improve patient care, and thus medical outcomes positively. The Agency for Healthcare Research and Quality developed a program called TeamSTEPPS® which aims to improve quality, effectiveness and safety in patient care; optimize performance among the teams of health professionals and have them develop rapid and effective responses. The aim of this study was to explore basic qualities of TeamSTEPPS® and review the international studies related to this program.

Method: Searches were made in PubMed and Web of Science databases with the keyword "TeamSTEPPS®", between 2007-2021 and 220 publications were reached.

Results: Most of the studies were conducted in the USA. The studies predominantly included the educational interventions among healthcare professionals and students. The workplaces were frequently operation theatres, intensive care units and obstetric clinics in the studies.

Conclusion: Positive improvements were concluded in the areas of teamwork, mutual support, situation monitoring and communication at the end of interventions.

Key words: Interprofessional relations; Patient care team; patient safety

¹ Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi (Orcid no: 0000-0002-4832-6515)

² Prof. Dr., Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi (Orcid no: 0000-0002-1652-906X)

Giriş

Etkili ve kaliteli hasta bakımı sunmak sağlık ve sosyal bakım profesyonellerinin iş birliği içinde yürütmesi gereken etkileşimli bir etkinliktir. Sağlık ekibi içerisinde yer alan hemşire, hekim, ebe, psikolog, diyetisyen, biyolog, sosyal hizmet uzmanı, eczacı, diş hekimi, fizyoterapist gibi üyelerden işbirliği içinde hizmet vermeleri beklenmektedir (1).

Sağlık sisteminin giderek karmaşıklaşması, farklı sağlık profesyonellerinin meslekler arası sağlık ekibinin bir parçası olarak çalışmasını gerektirmektedir. Etkili ekip çalışması ve işbirliğinin, bakım sunumunu iyileştirdiği ve böylece hasta sonuçlarını olumlu yönde etkilediği bildirilmiştir (2).

Sağlık ekibi arasında etkin olmayan iletişim hasta bakımında yaşanan hataların önde gelen nedenlerindedir (3). 1999 yılında yayınlanan "To Err is Human" raporu hem toplum hem de sağlık meslek gruplarının dikkatini yeniden güvenlik ve hataların azaltılması konusuna yöneltmiştir. Bu raporda tıbbi hatalar sonucu oluşan ölüm rakamları, ortaya çıkan maliyetler her kesimde ciddi hassasiyetler yaratmıştır. Raporda, hataların tanımlanabilmesi için her ekip üyesinin kendi sorumlulukları kadar diğer ekip üyelerinin sorumluluklarını da bilmesi gerektiği vurgulanmıştır. Hataların önlenebilmesi için geliştirilen önerilerin başında ise sağlık ve sosyal hizmetler alanındaki kurum ve kuruluşların, ekiplerde birlikte ve etkili bir şekilde çalışacak profesyonellerin yetiştirilmesi için hasta güvenliği programlarını geliştirmesi gerekliliği yer almıştır (1,4).

Amerika Birleşik Devletleri'nde sağlık hizmetlerini daha güvenli, kaliteli, ulaşılabilir, eşit ve ucuz hale getirmek amacıyla kurulan Sağlık Hizmetleri Araştırma ve Kalite Ajansı (Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)) ile Savunma Departmanı (Department of Defense (DoD))'nin iş birliği içinde hasta güvenliği ve ekip çalışması eğitimleri için ulusal standart olarak tanımlanmak üzere Hasta Güvenliği ve Ekip Performansını Artırmak İçin Strateji ve Araçlar (Team Strategies and Tools to Enhance Performance and Patient Safety (TeamSTEPPS®)) geliştirilmiş ve 2006 Kasım ayında yayınlanmıştır.

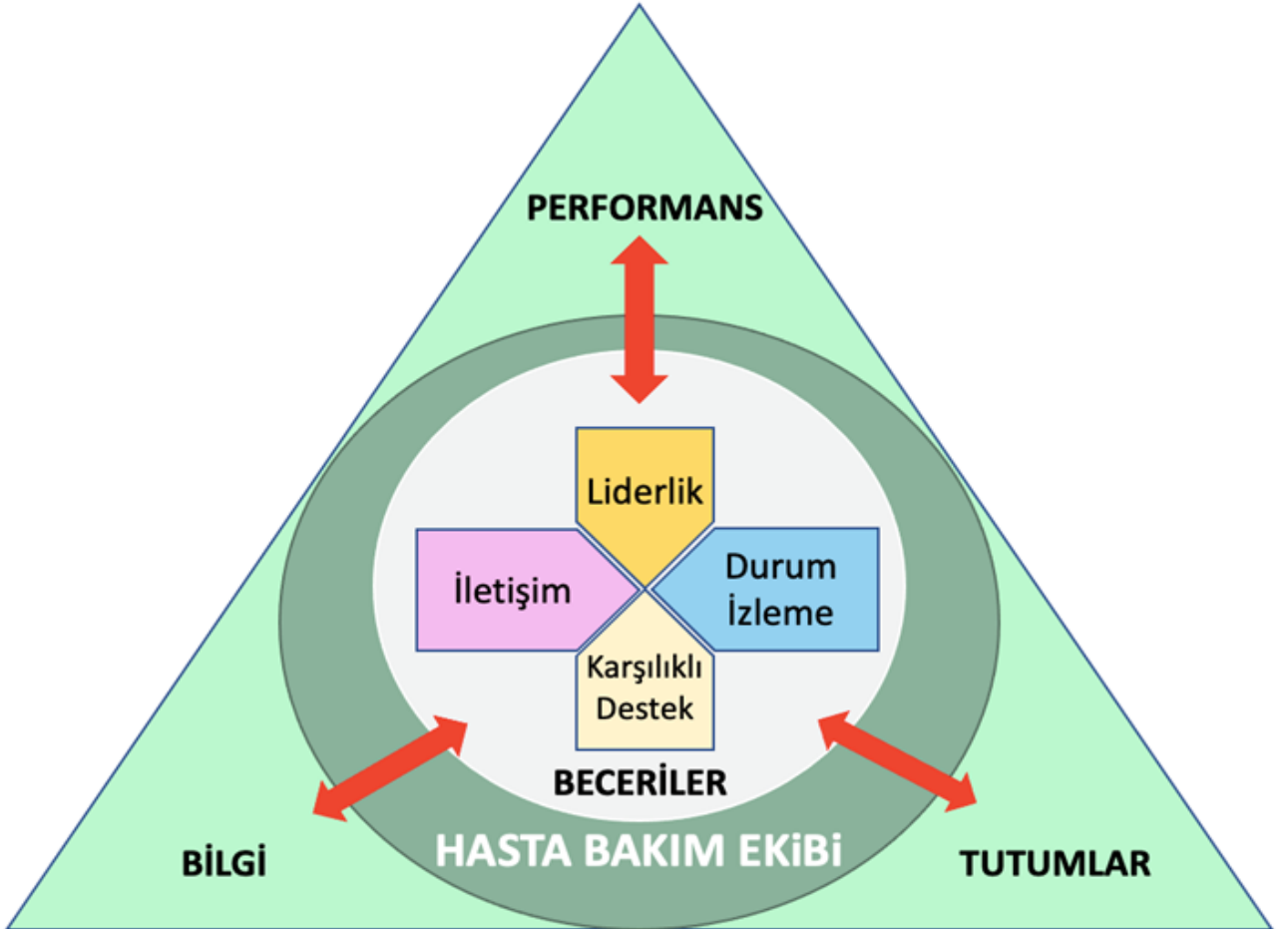
TeamSTEPPS® eğitim programı 25 yıldan uzun süren araştırmalar sonunda elde edilen ekip

