

HSP

Journal of Health Sciences and Professions

Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi

CİLT 2 SAYI 1 YIL 2015



SAĞLIK BİLİMLERİ VE MESLEKLERİ DERGİSİ

ONURSAL EDİTÖR

Dr. Halil Koyuncu

EDİTÖR

Dr. Neriman Zengin

YAYIN KURULU

Dr. Ahmet Akgül
Dr. Burcu Ersöz Hüseyinsinoğlu
Dr. Ebru Kaya Mutlu
Canser Boz
Eyyüp Kara
Sevil Günaydın
Tuğba Canbulut

DANIŞMAKURULU*

Dr. Abdulfaz Suleymanov
Dr. Abdulhakim Beki
Dr. Afsun Ezel Esatoğlu
Dr. Ahmet Ataş
Dr. Ali Rıza Aba
Dr. Arash Alaei
Dr. Arzu Razak Özdiñçler
Dr. Asiye Gül
Dr. Ayden Çoban
Dr. Ayla Bayık
Dr. Ayla Ergin
Dr. Ayşe Çil Akıncı
Dr. Ayşegül Oksay Şahin
Dr. Ayten Dinç
Dr. Besey Ören
Dr. Birsen Karaca Saydam
Dr. Burcu Ersöz
Hüseyinsinoğlu
Dr. Burcu Semin Bilgütay
Dr. Çiğdem Öksüz
Dr. Derya Çelik
Dr. Sevim Çelik
Dr. Dilek Aygin
Dr. Doğaç N. Özüçelik
Dr. Eda Yılmaz
Dr. Ela Tarakçı
Dr. Emine Kıyak
Dr. Esin Çeber Turfan
Dr. Esmâ Demirezen
Dr. F. Deniz Sayıner
Dr. Fatma Ay
Dr. Gonca Bumin
Dr. Gökşen Kuran Aslan

Dr. Gülbahar Keskin
Dr. Gülbeyaz Can
Dr. Gülçin Bozkurt
Dr. Gülsün Özentürk
Dr. Gülümser Dolgun
Dr. Hacer Karanisoğlu
Dr. Hacer Özgen Narcı
Dr. Hafize Öztürk Can
Dr. Hakan Acar
Dr. Halim İşsever
Dr. Handan Güler
Dr. Hatice Kaya
Dr. Hatice Ulusoy
Dr. Hatice Yıldız
Dr. Hava Özkan
Dr. Haydar Sur
Dr. Hicran Yıldız
Dr. Hülya Bilgin
Dr. Hülya Kaya
Dr. Hülya Kayıhan
Dr. Hülya Üstündağ
Dr. Hüsnüye Dinç
Dr. Işıl Işık Andsoy
Dr. İpek Yeldan
Dr. İsmet Galip Yolcuoğlu
Dr. Leyla Erdim
Dr. Leyla Küçük
Dr. Mehmet Yazıcı
Dr. Mehveş Tarım
Dr. Meral Madenoğlu
Kıvanç
Dr. Mine Uyanık
Dr. Mithat Kıyak

Dr. N. Ekin Akalan
Dr. Nazan Karahan
Dr. Nazan Tuna Oran
Dr. Neriman Soğukpınar
Dr. Neriman Zengin
Dr. Nermin Olgun
Dr. Neslihan Keser Özcan
Dr. Nevin Hotun Şahin
Dr. Nilgün Sarp
Dr. Nuran Gençtürk
Dr. Nurdan Demirci
Dr. Nurten Kaya
Dr. Osman Hayran
Dr. Özgür Alparşlan
Dr. Panagiotis V. Tsaklis
Dr. Rabia Etki Genç
Dr. S. Haluk Özsarı
Dr. Saadet Yazıcı
Dr. Selma Söyük
Dr. Serap Ejder Apay
Dr. Sevil İnal
Dr. Sevim Ulupınar
Dr. Sıdika Kaya
Dr. Sibel Öztürk
Dr. Sultan Alan
Dr. Şule Alpar Ecevit
Dr. Tülay Yılmaz
Dr. Tümer Ulus
Dr. Veli Duyan
Dr. Zekiye Karaçam
Dr. Zeliha Tülek

*İlk isme göre alfabetik sıralama yapılmıştır.

YAYIN KURALLARI

SAĞLIK BİLİMLERİ VE MESLEKLERİ DERGİSİ'nde daha önce başka bir yerde yayınlanmamış, hakem değerlendirmesinde olmayan ve Dergi Yazı Kurulu (Editorial Board) ve Yayın Danışma (Hakem) Kurulu tarafından değerlendirilerek uygun bulunan yazılar basılır. Basılması uygun görülmeyen yazılar geri iade edilmez. Yayınlanan yazı ve resimlerin tüm hakları dergiye aittir. Dergiden alıntı yapıldığı takdirde dergi kaynak olarak belirtilmelidir.

YAYIN KURALLARI

BİLİMSEL SORUMLULUK

Makalelerin bilimsel kurallara uygunluğu yazarların sorumluluğundadır. Tüm yazarların gönderilen makalede akademik-bilimsel olarak doğrudan katkısı olmalıdır. Yazar olarak belirlenen isim makaledeki çalışmayı planlamalı veya yapmalı, makaleyi yazmalı veya revize etmeli, son halini kabul etmelidir.

ETİK SORUMLULUK

Dergi, “İnsan” ögesinin içinde bulunduğu tüm çalışmalarda Helsinki Deklerasyonu Prensipleri'ne uygunluk (<http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/index.html>) ilkesini kabul eder. Bu tip çalışmaların varlığında yazarlar, makalenin GEREÇ VE YÖNTEMLER bölümünde bu prensiplere uygun olarak çalışmayı yaptıklarını, kurumlarının etik kurullarından ve çalışmaya katılmış insanlardan “Bilgilendirilmiş Olur” (informed consent) aldıklarını belirtmek zorundadır. Çalışmada “Hayvan” ögesi kullanılmış ise yazarlar, makalenin GEREÇ VE YÖNTEMLER bölümünde Guide for the Care and Use of Laboratory Animals (www.nap.edu/catalog/5140.html) prensipleri doğrultusunda çalışmalarında hayvan haklarını koruduklarını ve kurumlarının etik kurullarından onay aldıklarını belirtmek zorundadır. Olgu sunumlarında hastanın kimliğinin ortaya çıkmasına bakılmaksızın hastalardan “Bilgilendirilmiş Olur” (informed consent) alınmalıdır. Eğer makalede direkt-indirekt ticari bağlantı veya çalışma için maddi destek veren kurum mevcut ise yazarlar; kullanılan ticari ürün, ilaç, firma. ile ticari hiçbir ilişkisinin olmadığını ve varsa nasıl bir ilişkisinin olduğunu (konsültan, diğer anlaşmalar), editöre sunum sayfasında bildirmek zorundadır.