performansına dair kanıtların yol göstericiliğinde oluşmuştur. Herhangi bir sağlık hizmetine göre kişiselleştirilebilen, kullanıma hazır videolar ve olguya dayalı senaryolar içeren bir eğitim programıdır. TeamSTEPPS® üçgeni logosu, bilgi, tutum ve performans konusunda ekip çalışması geliştirebilecek, dört temel beceriyi gösterir (Şekil.1) (5).

TeamSTEPPS®'in bilgi çıktısı, ekip üyelerinin durumu aynı anlama ve tutarlı bir şekilde aynı hedefe doğru çalıştıkları ortak bir zihinsel model anlamına gelir (5). Performans çıktıları, uyumluluk, doğruluk, verimlilik, üretkenlik ve güvenden oluşur. İletişim daha etkili hale geldiği için, özellikle kapalı devre iletişimde araçların tutarlı kullanımı sayesinde iletişimden kaynaklanan olumsuz olaylar daha az meydana gelir. Sunulan bakımdaki doğruluğu, üretkenliği ve hasta güvenliğini artırır (6). TeamSTEPPS®'in tutum çıktıları ise, karşılıklı güven ve takım oryantasyonudur. Tipik olarak, güven duygusunun gelişmesi, paylaşılan deneyimler veya ortak bir geçmiş gerektirir ve hesap verebilirlikten ziyade suçlamaya odaklanan kültürlerde inşa edilmesi zordur.

TeamSTEPPS® eğitim programı başlangıçta 35'ten fazla sağlık kuruluşunun kayıtlarından, askeri ve endüstriyel sektörlerin deneyimlerinden, Amerikan Savunma Bakanlığı'nın tıbbi ve tıbbi olmayan ekip performansı konusundaki uzmanlığından ve AHRQ'nun hasta güvenliği ve sağlık bakımı kalitesi alanlarındaki kapsamlı araştırmasından yararlanarak ve çeşitli sivil kuruluşlarda yapılan kapsamlı saha testlerinin ardından, hem askeri hem de sivil sağlık kuruluşlarının genel ihtiyaçlarını karşılamak için geliştirilmiştir. Eğitim programı, yalnızca ameliyathaneler, acil servisler ve yoğun bakım üniteleri gibi yüksek stresli üniteler değil, aynı zamanda ayakta tedavi alanları da dahil olmak üzere iletişim ve ekip çalışmasının önemli olduğu herhangi bir ortamda çalışan sağlık profesyonellerinin eğitimi için tasarlanmıştır (7). Programın geliştirilmesinden bu yana başta Amerika Birleşik Devletleri olmak üzere pek çok ülkede sağlık çalışanlarına ve öğrencilere TeamSTEPPS® eğitimi verilmekte ve program yaygın olarak kabul görmektedir.

Bu çalışmanın amacı TeamSTEPPS® eğitim programının temel özelliklerini ortaya koymak ve bu programla ilgili yapılan uluslararası çalışmalarını değerlendirmektir.



Şekil 1. TeamSTEPPS® üçgeni logosu

Yöntem

Öncelikle TeamSTEPPS® programı ile ilgili detaylara ulaşmak üzere AHRQ web sayfasına ulaşılarak program ile ilgili dökümanlar ve materyaller incelenmiştir (1 Ocak 2021 tarihinde <https://www.ahrq.gov/teamstepps/index.html> adresinden ulaşılmıştır). Eğitim programı ile ilgili değerlendirmeleri yapabilmek için "TeamSTEPPS®" anahtar sözcüğü ile Web of Science ve PubMed veri tabanlarında 2007-2021 yılları arasında yayınlanan çalışmalar aranmıştır. Ulaşılan yayınlar çeşitli özellikleri açısından değerlendirilmiş, çalışmalarda öne çıkan yöntemler aktararak sonuçları ortaya konmuştur.

Bulgular

TeamSTEPPS® Eğitim Programı

TeamSTEPPS® beş ilkeye dayanır. Bunlar ekip yapısı temelde olmak üzere, durum izleme, iletişim, karşılıklı destek ve liderlik alanlarında ekip performansını geliştirmek için kanıta dayalı öğretilen becerilerdir (8). TeamSTEPPS® becerilerinin her biri birbirini geliştirir ve ekip başarısı için aynı derecede önemlidir. Bu becerileri öğrenmek, herkesin performans ve sonuçların iyileştirilmesine yol açan bilgi ve tutumlara sahip olmasını sağlar. TeamSTEPPS® becerilerinin genel çerçevesi Tablo 1' de özetlenmiştir. Durum izleme (Situation monitoring); ekip çalışmasının ve uzman bir ekip oluşturmanın

Tablo 1. TeamSTEPPS® genel çerçevesi

TeamSTEPPS® ile Takım Çalışması Yeterlilikleri	TeamSTEPPS® Araçları	Örnekler
Durum izleme	Durum farkındalığı (Situation awareness) Paylaşılan mental model (Shared mental model) STEP	Hastanın durumunu izler. Güvenliği sağlamak ve hataları önlemek için ekip üyelerini izler. Kaynakların güvenliği ve kullanılabilirliği için çevreyi izler (örn. Ekipman). Hedefe yönelik ilerlemeyi izler ve bakım planını değiştirebilecek değişiklikleri belirler. Ortak bir zihinsel model sağlamak için iletişimi teşvik eder.
Karşılıklı destek	İki çaba kuralı (Two-challenge rule) DESC	Takım üyeleri ve lider, yapıcı geribildirim alır ve sunar Doğru iş yükü dağılımı ile görevle ilgili destek ve yardım sağlar.
İletişim	SBAR Geri kontrol (Check-back) Transfer (Handoff) Çağrı (Call-out)	Kodlar sırasında SBAR gibi yapılandırılmış ve standartlaştırılmış iletişim tekniklerini kullanarak iletişimin anlaşıldığından emin olunmasını sağlar. Kısa, açık, spesifik ve zamanında mevcut tüm kaynaklardan bilgi sağlar. Bilgiyi doğrulamak için kontrolleri kullanır.
Liderlik	Toplantı (Huddle) Gün özeti (Brief) Bilgilendirme (Debrief)	Takım hedeflerini ve vizyonunu tanımlar. Ekip performansını en üst düzeye çıkarmak için kaynakları verimli kullanır Takım içindeki iş yükünü dengeler.