Makalede “Etik Kurul Onayı” alınması gerekli ise; alınan belge online olarak, Makale Gönderim” linkindeki bölümden, makale ile birlikte gönderilmelidir. Makalelerin etik kurallara uygunluğu yazarların sorumluluğundadır. Makalenin değerlendirilmesi aşamasında, yayın kurulunun gerek görmesi halinde, makale ile ilgili araştırma verilerinin ve/veya etik kurul onayı belgesinin sunulması yazarlardan talep edilebilir.

BİYOİSTATİSTİKSEL DEĞERLENDİRME

Tüm retrospektif, prospektif ve deneysel araştırma makaleleri biyoistatistiksel olarak değerlendirilmeli ve uygun plan, analiz ve raporlama ile belirtilmelidir. Makalelerde p değerleri açık olarak verilmelidir ($p= 0.025$; $p= 0.524$ gibi). Araştırma makaleleri dergiye gönderilmeden önce, biyoistatistik uzmanı tarafından değerlendirilmeli ve uzmanın ismi yazarlar arasında ya da makalenin sonunda yer almalıdır.

Makalelerin biyoistatistiksel kurallara uygunluğu yazarların sorumluluğundadır.

YAZIM DİLİ YÖNÜNDEN DEĞERLENDİRME

Derginin yayın dili Türkçe ve İngilizce'dir. Türkçe makalelerde Türk Dil Kurumu'nun Türkçe sözlüğü veya www.tdk.gov.tr adresi esas alınmalıdır. İngilizce makaleler ve İngilizce özetler, dergiye gönderilmeden önce dil uzmanı tarafından değerlendirilmeli ve uzman onayı editöre sunum sayfasında özellikle belirtilmelidir. Makaleyi, İngilizce yönünden değerlendiren, yazarlardan biri değil ise bu kişinin ismi makalenin sonunda bulunan TEŞEKKÜR (Acknowledgement) bölümünde belirtilmelidir.

Makalelerin yazım ve dil bilgisi kurallarına uygunluğu yazarların sorumluluğundadır.

YAYIN HAKKI

Yayımlanmak üzere kabul edilen yazıların her türlü yayın hakkı dergiye yayımlayan kuruma aittir.

Yazılardaki düşünce ve öneriler tümüyle yazarların sorumluluğundadır. Makale yazarlarına, yazıları karşılığında herhangi bir ücret ödenmez. Yayın Hakları Devir Formu "nu doldurup, makale gönderim" linkindeki bölümden makale ile birlikte göndermelidirler.

YAZI ÇEŞİTLERİ

Yazı daha önce bilimsel bir toplantıda sunuldu ise yazının başlığında (*) işareti ile belirtilmeli ve işarete (*), metnin ilk sayfası sonunda toplantı adı, yer ve tarihi belirtilerek açıklama getirilmelidir.

Araştırma bilim uzmanlığı ya da doktora tezinden oluşmuş ise başlıkta (*) işareti ile belirtilmeli ve metnin ilk sayfası sonunda (*) işaretinden sonra Enstitüsü, Yılı, Yüksek Lisans veya Doktora tezi olduğu açıklanmalıdır.

Yazılar A4 boyutlarında 1,5 Aralıklı olarak, Times New Roman yazı karakterinde, 12 punto ile yazılmalıdır. Sayfanın alt ve sağ yanında 2,5 cm' lik, üst ve sol yanından 2,5 cm' lik boşluk bırakılmalıdır. **Sayfa sayısı kaynaklar dışında derlemeler için en fazla 10, araştırma raporları için en fazla 12 olmalıdır.**

Orijinal Araştırma: Kliniklerde yapılan prospektif-retrospektif ve her türlü deneysel çalışmalar yayımlanabilmektedir. **Sayfa sayısı kaynaklar dışında en fazla 12 olmalıdır.**

Yapısı:

- Başlık sayfası (makaleden ayrı gönderilmeli)
- Özet (Ortalama 200-250 kelime; amaç, gereç ve yöntemler, bulgular ve sonuç bölümlerinden oluşan, Türkçe ve İngilizce, Kısaltma kullanılmamalı)
- Giriş
- Gereç ve Yöntemler
- Bulgular
- Tartışma
- Sonuç
- Teşekkür
- Kaynaklar

Derleme: Doğrudan veya davet edilen yazarlar tarafından hazırlanır. Tıbbi özellik gösteren her türlü konu için son tıp literatürünü de içine alacak şekilde hazırlanabilir. Yazarın konu ile ilgili basılmış yayınlarının olması özellikle tercih nedenidir. Sayfa sayısı kaynaklar dışında en fazla 10 olmalıdır.

Yapısı:

- Başlık sayfası (makaleden ayrı gönderilmeli)
- Özet (Ortalama 200-250 kelime, bölümsüz, Türkçe ve İngilizce, Kısaltma kullanılmamalı)
- Konu ile ilgili başlıklar
- Kaynaklar

Olgu Sunumu: Nadir görülen, tanı ve tedavide farklılık gösteren makalelerdir. Yeterli sayıda fotoğraflarla ve şemalarla desteklenmiş olmalıdır. Kaynaklar dışında en fazla 8 sayfa olmalı ve başlık sayfası (makaleden ayrı gönderilmeli)

Yapısı:

- Başlık sayfası (makaleden ayrı gönderilmeli)
- Özet (ortalama 100-150 kelime; bölümsüz; Türkçe ve İngilizce, Kısaltma kullanılmamalı)
- Giriş
- Olgu Sunumu
- Tartışma
- Kaynaklar

Editöryel Yorum/Tartışma: Yayımlanan orijinal araştırma makalelerinin, araştırmanın yazarları dışındaki, o konunun uzmanı tarafından değerlendirilmesidir. İlgili makalenin sonunda yayımlanır.

Editöre Mektup: Son bir yıl içinde dergide yayımlanan makaleler ile ilgili okuyucuların değişik görüş, tecrübe ve sorularını içeren en fazla 500 kelimelik yazılardır.

Yapısı:

- Başlık ve özet bölümleri yoktur.
- Kaynak sayısı 5 ile sınırlıdır.
- Hangi makaleye (sayı, tarih verilerek) ithaf olunduğu belirtilmeli ve sonunda yazarın ismi, kurumu, adresi bulunmalıdır. Mektuba cevap, editör veya makalenin yazar(lar)ı tarafından, yine dergide yayımlanarak verilir.

Bilimsel Mektup: Genel tıbbi konularda okuyucuyu bilgilendiren, basılmış bilimsel makalelere de atıfta bulunarak o konuyu tartışan makalelerdir.

Yapısı:

- Özet (ortalama 100-150 kelime; bölümsüz, Türkçe ve İngilizce)
- Konu ile ilgili başlıklar
- Kaynaklar

Tıbbi Kitap Değerlendirmeleri: Güncel değeri olan ulusal veya uluslararası kabul görmüş kitapların değerlendirmeleridir.

YAZIM KURALLARI

Dergiye yayımlanması için gönderilen makalelerde biçimsel esaslar

Makale, PC uyumlu bilgisayarlarda Microsoft Word programı ile yazılmalıdır. Özette kısaltma kullanılmamalı. Yazı içinde kısaltmalar kelimenin ilk geçtiği yerde parantez içinde verilir ve tüm metin boyunca o kısaltma kullanılır. Uluslararası kullanılan kısaltmalar için “Bilimsel Yazım Kurallarına” başvurulabilir.

Şekil, Resim, Tablo ve Grafikler:

- Şekil, resim, tablo ve grafiklerin metin içinde geçtiği yerler ilgili cümlenin sonunda belirtilmelidir. Şekil, resim, tablo ve grafiklerin açıklamaları makale sonuna eklenmelidir.
- Şekil, resim/fotoğraflar ayrı birer jpg veya gif dosyası olarak (pixel boyutu yaklaşık 500x400, 8 cm eninde ve 300 çözünürlükte taranarak), sisteme eklenmelidir.
- Kullanılan kısaltmalar şekil, resim, tablo ve grafiklerin altındaki açıklamada belirtilmelidir.
- Daha önce basılmış şekil, resim, tablo ve grafik kullanılmış ise yazılı izin alınmalıdır ve bu izin açıklama olarak şekil, resim, tablo ve grafik açıklamasında belirtilmelidir.
- Resimler/fotoğraflar renkli, ayrıntıları görülecek derecede kontrast ve net olmalıdır.

Editöre Sunum Sayfası: Gönderilen makalenin kategorisi, daha önce başka bir dergiye gönderilmemiş olduğu, varsa çalışmayı maddi olarak destekleyen kişi ve kuruluşlar ve varsa bu kuruluşların yazarlarla olan ilişkileri belirtilmelidir.

Kapak Sayfası: Makalenin başlığı (Türkçe ve İngilizce), tüm yazarların ad-soyadları, akademik ünvanları, kurumları, iş telefonu-GSM, e-posta ve yazışma adresleri belirtilmelidir. Makale daha önce bildiri olarak sunulmuş ise bildiri yeri ve tarihi belirtilmelidir. **Bu bölüm makaleden ayrı bir dosya olarak sisteme yüklenmelidir.**

Özetler: Yazı çeşitleri bölümünde belirtilen şekilde hazırlanarak, makale metni içerisine yerleştirilmelidir.

Anahtar Kelimeler: En az 2 adet, Türkçe ve İngilizce yazılmalıdır. Kelimeler birbirlerinden noktalı virgül (;) ile ayrılmalıdır. İngilizce anahtar kelimeler “Medical Subject Headings (MESH)”e uygun olarak verilmelidir (Bkz: www.nlm.nih.gov/mesh/MBrowser.html). Türkçe anahtar kelimeler Türkiye Bilim Terimleri (TBT)’ne uygun olarak verilmelidir (Bkz: www.bilimterimleri.com).

Teşekkür: Eğer çıkar çatışması, finansal destek, bağış ve diğer bütün editöryal (istatistiksel analiz, İngilizce/Türkçe değerlendirme) ve/veya teknik yardım varsa, metnin sonunda sunulmalıdır.

Kaynaklar: Kaynaklar makalede geliş sırasına göre yazılmalı ve metinde cümle sonunda noktalama işaretlerinden hemen sonra “Üst Simge” olarak belirtilmelidir. Makalede bulunan yazar sayısı 6 veya daha az ise tüm yazarlar belirtilmeli, 7 veya daha fazla ise ilk 6 isim yazılıp “et al.” eklenmelidir. Kaynak yazımı için kullanılan format Index Medicus’ta belirtilen şekilde olmalıdır (Bkz: www.icmje.org).

Orijinal basımı Türkçe olan kaynakların başlığı [] içinde ve İngilizce olarak yazılmalıdır.

Örnek: Yazar(lar). Türkçe İsim [İngilizce İsim]. Türkçe Dergi İsmi [İngilizce Dergi ismi] yıl;cilt(sayı):sayfa numarası.

Yazının Sisteme Yüklenmesi: [Açık Dergi Sistemleri Elektronik Yayıncılık Rehberinden \(ADS\)](#) yararlanabilirsiniz. HSP dergisine yazar olarak kayıt olduktan sonra beş aşamada yazıyı gönder bölümünden yazınızı gönderebilirsiniz.

Yazının Takibi: Kullanıcı adı ve şifrenizle sisteme giriş yaptıktan sonra ÖZET bölümünde yazınızın hangi aşamada olduğunu, DEĞERLENDİRME bölümünden HAKEM eleştirilerini görebilirsiniz.