ayrılmaz bir parçasıdır (9). Neler olup bittiğinin anlaşılmasını sağlamak ve sürdürmek için bir durumu sürekli tarama ve değerlendirme sürecidir (8). Bu beceride içerik yalnızca durum izlemeye değil aynı zamanda durum farkındalığına (situation awareness) ve paylaşılan zihinsel modellere (shared mental model) de odaklanmaktadır. Durum izleme hem durum bilinci hem de ortak zihinsel modelleri kapsar. Durum bilinci, bir kişinin işindeki mevcut koşullarını bilme halidir. Paylaşılan zihinsel model, çeşitli iletişim kanalları aracılığıyla ekip üyeleri arasında paylaşılan bir durum veya süreç hakkındaki anlayış veya bilgidir (3,8). Bir ekibin her üyesinin aynı şekilde düşündüğü anlayışının aksine, paylaşılan zihinsel model, paylaşılan bir hedefi ve anlık olarak durumun bir görüntüsünü temsil eder. Uygun eğitim ve düzenli pekiştirmeye, paylaşılan zihinsel model "iletişim, karar verme, performans beklentileri, liderlik ve iş bölümünü" içeren hedef belirleme aracı haline gelir (10, 11). Durum izleme hizmet sunumunda durumu dört adımda (STEP) izler.

- Hastanın durumu – Status of the patient: Hasta öyküsü, yaşamsal bulguları, ilaçları, fizik muayenesi, tedavi planı ve psikososyal konular.
- Ekip üyeleri – Team members: Stres, yorgunluk, iş yükü, görev performansı, beceri.
- Çevre – Environment: Triyaj, ekipman, insan kaynakları, tesis bilgisi, idari bilgi
- Hedefe doğru ilerleme – Progress toward goal: Takım hedefleri, hastaların durumu, ekibin görev ve eylemleri, planların uygunluğu.

Ekibin bütün üyeleri sürekli olarak durum ve hedefe yönelik ilerlemeyi etkileyen faktörlerin farkında olduklarında, herkes önlenebilir hataları engellemek ve gidermek için gerçek zamanlı olarak uygun bir şekilde hareket edebilir (9).

Karşılıklı destek (Mutual support); ekip becerisi ve ekip çalışması sürecinin temel bir bileşenidir (12). Ekip içerisinde bilgi akışının sağlanmasına ve aksaklıkların giderilmesine odaklanır. Sözlü geribildirim, ekip üyelerine yardım ve çatışmaların çözülmesi gibi davranışları içerir (13). Geribildirim zamanında, kişilere değil belli bir davranışa odaklı ve gelecekte oluşabilecek hataları önlemeye yönelik verilir. Ekip üyelerinin birbirine yardımcı

olması güçlü bir ekip oluşturur. Bunu yaparken yardım isteğinin belirtilmesi için uygun ortam teşvik edilmeli, hasta güvenliğinin sağlanması için yardım isteğinden kaçınılmamalı ve ekip üyeleri birbirinin iş gücünü azaltmalıdır. Çalışma ortamı kişilik çatışmaları ve hatalara uygundur. Bu durumu çözmek için eğer bir hata olduğu düşünülüyorsa öncelikle endişeler belirtilmeli, sorunun ne olduğu açıklanmalı (gerçekte veya algılanan) çözüm önerileri sunulmalıdır. Güvenlik sorunu halen devam ederse her ekip üyesinin eşit ve endişeleri ile ilgili konuşma hakkına sahip olmasından dolayı süreci durdurabilir (9,14). TeamSTEPPS® görüş farklılıklarını çözmeyi sağlayan iki çaba kuralı (two-challenge rule) ve kişilik çatışmalarını çözmek için kullanılmak üzere DESC'i geliştirmiştir. Bu stratejilerden ilki sağlık uzmanlarına diğer profesyonellerin olası hatalarında karşı çıkmak için izleyecekleri yolları belirler. DESC ise; Açıkla (Describe) – Anlat (Express) – Öneri Sun (Suggest) – Sonuç (Consequences) baş harflerinden oluşan komutlardan meydana gelir. Belirli bir davranışı ya da durumu açıklayıp bunun nasıl hissettirdiğini söyledikten sonra öneri ya da alternatifleri sunup sonuçta çatışmanın nasıl çözülmesi gerektiği konusunda bir fikir birliğine varılmasını gerektirir (8).

İletişim (Communication); hasta dahil tüm ekip üyeleri arasında gereklidir. Profesyoneller arası ekip iletişimi, sağlık çalışanlarının etkili bakım sağlamak için iş birliği içinde çalıştıklarında öğrenilen ve daha sonra değiştirilen ve güçlendirilen becerilerle tanımlanır. Güvenli uygulamalar yapma yeteneği, hastalarla ve meslektaşlarla etkin iletişim, aktif dinleme, kendine güven, saygı ve zamanlı olmayı gerektirir. Ekip üyeleri arasında hayati bir bilgi iletilmediğinde veya ekip üyeleri mesajları yanlış yorumladığında hatalar ortaya çıkar. Bilgi iletilmemesi, çekişmeli ilişkilerden, açıkça tanımlanmayan rollerden veya ekipler arasında yeterince gelişmemiş olan iletişim yollarından kaynaklanabilir. Bilgi sağlayanlar tarafından yanlış bilgi iletilmesi ya da yorumlanması, eksik bilginin kabul edilmesi veya farklı terimler kullanılması durumunda ortaya çıkar. Her durumda, sonuç bir hata olabilir (15). TeamSTEPPS® diğerleriyle istişare yapmayı tanımlayarak ekip çalışmasına uygun iletişim davranışları hakkında bilgi, daha sonra etkili bilgi alışverişi için stratejiler

sunmaktadır. Bunlardan ilki, bilgi alışverişi sırasında yapılması gereken herhangi bir durumun önemli unsurlarını ana hatlarıyla açıklayan SBAR'ı içerir. SBAR, Durum (Situation) - Arka plan (Background) – Değerlendirme (Assessment) – Öneri (Recommendation & Request) baş harflerinden oluşan değerlendirmelerden oluşur. Ardından, ekip üyelerinin hasta devirleri sırasında en ilgili olan bilgileri izlemelerine yardımcı olmak için bir Transfer (Hand-off) kontrol listesi tanımlanır. Çağrı (Call-out) acil durumlarda önemli ve kritik bilgileri iletmek için kullanılan stratejidir. Son olarak, Geri Kontrol (Check-back) hasta bakımı sırasında diğerlerinden alınan mesajları onaylama işlemidir. Gönderen tarafından iletilen bilgilerin alıcı tarafından amaçlandığı gibi anlaşılmasını sağlamak için kapalı devre iletişim kullanılmasıdır (13). Kapalı devre iletişim, yanlış anlamaları önlemek için kullanılan bir iletişim tekniğidir. Gönderen bir mesaj verdiğinde, alıcı bunu tekrar eder. TeamSTEPPS® yetkinlikleri, özellikle karşılıklı destekle birlikte kullanıldığında, klinisyenlerin iletişim kurma biçimlerini geliştirmelerine ve iletişimlerini ekip olarak algılamalarına yardımcı olabilir. Bu, sağlık profesyonelleri arasında iyi iletişim, hasta devir işleminden sonra sağlanan bakım da dahil olmak üzere bakımın kalitesini etkilemesi açısından önemlidir (12).

Liderlik (Leadership); ekip eylemlerini kolaylaştırarak, eylemlerin herkes tarafından anlaşılmasını sağlayan, ekip etkinliğini etkileyebilen eğitilebilir bir beceridir. Liderlik, ortak bir zihinsel model geliştirmeye yardımcı olarak ve kaynakları yöneterek ekip eylemlerini ve uyumu kolaylaştırır (16). Lider ekibin bir parçası olarak çalışırken, ekip üyelerinin ve durumun yanı sıra ekip çalışmasını etkileyen değişikliklerin farkında olmalıdır. Ekip üyeleri kendi görevlerine odaklanarak büyük resmi görmezden gelebilirler. Buna karşılık, lider tüm senaryodan sorumludur (14). Buna göre bir liderin sorumlulukları (8);

- Ekibi organize etmek,
- Net hedefleri (yani planı) belirlemek ve açıklamak,
- Görev ve sorumluluk atamak,
- Planı izlemek ve gerekli durumlarda değiştirmek; değişiklikleri iletmek,

- Ekibin performansını gözden geçirmek; gerektiğinde geribildirimde bulunmak,
- Kaynakları yönetmek ve paylaşmak,
- Bilgi paylaşımını kolaylaştırmak,
- Ekip üyelerini birbirlerine yardım etmeye teşvik etmek,
- Bir öğrenme ortamında anlaşmazlıkların çözümünü sağlamak,
- Etkili bir ekip çalışması modellemek.

Ekip çalışması ve işbirliğine ilişkin liderlik becerileri sağlık sektöründe tekrar eden temalardır ve bu alanlarda sağlık liderlerini eğitmek için standart bir müfredatın kullanılması beceri ve uygulamaların tutarlılığını sağlamak açısından önem teşkil etmektedir (3). Liderlerin, ekibin her üyesine, başarılı ekip faaliyetlerinin sağlanabilmesi için bireysel görevlerinin, ekibin diğer üyelerindeki kadar önemli olduğunun anlaşılmasını sağlaması gerekir. TeamSTEPPS® ekip çalışması ve ekip felsefesini aşılacak için Toplantı (Huddle) olarak adlandırılan düzenli ekip toplantıları ve etkileşimi önerir. Bu toplantılar durum farkındalığını yeniden gözden geçirmek, mevcut planları güçlendirmek ve gerekiyorsa bu planları değiştirmek için yapılır. Diğer çok etkili iki araçlardan ilki olan Gün Özeti (Brief), ekibin tüm üyelerinin günlük planları yapmak, muhtemel olasılıkları ve sorumlulukları belirlemek ve tartışmak için bir araya gelmesini ifade eder. Diğer araç olan Bilgilendirme (Debrief) ise, gün sonunda nelerin iyi gittiğini ve daha iyi olabileceğini tartışmak ve olumlu davranışların pekiştirilmesi yoluyla takım performansını ve verimliliğini arttırmak için tasarlanmış olan gün sonu oturumlarını ifade eder (8,9).

Ulaşılan Yayınların Değerlendirilmesi

“TeamSTEPPS®” anahtar sözcüğü ile Web of Science ve PubMed veritabanlarında 2007- 2021 yılları arasında yayınlanan çalışmalar aranmış 474 yayına ulaşılmıştır. Eşleşen yayınlar çıkarıldığı zaman 220 çalışma elde edilmiştir.

“TeamSTEPPS®” anahtar sözcüğü ile 2007 yılında bir çalışma bulunurken, 2021 yılının ilk dört ayında 11 çalışmaya rastlanılmıştır (Tablo. 2).

Elde edilen 220 yayında 53 tanesinde (%24,1)

Tablo 2. Yıllara göre yapılan çalışma sayıları

Yıl	Çalışma sayısı
2021	11
2020	41
2019	26
2018	31
2017	19
2016	23
2015	18
2014	13
2013	12
2012	7
2011	7
2010	6
2009	5
2007	1

öğrenciler, 121 tanesinde (%55,0) ise çalışanlara eğitim müdahaleleri düzenlenmiştir. Bu eğitimlerin bir kısmı simülasyonlarla desteklenmiştir.

Çalışanlarla ilgili eğitim müdahalelerinde çalışma ortamı olarak daha çok ameliyathane, yoğun bakım ve obstetrik alanlar öne çıkmıştır. 13 çalışma (%5,9) TeamSTEPPS® Ekip Çalışması Tutum Anketi (T-TAQ) ve Ekip Çalışması Algı Anketi (T-TPQ) geliştirme ve uyarlama çalışmalarından, geri kalan 33 çalışma ise (%15,0) sistematik derlemeler ve TeamSTEPPS® bileşenlerini açıklayıcı yayınlardan oluşmaktadır. T-TAQ'nun İsveç ve Norveç'te, T-TPQ'nun ise İsveç, Norveç, Japonya, Kıbrıs Rum Kesimi ve Çin'de uyarlamaları yapılmıştır. Ayrıca Brezilya'da anketlerin çevirileri yapılmıştır. TeamSTEPPS® ile ilgili çalışmaların %83,0'ı ABD'de, diğerleri ise Tayvan, İrlanda, Kamboçya, Singapur, Brezilya, Hindistan, Belçika, Suudi Arabistan, İsveç, Norveç, Japonya, Kıbrıs Rum Kesimi ve Çin gibi ülkelerde yapılmıştır. Ülkemizde TeamSTEPPS® ile ilgili PubMed veri tabanında sadece bir çalışmaya ulaşılmıştır.