Kaynakların yazımı için örnekler (Noktalama işaretlerine lütfen dikkat ediniz):

Makale	Yazar(lar)ın soyad(lar)ı ve isim(ler)inin başharf(ler)i, makale ismi, dergi ismi, yıl, cilt, sayı; sayfa no’su belirtilmelidir.	<ul style="list-style-type: none">Zengin N, Enç N. Comparison of two blood sampling methods in anticoagulation therapy: venipuncture and peripheral venous catheter. <i>J Clin Nurs</i> 2008; 17(3):386-93.Zengin N, Üstündağ H. İnfüzyon setleri değişim süreleri ile ilgili yapılan çalışmalar ve öneriler [The change period of administration sets and the studies about this subject and suggestion]. <i>Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi [ournal of Anatolia Nursing and Health Sciences]</i> 2004;7(3):83-90.
Elektronik Makale	Yazar(lar)ın soyad(lar)ı ve isim(ler)inin başharf(ler)i, makale ismi, dergi ismi[serial on the Internet] yıl (erişim yılı) cilt, sayı; sayfa no’su. Erişim adresi:	<ul style="list-style-type: none">Perneger TV, Giner F. Randomized trial of heroin maintenance programme for adults who fail in conventional drug treatments. <i>BMJ</i> [serial on the Internet]. 1998 [cited 2005 Aug 12];317(2):[about 3 p.]. Available from: http://www.bmj.com/cgi/content/full/317/7150/1.

Bölüm yazarları farklı olan kitaplar için;	Yazar(lar)ın soyad(lar)ı ve isim(ler)inin başharf(ler)i, bölüm başlığı, editörün(lerin) ismi, kitap ismi, kaçınıcı baskı olduğu, şehir, yayınevi, yıl ve sayfalar belirtilmelidir.	<p><u>Yabancı dilde yayımlanan kitaplar:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Underwood LE, Van Wyk JJ. Normal and aberrant growth. In: Wilson JD, Foster DW, eds. Williams' Textbook of Endocrinology. 1st ed. Philadelphia: WB Saunders; 1992. p.1079-138. Meltzer PS, Kallioniemi A, Trent JM. Chromosome alterations in human solid tumors. In: Vogelstein B, Kinzler KW, editors. The genetic basis of human cancer. New York: McGraw-Hill; 2002. p. 93-113. Baselt RC, Cravey, RH. Disposition of toxic drugs and chemicals in man. 4th ed. Foster City, CA: Chemical Toxicology Institute; 1995.p.140-150. <p><u>Türkçe kitaplar için:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Tür A. [Emergency airway management and endotracheal intubation]. Şahinoğlu AH, editör. Yoğun Bakım Sorunları ve Tedavileri. 2. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri; 2003. p.9-16.
Yazar ve editörün aynı olduğu kitaplar için;	Yazar(lar)ın/editörün soyad(lar)ı ve isim(ler)inin başharf(ler)i, bölüm başlığı, kitap ismi, kaçınıcı baskı olduğu, şehir, yayınevi, yıl ve sayfalar belirtilmelidir.	<p><u>Yabancı dilde yayımlanan kitaplar için:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Solcia E, Capella C, Kloppel G. Tumors of the exocrine pancreas. Tumors of the Pan creas. 2nd ed. Washington: Armed Forces Institute of Pathology; 1997. p.145-210. <p><u>Türkçe kitaplar için:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Eken A. Kozmesötik Etken Maddeler [Cosmeceutical ingredients: drugs to cosmetics products]. 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri; 2006. p.1-7.
On-line yayımlar	DOI kabul edilebilir online referanstır	<ul style="list-style-type: none"> Degenhardt L, Bohnert KM, Anthony C. Assessment of cocaine and other drug dependence in the general population: 'Gated' vs. 'ungated' approaches. Drug Alcohol Depend [Internet]. 2008 Mar 1 [cited 2010 Apr 15]; 93(3):227-232. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2756072/DOI: 10.1016/j.drugalcdep.2007.09.024.
Yazarı Belirsiz Kitaplar		<ul style="list-style-type: none"> The 1995 NEA almanac of higher education. Washington DC: National Education Association;1995.p.150-155. Ministry of Health and Social Welfare: Health Statistics Yearbook, Ankara Publications of Ministry of Health, 2010.
Tez	Yazar soyadı ve adı. Tezin başlığı.(Tezin	<ul style="list-style-type: none"> Kay JG. Intracellular cytokine trafficking and phagocytosis in macrophages [PhD thesis]. University of Queensland, St

	Türü- Yüksek lisans, Doktora) - yayınlayan kurum, yayın yeri, yıl, sayfa.	<p>Lucia, 2007.</p> <ul style="list-style-type: none"> Zengin N. Antikoagülan tedavinin izlenmesinde iki farklı kan alma yönteminin karşılaştırılması: Vena ponksiyon ve periferik venöz kateter [Comparison of two blood sampling methods in anticoagulation therapy: venipuncture and peripheral venous catheter][Yüksek Lisans Tezi]. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü [Institute of Medical Sciences, İstanbul University], İstanbul, Türkiye, 1999.
Web Sayfası	Yazarlı Web Sayfası Yazar. Yayın başlığı. Yayın yeri (Varsa): Yayın kuruluşu/yayıncı (varsa); Yayınlanma tarihi (Güncelleme tarihi; Erişim tarihi). Erişim adresi:	<ul style="list-style-type: none"> Atherton J. Behaviour modification 2010 [updated 2010 Feb 10; cited 2010 Apr 10]. Available from: http://www.learningandteaching.info/learning/behaviour_mod.htm
	Yazarsız Web Sayfası	<p>Yazar/organizasyonun adı. Sayfanın başlığı [Internet], Yayının tarihi, Güncelleme tarihi. Erişim adresi:</p> <ul style="list-style-type: none"> Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Obezite, Diyabet ve Metabolik Hastalıklar Daire Başkanlığı. Yeterli ve Dengeli Beslenme 2014. (Güncelleme tarihi; Erişim tarihi:) Erişim adresi: http://beslenme.gov.tr/index.php?lang=tr&page=47: Diabetes Australia. Diabetes globally 2012 [updated 2013 Dec 20; cited 2014 Jun 30]. Available from: http://www.diabetesaustralia.com.au/en/Understanding-Diabetes/Diabetes-Globally/
Metin içinde kaynaklar		<ul style="list-style-type: none">in his research, Jones ² asserts....as evidenced from a recent Australian study. Scholtz ¹ has argued that.....
Metin içinde sayfa numarası içeriyorsa		<ul style="list-style-type: none"> ...as one author has put it "the darkest days were still ahead". ^{1(p23)} ...as one author has put it "the darkest days were still ahead". ^{1(p23)} ...as one author has put it "the darkest days were still ahead". ^(1 p23) Scholtz ^(1 pp16-18) has argued that.....
Aynı anda birçok kaynak kullanılacaksa		<p>Her bir kaynak numarasından sonra virgül konulmalı , ardışık kaynak numaralarında araya “-“ konularak ilk ve son kaynak numarası yazılmalıdır.</p> <ul style="list-style-type: none"> örnek:..... ^{1,5,6-8}