Tartışma

TeamSTEPPS® bugüne dek birçok sağlık kuruluşunda uygulanmıştır ve çeşitli ekip bileşimleri içermektedir (3). Meslekler arası eğitim programlarında TeamSTEPPS® programı uygulandığında, temel kavramların anlaşıldığı ve eğitimden yararlandığı bildirilmiştir (15).

TeamSTEPPS® stratejileri kullanılarak sağlık profesyonelleri arasında ortak dil yaratılır (17). Ayrıca, ekip davranışlarının benimsenmesi ve hasta güvenliği kültürü ile ilgili hastane anketinde önemli ölçüde daha yüksek puanlarla ilişkilendirilmiştir (18).

North Carolina Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde yapılan bir çalışmada TeamSTEPPS® ilk olarak yoğun bakımda, daha sonra pre-op (ameliyat öncesi), intra-op (ameliyat sırasında), post-op (ameliyat sonrası) ünitelerinde ve başka diğer bölümlerde uygulanmıştır. Sonuçta yatan hasta memnuniyetinde bir artışla birlikte hastane enfeksiyonlarının azaldığı ve hasta sonuçları üzerinde de olumlu etkileri olduğu bildirilmiştir (19).

Sweigart ve ark.'larının yaptığı sanal öğrenme ortamlarında verilen TeamSTEPPS® eğitiminin farklı disiplinlerden öğrenciler üzerindeki etkisinin değerlendirildiği çalışmada ön test-son test yapılmış, iletişim, liderlik, karşılıklı destek ve durum izleme ile ilgili önemli düzeyde tutum değişikliği bulunmuştur (20).

Sonesh ve ark.'larının TeamSTEPPS® eğitimi vererek doğum kliniğindeki hasta sonuçlarının yanı sıra ekip çalışması, durum farkındalığı, karar verme ve bilişsel önyargıların, öğrenmeyi geliştirmedeki etkinliğini değerlendirmişlerdir. Sonuçta eğitim müdahaleleri kısmen etkili bulunmasına rağmen iletişim ve ekip çalışması becerilerinde önemli gelişme saptanmıştır (21).

Paul ve ark.'larının TeamSTEPPS®'i ayaktan tedavi merkezlerine entegre ederek beş yıllık, gönüllülük esasına dayanan uygulama başlatmışlar ve ilk iki yıl içerisinde etkisini değerlendirmişlerdir. Çalışmaya ilk iki yıl içinde 20 kuruluş kaydolmuştur. Katılanların %33,3'ü eğitimin olumlu olduğunu bildirmiştir. İlk iki yılda personelin %70'i eğitimlere katılmış, neredeyse tüm katılımcılar (%96,7) eğitimlerin çoğunlukla TeamSTEPPS® araçlarını ve stratejilerini kullanarak gerçek hayattaki durumlarda uygulamak için hazırladığını belirtmişlerdir (22).

Wong ve ark.'ları TeamSTEPPS®'in kültür ve tutum değişikliği açısından değerlendirilmesi için, ekip çalışması ve iletişim stratejilerini vurgulayan didaktik bir oturum, septik şok ve kalp durmasıyla ilgili iki simülasyon senaryosu ve katılımcıların

ekip çalışması ve iletişim konusundaki tutumlarını etkilemeye yönelik yapılandırılmış bilgilendirme oturumundan oluşan üç saatlik bir kurs vermiştir. Yapılan ön test-son test sonucunda beş yapının dört tanesinde skorlarda belirgin bir iyileşme görülmüştür (ekip yapısı, liderlik, durum izleme ve karşılıklı destek). Ayrıca simülasyonla geliştirilmiş eğitimlerde ekip çalışması, hasta güvenliği kültürü ve iletişim ile ilgili tutumlarda gelişim gösterilmiştir (23).

Brock ve ark.'ları simülasyon tabanlı TeamSTEPPS® programının değerlendirilmesi amacıyla, dördüncü sınıf tıp, üçüncü sınıf hemşirelik, ikinci sınıf eczacılık öğrencileri ve ikinci yıl asistan hekimler bir saatlik TeamSTEPPS® didaktik oturumu ve üç adet bir saatlik simülasyon ve geri bildirim oturumlarını içeren dört saatlik bir eğitime katılmışlardır. Uygulanan ön test-son test sonucunda eğitime katılanların %48,7'sinde ekip iletişimi, motivasyon, eğitimin yararı ve öz yeterlikle ilgili tutumlarda olumlu farklılıklar gözlemlenmiştir. TeamSTEPPS® becerilerinden ekip yapısı, karşılıklı destek, durum izleme ve iletişimle ilgili önemli tutum değişiklikleri saptanmıştır. Ayrıca hasta savunuculuğu ve meslekler arası iletişim ile ilgili de önemli değişiklikler bildirilmiştir (15).

Gaston ve ark.'ları özelleştirilmiş bir TeamSTEPPS® eğitim programı tasarlayıp uygulayarak personelin ekip çalışması ve iletişim algılarını geliştirmek ve eğitimin etkisini değerlendirmek istemişlerdir. Çalışmaya onkoloji akut bakım ünitesinde çalışan hemşireler, sağlık teknisyenleri ve doktorlar katılarak, yapılandırılmış iki saatlik TeamSTEPPS® eğitimi almışlardır. Bu eğitimler, video, tartışma soruları, senaryolar ve onkolojiye özel örnekler içeren görsel-işitsel slayt sunumunun yanı sıra didaktik oturumları içermiştir. Yedi personel uzman eğitmen olmak için gönüllü olmuş ve bir günlük bir kursa katılmıştır. Biri telafi seansı olmak üzere 10 TeamSTEPPS® seansı düzenlenmiştir. Veriler 11 eğitim seansından hemen önce ve hemen ardından, son eğitim seansından yaklaşık bir ay sonra ve projenin sonunda olmak üzere dört zaman periyodunda elde edilmiştir. Uygulama sonrasında ekip çalışmasına ve iletişime ilişkin personel algısının geliştiği görülmüş ve veriler TeamSTEPPS®'in pratik, etkili ve düşük maliyetli bir hasta güvenliği programı olduğunu

desteklemiştir (24).

Clark ve ark.'ları klinikte meslekler arası iş birliği, iletişim ve ekip çalışması konusundaki becerilere duyulan ihtiyacın farkında olarak ve durumu kritik olan hastaların meslekler arası bakımını temel alarak meslekler arası bir kursu geliştirmek ve sonuçlarını tanımlamak amacıyla bir çalışma planlamışlardır. İki üniversiteden eczacılık, hemşirelik, sosyal hizmet ve solunum terapisi öğrencilerinden oluşan bir grup çalışmaya dahil edilmiştir. Çalışmada çoklu oturum gerektiren bir program tasarlanmış ve didaktik TeamSTEPPS® eğitimleriyle bu eğitim programı üç dönem boyunca devam etmiştir. Veriler ön test-son test yöntemiyle TeamSTEPPS® ekip çalışması ve tutum anketi kullanılarak toplanmış, diğer disiplinlerin dönem başından sonuna kadar olan uygulamalarının anlaşılmasının kapsamında önemli bir artış olmuştur. Öğrenciler, meslekler arası bir ekipte çalışmayla ilgili karmaşıklıkların azaldığını bildirmişlerdir (25).

Thomas ve Galla, ekip çalışmasını geliştirmek, tıbbi hataları azaltmak ve sağlık alanında bir güvenlik kültürü oluşturmak için TeamSTEPPS® uygulayan pilot projenin değerlendirilmesi amacıyla gönüllü olan bir akut bakım hastanesinde çalışma yapmışlardır. Çalışmaya 1300 çalışan katılmış olup veriler Kirkpatrick'in modeli, doğrudan gözlem ve kurs değerlendirmeleri kullanılarak değerlendirilmiştir. Sonuç olarak hasta güvenliği algısı, geribildirim ve iletişimde önemli ölçüde iyileşme saptanmıştır (26).

Sonuç

Literatürde ulaşılan çalışmaların sonuçları değerlendirildiğinde TeamSTEPPS®'in güncel ve yaygın kullanımı olan, uygulandığı gruplarda meslekler arası iş birliğini geliştirip hizmet kalitesini yükselterek hasta sonuçlarını iyileştiren bir araç olduğu görülmektedir.

TeamSTEPPS®, daha kaliteli ve daha güvenli hasta bakımı sunmanın aşağıdaki bileşenlerle olacağını savunmaktadır:

- Çatışmaları çözmek ve bilgi paylaşımını geliştirmek,
- Kalite ve güvenlik önündeki engelleri ortadan

- kaldırmak,
- Ekip bilincini artırmak ve ekip rollerini ve sorumluluklarını netleştirmek,
- Hastalar için en iyi klinik sonuçları elde etmek için bilgi, insan ve kaynak kullanımını

en üst düzeye çıkararak oldukça etkili tıbbi ekipler üretmek (8).

TeamSTEPPS® temel olarak bir ön değerlendirme yapılmasını, ardından sahadaki eğiticiler ve personel için eğitim verilmesini ve son olarak programın uygulanmasını ve sürdürülmesini içeren üç aşamalı bir süreçtir. Etkili iletişim, iyi ekip çalışması becerileri, eşitlenmiş hiyerarşiler ve liderlik hasta bakımını iyileştirmek ve olumsuz sonuçları sınırlamak için hayati öneme sahiptir. TeamSTEPPS® sağlık ortamında güvenlik kültürü oluşturulmasında bütüncü bir rol oynayabilmektedir.

İletişim: Hümeysra Dener
E-Posta: humeyra.dener@gmail.com

Kaynaklar

1. Dener H. Hacettepe Üniversitesi doktor ve hemşireleri ile tıp ve hemşirelik öğrencilerinin hazır bulunuşluk düzeylerinin karşılaştırılması (Tıp Eğitimi Programı Yüksek Lisans Tezi) Ankara: Hacettepe Üniversitesi; 2015.
2. Hanson TK, Aleman M, Hart L, Yawn B. Increasing availability to and ascertaining value of asthma action plans in schools through use of technology and community collaboration. *J Sch Health* 2013;83(12):915-20.
3. Cooke M. TeamSTEPPS for health care risk managers: Improving teamwork and communication. *J Healthc Risk Manag* 2016,36(1):35-45.
4. Medicine IO. Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century. Washington, DC: The National Academies Press; 2001.
5. King HB, Battles J, Baker DP, Alonso A, Salas E, Webster J, Toomey L, Salisbury M. TeamSTEPPS™: Team strategies and tools to enhance performance and patient safety. Agency for Healthcare Research and Quality. United States: In *Advances in Patient Safety: new directions and alternative approaches* (Vol. 3: performance and tools); 2013.
6. Plonien C, Williams M. Stepping up teamwork via TeamSTEPPS. *AORN J* 2015;101(4):465-70. doi:10.1016/j.aorn.2015.01.006
7. Clancy CM, Tornberg DN. TeamSTEPPS: Assuring optimal teamwork in clinical settings. *Am J Med Qual* 2007;22(3):214-7.
8. Quality, A.F.H.R.A. TeamSTEPPS 2.0. Retrieved from <https://www.ahrq.gov/teamstepps/instructor/index.html>, 2012.
9. Epps HR, Levin PE. The TeamSTEPPS approach to safety and quality. *J Pediatr Orthop* 2015;35:S30-S33. doi:10.1097/bpo.0000000000000541
10. Clapper TC. Proposing a new debrief checklist for TeamSTEPPS® to improve documentation and clinical debriefing. *Simulation & Gaming* 2016;47(6):710-19.
11. Fandt PM, Richardson WD, Conner HM. The impact of goal setting on team simulation experience. *Simulation & Gaming* 1990;21(4):411-22.
12. Clapper TC, Kong M. TeamSTEPPS®: The patient safety tool that needs to be implemented. *Clin Simul Nurs* 2012;8(8):e367-e373.
13. Alonso A, Baker DP, Holtzman A, Day R, King H, Toomey L, Salas E. Reducing medical error in the military health system: How can team training help? *Hum Resour Manag Rev* 2006;16(3):396-415.
14. Haynes J, Strickler J. TeamSTEPPS makes strides for better communication. *Nursing* 2014,44(1):62-3. doi:10.1097/01.Nurse.0000438725.66087.89
15. Brock D, Abu-Rish E, Chiu CR, Hammer D, Wilson S, Vorvick L, Blondon K, et al. Interprofessional education in team communication: Working together to improve patient safety. *BMJ Qual Saf* 2013;22(5):414-23. doi:10.1136/bmjqs-2012-000952
16. Gittell JH, Beswick J, Goldmann D, Wallack SS. Teamwork methods for accountable care: relational coordination and TeamSTEPPS®. *Health Care Manage Rev* 2015;40(2):116-25.
17. Gillespie BM, Chaboyer W, Murray P. Enhancing communication in surgery through team training interventions: A systematic literature review. *AORN J* 2010;92(6):642-57.
18. Jones KJ, Skinner AM, High R, Reiter-Palmon R. A theory-driven, longitudinal evaluation of the impact of team training on safety culture in 24 hospitals. *BMJ Qual Saf* 2013;22(5):394-404. doi:10.1136/bmjqs-2012-000939
19. Kirch DG, Boysen PG. Changing the culture in medical education to teach patient safety. *Health Aff (Millwood)* 2010;29(9):1600-4.
20. Sweigart LI, Umoren RA, Scott PJ, Carlton KH, Jones JA, Truman B, Gossett EJ. Virtual