Sağlık Bilimleri Fakültesi Öğrencilerinin Çocuk İstismarı ve İhmali İle İlgili Görüş ve Düşünceleri*

Views and Opinions of Faculty of Health Sciences Students about Child Abuse and Neglect

Melahat AKGÜN KOSTAK^a Cemine VATANSEVER^b

ÖZET Amaç: Bu çalışma Sağlık Bilimleri Fakültesi öğrencilerinin çocuk istismarı ve ihmali ile ilgili düşüncelerini ve görüşlerini belirlemek amacıyla planlandı. **Yöntemler:** Tanımlayıcı tipteki araştırmanın örneklemini 397 öğrenci oluşturdu. Veriler anket formu ile toplandı. Verilerin analizinde sayı, yüzde, ortalama ve standart sapma ve ki-kare testi kullanıldı. **Bulgular:** Öğrencilerin %11.6'sı çocukluklarında şiddet gördüğünü, %14.4'ü ihmal edildiğini ifade etti. Öğrencilerin %40.8'inin çocuk istismar ve ihmali konusunda bilgi aldığı, öğrencilerin bölüm, sınıf ve cinsiyetlerinin bilgi alma durumlarını etkilediği bulundu. Hemşirelik bölümü öğrencilerinin, 4. sınıf öğrencilerinin ve kız öğrencilerin çocuk istismarı ve ihmali ile ilgili daha fazla bilgi aldıkları belirlendi ($p<0.05$). "Kızını dövmeden dizini döver" ifadesine fizyoterapi ve rehabilitasyon bölümü öğrencilerinin ve erkek öğrencilerin daha fazla katıldıkları bulundu ($p<0.05$). **Sonuç:** Çocuk istismarı ve ihmalinin önlenmesi ve erken tanınmasında önemli rolü olan hemşirelik, fizyoterapi ve rehabilitasyon bölümü öğrencilerinin çocuk istismarı ve ihmali konusunda bilgilerinin yetersiz olduğu belirlendi. Öğrencilerin istismar konusundaki farkındalıklarının artırılması için eğitim programlarının düzenlenmesi, müfredat programlarında istismar konusuna daha fazla yer verilmesi çok önemlidir.

Anahtar kelimeler: Çocuk istismar ve ihmali, fizyoterapi ve rehabilitasyon, öğrenci, hemşirelik.

ABSTRACT Aim: The aim of the present study was to determine a bout views and opinions of faculty of health sciences students' about child abuse and neglect. **Methods:** This descriptive study population consisted of students ($n=397$). Data were collected using the "Questionnaire Form" and analyzed using number, percentage, mean, standard deviation and chi-square test. **Results:** In the study, 11.6% of the students stated that exposed to violence, 14.4% of the students stated that neglected in their childhood. It is found that only 40.8% of the students received information about child abuse and neglect, of the students departments, class and gender affected the receive information status. It is found that of nursing students, 4th grade students and female students received more information about child abuse and neglect ($p<0.05$). Departments of Physiotherapy and Rehabilitation students and male students approved more likely than nursing students and female students expression of the "Spare the rod spoil the child". ($p<0.05$). **Conclusion:** Of the nursing and physiotherapy and rehabilitation students which play an important role prevention and early assessment to child abuse and neglect information are insufficient about child abuse and neglect. It is important that of the students to increase their awareness of abuse to arrange training programs, to give more space to the subject in the curriculum.

Key words: Child abuse and neglect, nursing, physiotherapy and rehabilitation, student.

^a Yard. Doç. Dr. Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, akgunmel@yahoo.com

^b Hemşire, Şevket Yılmaz Eğitim Araştırma Hastanesi

Geliş Tarihi 24.08.2014/Kabul Tarihi 05.01.2015

*Çalışma, 26-28 Nisan 2012 tarihleri arasında Bursa'da düzenlenen 11. Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi'nde poster bildiri olarak sunulmuştur.

Yazışma Adresi: Yard. Doç. Dr. Melahat Akgün Kostak, Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, akgunmel@yahoo.com

Giriş

Tarih boyunca olduğu gibi günümüzde de çocuk istismarı her toplumda rastlanılan ve evrensel boyutu olan bir sorundur.¹⁻³ Tüm ırk ve kültürlerde yaygın olarak görülen istismar, bireylerin doğduğu andan itibaren bulunduğu her ortamda ve çeşitli nedenlerle karşılaşılabileceği önemli bir sorundur.¹⁻³ Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ); çocuk sağlığını, fiziksel ya da psikososyal gelişimini olumsuz etkileyen; bir yetişkin, toplum ya da devlet tarafından bilerek ya da bilmeyerek yapılan tüm davranışları çocuk istismarı olarak kabul etmektedir.⁴

Türkiye’de çocuk istismarı, çok sık rastlanan ve bazen meşru görülen bir şiddet biçimidir.^{1,2,4} Ülkemizde dayanın bir disiplin yöntemi olarak algılanabildiği ve kullanıldığı dilimize yerleşmiş “Ananın vurduğu yerde gül biter”, “Dayak cennetten çıkmadır”, “Eti senin kemiği benim” gibi atasözlerinde de kendini göstermektedir. Çocuk İstismarı ve Aile İçi Şiddet Araştırması 2010 Özet Raporu’nda; 7-18 yaş çocukların %43’ünün fiziksel istismara, %51’inin duygusal istismara, %25’nin de ihmale maruz kaldığı, aynı raporda 7-18 yaş arası çocukların %56’sının fiziksel istismara, %49’unun duygusal istismara ve %10’unun cinsel istismara tanık olduğu belirtilmektedir.⁴

İstismar ve ihmal sık görülmesine karşın tanınmasında, ve bazı istismar türlerinin yasal olarak kanıtlanmasında güçlükler yaşanmaktadır.^{3,5} Bu konunun çocukla çalışan profesyoneller tarafından yeterince tanınmaması, bildirilmemesi, inkar edilmesi ve gizli kalması ise önemini daha da arttırmaktadır.⁶ Çocuk istismarı ciddi yaralanmalara, sakatlıklara ve hatta ölümlere neden olabilen, çocukta yaşamı boyunca kalıcı izler bırakan, tıbbi, hukuki, sosyal yönleri olan önemli bir sağlık sorunudur. Bununla birlikte çocuk ihmali ve istismarı önlenemez bir sorundur.⁷ Sağlık profesyonelleri koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici alanlarda çocuk ve aile ile bir aradadırlar. Çocuk istismarı açısından ailenin risk grubunda olup olmadığının belirlenmesinde önemli rolleri

vardır. Bir çalışmada ebe ve hemşirelerin çocuk istismar ve ihmali konusunda bilgilerinin yetersiz olduğu ve bilgi gereksinimlerinin olduğu⁸, sağlık çalışanları ile yapılan başka çalışmalarda da çocuk istismarı ve ihmali ile ilgili farkındalıklarının yeterli düzeyde olmadığı,^{9,10} ebelik ve hemşirelik öğrencileriyle yapılan bir çalışmada da öğrencilerin şiddet konusunda hiç bilgi almadıkları belirlenmiştir.¹¹ Tüm sağlık profesyonellerinin çalışma alanları ne olursa olsun istismar ve ihmalin erken tanı, tedavisi, önlenmesinde, aile ve toplumun bu konuda bilinçlendirilmesinde aktif rol almaları gerekir.⁷ Literatürde sağlık çalışanlarının şiddete ilişkin eğitiminin, inanç ve tutumları geliştirebileceği belirtilmektedir.^{9,12,13} Koç ve arkadaşları¹² çalışmalarında ülkemizde çocuk istismarı ve ihmali ile ilgili ve duyarlılığın artması ile birlikte istismar ve ihmal tanısı alan olgu sayılarında artış olduğunu belirtmekte, aynı çalışmada bunun yeterli düzeyde olmadığı da vurgulanmaktadır. Çocuk istismarı ve ihmalinin önlenmesinde sağlık profesyonellerinin çocuk istismar ve ihmali konusunda rol oynayan risk faktörlerini bilmeleri önemlidir.

Yaşanan her türlü istismar daha sonra bireyin sosyal yaşamında hatalı bir istismar algısının oluşumunda temel oluşturur. Bireylerin algıladığı istismar düzeyi onun kuracağı ilişkilerin yapısını ve içeriğini etkileyen önemli faktörlerden biridir.¹⁴ Bu nedenle, sağlık profesyonellerinin eğitimleri sırasında şiddet konusuna daha fazla yer verilmeli ve öğrencilerin kültürel özelliklerinden getirdikleri şiddete yönelik tutum ve görüşlerinin değiştirilmesine çalışılmalıdır. Bunun için öncelikle öğrencilerin çocuk istismarı ve ihmali ile ilgili görüş ve düşüncelerinin bilinmesi önemlidir. Bu açıdan bakıldığında geleceğin sağlık profesyonellerinin çocuk istismarı ve ihmali konusundaki bilgi ve görüşlerinin saptanması hazırlanacak eğitim programlarına rehber olacaktır. Hemşirelik ve fizyoterapi ve rehabilitasyon bölümü

öğrencilerinin çocuk istismarı ve ihmali ile ilgili düşüncelerinin, görüşlerinin ve bunları etkileyen faktörlerin bilinmesi, şiddete ilişkin farkındalığın artırılması ve şiddetin önlenmesi açısından önemlidir. Bu çalışma Sağlık Bilimleri Fakültesi hemşirelik ve fizyoterapi ve rehabilitasyon bölümü öğrencilerinin çocuk istismarı ve ihmali ile ilgili düşüncelerini ve görüşlerini belirlemek amacıyla planlandı.

Gereç ve Yöntemler

Tanımlayıcı tipteki araştırmanın evrenini; 2011-2012 bahar yarıyılında bir Sağlık Bilimleri Fakültesi'nin hemşirelik (N=386) ve fizyoterapi ve rehabilitasyon (N=219) bölümlerinin 1., 2., 3. ve 4. sınıflarında öğrenim gören toplam 605 öğrenci oluşturdu. Araştırmaya 27 Mart-04 Nisan 2012 tarihlerinde derslere devam eden, araştırmaya katılmayı kabul eden 253 hemşirelik, 144 fizyoterapi ve rehabilitasyon bölümü (n= 397) öğrencisi katıldı.

Veriler, araştırmacılar tarafından literatür bilgisi doğrultusunda^{7,9,11,13,15} geliştirilen "Anket Formu" ile toplandı. Anket formu, öğrencilerin sosyo-demografik özelliklerini içeren (sınıf, yaş, cinsiyet, bölüm, aile tipi, ekonomik durum, kardeş sayısı vb.) 9 soru, şiddet ile ilgili özelliklerini içeren (şiddete maruz kalma, ihmal edilme, eğitimi sırasında şiddet hakkında bilgi alma vb.) 3 soru, çocuk istismarı ve ihmali ile ilgili görüş ve düşüncelerini içeren "Katılıyorum", "Kararsızım" ve "Katılmıyorum" şeklinde yanıtlanan 14 olmak üzere toplam 26 sorudan oluştu. Anket formu, örneklem grubuna uygulanmadan önce her iki bölümden seçilen 20 öğrenciye uygulandı. Ön uygulama sonrası gerekli düzenlemeler yapılarak son şekli verildi. Bu anket formları örnekleme dahil edilmedi. Formlar sözlü onayı alınan gönüllü öğrencilere uygun ders saatleri içinde

uygulandı ve geri toplandı. Anketlerin yanıtlanması 6-8 dakika sürdü.