- TeamSTEPPS® simulations produce teamwork attitude changes among health professions students. *J Nurs Educ.* 2016;55(1):31-5.
21. Sonesh SC, Gregory ME, Hughes AM, Feitosa J, Benishek LE, Verhoeven D, Salas E. Team training in obstetrics: A multi-level evaluation. *Fam Syst Health.* 2015;33(3):250.
 22. Paul ME, Dodge LE, Intondi E, Ozcelik G, Plitt K, Hacker MR. Integrating TeamSTEPPS® into ambulatory reproductive health care: Early successes and lessons learned. *J Healthc Risk Manag.* 2017;36(4):25-36.
 23. Wong AH-W, Gang M, Szyld D, Mahoney H. Making an "attitude adjustment": Using a simulation-enhanced interprofessional education strategy to improve attitudes toward teamwork and communication. *Simul Healthc* 2016;11(2):117-25.
 24. Gaston T, Short N, Ralyea C, Casterline G. Promoting patient safety: Results of a TeamSTEPPS® initiative. *J Nurs Adm* 2016;46(4):201-7.
 25. Clark K, Congdon HB, Macmillan K, Gonzales JP, & Guerra A. Changes in perceptions and attitudes of healthcare profession students pre and post academic course experience of team-based 'Care for the critically ill'. *J Prof Nurs* 2015;31(4):330-9.
 26. Thomas L, Galla C. Building a culture of safety through team training and engagement. *BMJ Qual Saf* 2013;22(5):425-34. doi:10.1136/bmjqs-2012-001011

Teşekkür

Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi Yayın Kurulu olarak 2022 yılında dergimize hakem olarak katkı sunan tüm hocalarımıza teşekkür ederiz..

Uzm. Dr. Adnan Yüce	Uzm. Dr. Ertan Yılmaz	Uzm. Dr. Önder Ergönül
Dr. Alfert Sağdıç	Dr. Fatih Şua Tapar	Uzm. Dr. Özden Şener
Uzm. Dr. Ali Süha Çalikoğlu	Uzm. Dr. Figen Şahin	Uzm. Dr. Özen Aşut
Uzm. Dr. Alican Bahadır	Uzm. Dr. Gazanfer Aksakoğlu	Uzm. Dr. Özlem Sarıkaya
Uzm. Dr. Alpaslan Türkkan	Uzm. Dr. Görker Sel	Uzm. Dr. Pınar Okyay
Uzm. Dr. Alper Büyükakkuş	Uzm. Dr. Gülden Pekcan	Uzm. Dr. Polat Dursun
Uzm. Dr. Arif Onan	Dr. Hakan Şen	Uzm. Dr. Rana Savlu
Uzm. Dr. Aylin Uluşahin	Uzm. Dr. Haldun Güner	Dr. Remzi Karşı
Uzm. Dr. Aylin Sena Beliner	Uzm. Dr. Hamit Hancı	Uzm. Dr. S. Songül Yalçın
Uzm. Dr. Aysun Balseven Odabaşı	Uzm. Dr. Hülya Yardımcı	Uzm. Dr. Semih Baskan
Uzm. Dr. Bahar Gökler	Uzm. Dr. İskender Sayek	Uzm. Dr. Serdar Kula
Uzm. Dr. Bahar Marangoz	Uzm. Dr. Mehmet Özen	Uzm. Dr. Serhat Ünal
Uzm. Dr. Berna Arda	Uzm. Dr. Mehmet Zencir	Uzm. Dr. Sibel Sakarya
Uzm. Dr. Berna Uluğ	Uzm. Dr. Melih Elçin	Uzm. Dr. Sinan Adıyaman
Dr. Binnaz Başaran	Uzm. Dr. Muharrem Yazıcı	Uzm. Dr. Şevkat Bahar Özvarış
Uzm. Dr. Burcu Tokuç	Uzm. Dr. Murat Akova	Uzm. Dr. Şükrü Hatun
Uzm. Dr. Bülent Erbil	Dr. Mustafa Sülkü	Uzm. Dr. Ufuk Beyazova
Uzm. Dr. Cem Terzi	Uzm. Dr. Muzaffer Eskiocak	Uzm. Dr. Ümit Biçer
Uzm. Dr. Celal Emiroğlu	Uzm. Dr. Münevver Kaynak Türkmen	Uzm. Dr. Yeşim Gökçe Kutsal
Uzm. Dr. Çetin Turgan	Uzm. Dr. Naki Bulut	Uzm. Dr. Yılmaz Yıldız
Uzm. Dr. Deniz Çalışkan	Uzm. Dr. Nural Kiper	Uzm. Dr. Zelal Ekinci
Uzm. Dr. Deniz Erdoğan	Uzm. Dr. Nüket Örnek Büken	
Uzm. Dr. Dilek Aslan	Uzm. Dr. Olgu Nur İleri	
Uzm. Dr. Dilşat Foto Özdemir	Uzm. Dr. Onur Naci Karahancı	
Uzm. Dr. Durmuş Evcüman	Uzm. Dr. Onur Özen	
Uzm. Dr. Emrah Kırımlı	Uzm. Dr. Orhan Odabaşı	
Uzm. Dr. Emrah Şeyhoğlu	Uzm. Dr. Orhan Yılmaz	
Uzm. Dr. Erdal Akalın	Uzm. Dr. Osman Abbasoğlu	



STED Yazarlarına Bilgi

STED'de birinci basamağın çalışma alanına giren konularda yapılmış araştırma yazıları, derlemeler, olgu sunumları Türkçe ve İngilizce olarak yayımlanır.