İstatistiksel Analiz

Araştırmanın verileri SPSS 16.0 programında analiz edildi. Öğrencilerin sosyodemografik özellikleri, çocuk istismarı ve ihmali ile ilgili görüşleri sayı, yüzde, ortalama ve standart sapma ile değerlendirildi. Öğrencilerin bazı sosyodemografik özellikleri (sınıf, cinsiyet, bölüm vb.) ile çocuk istismarı ve ihmali ile ilgili düşünce ve görüşlerinin karşılaştırılmasında ki-kare testi kullanıldı. $p < 0.05$ değeri istatistiksel anlamlılık sınırı olarak kabul edildi.

Etik Yaklaşım

Araştırma için Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekanlığı ve Hemşirelik Bölüm Başkanlığı'ndan yazılı izin alındı. Anket formları dağıtılmadan önce öğrencilere araştırmanın amacı açıklandı. Araştırmaya katılmaya gönüllü öğrencilere anket formlarına isim yazmamaları, elde edilen bilgilerin bilimsel amaçla kullanılacağı söylendi ve sözel onamları alındı.

Bulgular

Araştırmaya katılan öğrencilerin yaş ortalaması 20.4 ± 1.7 , %74.6'sı kız, %63.7'si hemşirelik, %36.3'ü fizyoterapi ve rehabilitasyon bölümünde okumakta idi. Öğrencilerin %84.6'sının aile tipi çekirdek, %44.8'i iki kardeş, %51.4'ünün annesi, %36.8'inin babası ilkökul mezunuydu. Araştırmaya katılan öğrencilerin %84.9'u gelir düzeylerini orta olarak tanımladı (Tablo 1). Öğrencilerin şiddete ilişkin bazı özellikleri incelendiğinde; %11.6'sının çocukluklarında şiddet gördüğü, %14.4'ü ihmal edildiği, %40.8'inin eğitimleri sırasında çocuk istismar ve ihmali konusunda bilgi aldığı belirlendi (Tablo 2).

Tablo 1: Öğrencilerin bazı sosyo-demografik Özellikleri (n= 397)

Özellikler	n(%) veya Ort ±SD (Ortalama ve standart sapma)
Yaş, yıl	20.4±1.7 (min:17-max:31)
Cinsiyet	
Kız	296 (74.6)
Erkek	101 (25.4)
Bölüm	
Hemşirelik	253 (63.7)
FTR	144 (36.3)
Sınıf	
1.sınıf	162 (40.8)
2. sınıf	114 (28.7)
3. sınıf	89 (22.4)
4. sınıf	32 (8.1)
Aile tipi	
Çekirdek	336 (84.6)
Geniş	52 (13.1)
Parçalanmış	9 (2.3)
Kardeş sayısı	
1	33 (8.3)
2	178 (44.8)
3	96 (24.2)
4	40 (10.1)
5 ve üzeri	50 (12.7)
Anne eğitimi	
Okuryazar değil	30 (7.6)
İlkokul	204 (51.4)
Ortaokul	60 (15.1)
Lise	74 (18.6)
Üniversite	29 (7.3)
Baba eğitimi	
Okuryazar değil	7 (1.8)
İlkokul	146 (36.8)
Ortaokul	63 (15.9)
Lise	113 (38.5)
Üniversite	68 (17.1)
Ekonomik durum	
İyi	38 (9.6)
Orta	337 (84.9)
Kötü	22 (5.5)

Tablo 2. Öğrencilerin Şiddete İlişkin Özellikleri (n=397)

Özellik	n (%)
Çocukluğunda şiddet maruz kalma	
Evet	46 (11.6)
Hayır	351 (88.4)
Çocukluğunda ihmal edilme	
Evet	57 (14.4)
Hayır	340 (85.6)
Eğitimleri sırasında çocuk istismar ve ihmali konusunda bilgi alma	
Evet	162 (40.8)
Hayır	235 (59.2)

Tablo 3. Öğrencilerin çocuk istismarı ve ihmaliyle ilgili düşünce ve görüşleri

İFADELER	Katılıyorum n(%)	Kararsızım n(%)	Katılmıyorum n(%)
Fiziksel istismar çocuğun sağlığını tüm boyutlarıyla etkiler.	334 (84.1)	46 (11.6)	17 (4.3)
Eğitim düzeyi düşük anne-babalar çocuklarını daha fazla istismar ve ihmal ederler.	216 (54.4)	78 (19.6)	103 (25.9)
Ailedeki çocuk sayısı çocuk istismar ve ihmalinin oluşmasında etken değildir.	63 (15.9)	112 (28.2)	222 (55.9)
Anne yaşının çocuk istismar ve ihmaliinde önemi yoktur.	53 (13.4)	58 (14.6)	286 (72.0)
Çocuk istismar ve ihmaliine üst sosyoekonomik düzeylerde rastlanmaz.	27 (6.8)	96 (24.2)	274 (69.0)
Kendisi istismar ya da ihmale uğrayan anne-babalar çocuklarına da bunu uygular.	102 (25.7)	183 (46.1)	112 (28.2)
Planlanmamış gebelik sonucunda doğan çocukların istismar edilme olasılıkları daha fazladır.	202 (50.9)	101 (25.4)	94 (23.7)
Doğumlar arası sürenin kısa olması çocuğun istismar ve ihmale uğramasını etkiler.	229 (57.7)	99 (24.9)	69 (17.4)
Ebeveynin alkol ya da ilaç bağımlısı olması çocuk istismar ve ihmali açısından bir risktir.	361 (90.9)	26 (6.5)	10 (2.5)
Ailenin geniş ya da çekirdek aile tipinde olması çocuk istismar ve ihmaliinde önemli bir faktördür.	195 (49.1)	119 (30.0)	83 (20.9)
Ebeveynin fiziksel ve mental sağlık sorunlarının olması çocuğunu istismar ve ihmal etmesini etkilemez.	57 (14.4)	68 (17.2)	272 (68.5)
Özel bakım gerektiren çocuklar daha çok istismara maruz kalır.	178 (44.8)	148 (37.3)	71 (17.9)
Ebeveynlerden birinin olmaması çocuk istismarı ve ihmali için bir risktir.	256 (64.5)	86 (21.7)	55 (13.9)
“Kızını dövmeyen dizini döver.”	60 (15.1)	63 (15.9)	274 (69.0)