Makale, aşağıda belirtilen bölümlerden oluşmalıdır:

1. Başlık Sayfası: Bu sayfada bulunması gerekenler:

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

Yazarlar: Her yazarın adı soyadı, akademik derecesi, çalıştığı kurum ve kuruluş, iletişim bilgileri, e-posta adresi ve ORCID numarası (<http://orcid.org/>) belirtilmelidir.

Sorumlu Yazar: Metinle ilgili yazışmadan sorumlu yazarın adı soyadı, e-posta ve açık adresi belirtilmelidir.

Ana metnin sözcük sayısı, şekil ve tabloların sayısı paylaşılmalıdır. **Çıkar Çatışması:** Çalışma ile ilgili bilinmesi gereken herhangi bir mali ilişki ya da çıkar çatışması (conflict of interest) veya rekabet (competing interest) alanları varsa açıklanmalıdır. Çalışmaya yapılan tüm mali katkılar ya da sponsorluklar, çalışmayla ilgili olabilecek mali ilişkiler ya da kişisel çıkarışma konuları belirtilmeli ve Çıkar Çatışması Formu tüm yazarlar tarafından imzalanmalıdır.

2. Özet (Abstract) ve Anahtar Sözcükler: İkinci sayfada yer alacak Türkçe ve İngilizce özet, çalışmanın ya da araştırmanın "Amaç (Objective)", "Yöntem (Method)", "Bulgular (Results)" ve "Sonuç (Conclusion)" alt başlıklarını içerecek şekilde yapılandırılmalıdır. Türkçe ve İngilizce özet 150-250 sözcükten oluşmalı ve birbirinin birebir çevirisi olmalıdır.

Özetin altında üç ile altı anahtar sözcük (keywords) yer almalı ve sözcükler birbirinden noktalı virgül (;) ile ayrılmalı ve küçük harf ile başlanmalıdır. Anahtar sözcüklerin, Index Medicus'un Medical Subjects Headings (MeSH) başlığı altındaki "Tıbbi Konu Başlıkları" terimlerinden seçilmesi gerekmektedir (www.nlm.nih.gov/mesh/MBrowser.html). Türkçe anahtar sözcükler için, bu amaçla hazırlanmış MeSH - Medical Subject Headings terimlerinin Türkçe karşılıklarını içeren anahtar sözcükler dizini olan Türkiye Bilim Terimleri kullanılmaktadır (<http://www.bilimterimleri.com>).

3. Giriş: Bu bölümde, araştırma konusu hakkında ön bilgi verilmeli ve ana kavramlar açıklanmalı; amaç ve gerekeç belirtilmelidir.

4. Gereç ve Yöntem: Bu bölümde çalışmanın gereç ve yöntemi ayrıntılı olarak (araştırma türü, değişkenleri, yer ve zamanı, evren örnekleme, veri toplama yöntemi ve araçları) yer almalıdır. Yöntemler için kaynak gösterilmeli, yeni olan yöntemler tanımlanmalıdır. Etik kurallara uyum konusunda yapılan işler ve uyulan belgeler belirtilmelidir. Kullanılan istatistik yöntemleri, analiz için kullanılan bilgisayar programı ayrıntılı olarak açıklanmalıdır. Tip 1 hata düzeyi verilmelidir. Makalelerin biyoistatistiksel kurallara uygunluğu yazarların sorumluluğundadır.

5. Bulgular: Bulgular metin içinde, tablo ve şekiller üzerinde gösterilmelidir. Metin içinde önemli veriler vurgulanıp özetlenmelidir. Teknik ayrıntılar ek olarak verilebilir. Bulgular, sayı ve yüzde olarak belirtilmelidir. Yazılarda, p değerleri açıkça verilmeli; 0,001'den küçük olanlar için $p < 0,001$ ifadesi kullanılmalıdır.

6. Tartışma: Elde edilen bulgular yorumlanmalı, çalışmanın yeni ve önemli yönleri ile çıkan sonuçlar güncel literatür eşliğinde vurgulanmalıdır. Bulguların ne anlama geldiğine ve bunların sınırlarına, ayrıca kısıtlılıklar ve güçlü yönleri yer verilmelidir. Bulgular bölümünün tekrarı kaçınılmalıdır.

7. Sonuç ve Öneriler: Sonuçların amaçla bağlantısı kurulmalıdır. Verilerin tam olarak desteklemediği sonuç ve açıklamalar ile tartışma bölümünün kısa tekrarı kaçınılmalıdır. Öneriler de bu bölümde yer alabilir.

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

9. Kaynaklar: Kullanılan kaynakların yeni ve aktarılan bilgilerin güncel olmasına dikkat edilmeli, özellik içerenler hariç 10 yıldan eski kaynaklar kullanılmamalıdır. Kaynaklar ana metinde ilk geçtikleri sıraya göre numaralanmalıdır. Ana metin, tablolar ve alt yazılardaki kaynaklar rakamlarla (1,2,4-7) belirtilmelidir. Dergi adları, Index Medicus'ta kullanıldığı biçimde kısaltılmalıdır. "Yayımlanmamış gözlemler" ve "kişisel görüşmeler" kaynak olarak kullanılmamalıdır. En fazla otuz (30) kaynak yer almalı ve kaynak gösterme formatı olarak "Vancouver" stili kullanılmalıdır.

Kaynaklar aşağıda gösterildiği gibi yazılmalıdır:

Tipik dergi makalesi: Vega KJ, Pina I. Heart transplantation is associated with an increased risk for pancreaticobiliary disease. *Ann Intern Med* 1996;124:980-3.

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

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

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

10. Tablolar: Tablolara ana metin içinde ilk geçtikleri sıraya göre numara (arabik) verilmelidir. Her tablonun bir başlığı olmalıdır. Metin içinde tablolara atıf yapılmalıdır. Tablonun her sütununa kısa ya da kısaltılmış bir başlık koyulmalıdır. Kullanılan standart dışı kısaltmalara ve açıklayıcı bilgilere dipnotta yer verilmelidir. Dipnotlar için sırayla kullanılacak simgeler *, †, § olmalıdır.

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

11. Şekiller ve Fotoğraflar: Fotoğraf ve şekiller ana metin içinde ilk değindikleri sıraya göre numaralandırılmalıdır. Başka yerde yayımlanmış şekiller için kaynak belirtilmelidir. Şekil, resim, tablo ve grafikler metin içinde geçtiği yerler ilgili cümlelerin sonunda parantez içinde belirtilmelidir.

Metinlerin Gönderilmesi:

Metinler, tüm yazarların imzaladığı bir üst yazıyla gönderilmelidir. Bu yazıda metnin tüm yazarlarca okunduğu ve onaylandığı, yazarlık hakkı koşullarının gerçekleştiği belirtilmelidir.

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