Öğrencilerin çocuk istismarı ve ihmali ile ilgili bazı düşünce ve görüşleri incelediğinde; %84.1'inin “Fiziksel istismar çocuğun sağlığını tüm boyutlarıyla etkiler.”, %54.4'ünün “Eğitim düzeyi düşük anne-babalar çocuklarını daha fazla istismar ve ihmal ederler.”, %15.9'unun “Ailedeki çocuk sayısı çocuk istismar ve ihmalinin oluşmasında etken değildir.”, %13.4'ünün “Anne yaşının çocuk istismar ve ihmaliinde önemi yoktur” ifadesine “katılıyorum” yanıtını verdikleri, %69'unun “Çocuk istismar ve ihmaliine üst sosyoekonomik düzeylerde rastlanmaz” ifadesine katılmadıkları bulundu. Öğrencilerin %25.7'si “Kendisi istismar ya da ihmale uğrayan anne-babalar çocuklarına da bunu uygular.” ifadesine katıldıkları belirlendi. Öğrencilerin %50.9'unun “Planlanmamış gebelik sonucunda doğan çocukların istismar

edilme olasılıkları daha fazladır.”, %57.7'sinin “Doğumlar arası sürenin kısa olması çocuğun istismar ve ihmale uğramasını etkiler.” %90.9'unun “Ebeveynin alkol ya da ilaç bağımlısı olması çocuk istismar ve ihmali açısından bir risktir.” ifadesine katıldıkları bulundu (Tablo 3).

Öğrencilerin %49.1'inin “Ailenin geniş ya da çekirdek aile tipinde olması çocuk istismar ve ihmaliinde önemli bir faktördür.”, %44.8'inin “Özel bakım gerektiren çocuklar daha çok istismara maruz kalır.”, %64.5'inin “Ebeveynlerden birinin olmaması çocuk istismarı ve ihmali için bir risktir.” ifadelerine katıldıkları belirlendi. Öğrencilerin %15.1'inin “Kızını dövmeyen dizini döver” ifadesine katıldığı, %15.9'unun ise “Kararsızım” yanıtını verdiği bulundu (Tablo 3). Öğrencilerin bölüm, sınıf ve cinsiyetlerine

göre eğitimleri sırasında çocuk istismarı ve ihmali ile ilgili bilgi alma durumları

arasında istatistiksel anlamlı fark bulundu ($p<0.05$) (Tablo 4).

Tablo 4. Öğrencilerin Bölüm, Sınıf, Cinsiyet ve Şiddet Görme Durumlarına Göre Eğitimleri Sırasında Çocuk İstismarı ve İhmali ile İlgili Bilgi Alma Durumları

Özellikler	Bilgi Alan		Bilgi Almayan		χ^2 p
	n	%	n	%	
Bölüm					
Hemşirelik	129	51.0	124	49.0	$X^2=29.938$ p<0.001
FTR	33	22.9	111	77.1	
Sınıf					
1.sınıf	53	32.7	109	67.3	
2.sınıf	41	36.0	73	64.0	$X^2=20.201$ p<0.001
3.sınıf	46	51.7	43	48.3	
4.sınıf	22	68.8	10	31.3	
Cinsiyet					
Kız	132	44.6	164	55.4	$X^2=6.914$ p=0.009
Erkek	30	20.7	71	70.3	
Şiddet görme					
Evet	27	16.7	135	83.3	$X^2=6.894$ p=0.009
Hayır	19	8.1	216	91.9	

Hemşirelik bölümü öğrencilerinin, 4. sınıf öğrencilerinin ve kız öğrencilerin eğitimleri sırasında çocuk istismarı ve ihmali ile ilgili daha fazla bilgi aldıkları belirlendi. Öğrencilerin şiddet görme durumları ile eğitimleri sırasında çocuk istismarı ve ihmali ile ilgili bilgi alma durumları arasında da istatistiksel anlamlı ilişki vardı ($p=0.009$). Şiddet görmediğini

belirten öğrencilerin eğitimleri sırasında çocuk istismarı ve ihmali ile ilgili bilgi almadıkları belirlendi (Tablo 4). Öğrencilerin bölüm ve cinsiyetleri ile “Kızını dövmeyen dizini döver” sözüne katılma durumları arasında istatistiksel anlamlı fark bulundu. “Kızını dövmeyen dizini döver” ifadesine hemşirelik bölümü öğrencilerinin ve kız öğrencilerin daha fazla katılmadıkları bulundu (Tablo 5).

Tablo 5. Öğrencilerin bölüm ve cinsiyetlerine göre “kızını dövmeleyen dizini döver” ifadesi hakkındaki görüşleri

Özellik	“Kızını dövmeleyen dizini döver”						Anlamlılık Düzeyi
	Katılıyorum		Kararsızım		Katılmıyorum		
	n	%	n	%	n	%	
Bölüm							
Hemşirelik	29	31.0	40	15.8	184	72.7	$X^2=7.544$
FTR	40	21.5	23	16	90	62.5	p=0.023
Cinsiyet							
Kız	23	7.8	46	15.5	227	76.7	$X^2=51.511$
Erkek	37	36.6	17	16.8	47	46.5	p<0.001

Tartışma

Çalışmaya 397 Sağlık Bilimleri Fakültesi öğrencisi katıldı. Araştırmada, çalışmaya katılan Sağlık Bilimleri Fakültesinde öğrenim gören hemşirelik ve fizik tedavi ve rehabilitasyon bölümü öğrencilerinin %11.6’sının çocukluk döneminde şiddete maruz kaldığı, %14.4’ünün ihmal edildiği belirlendi. Bozkurt ve ark.¹³ bir yüksekokulda ebeklik öğrencileriyle yaptıkları çalışmalarında öğrencilerin %40.6’sının aile içi şiddete maruz kaldığını, %36.2’sinin aile içinde şiddete tanık olduğunu, Tunçel ve ark.¹¹ ebeklik ve hemşirelik öğrencileriyle yaptıkları çalışmada öğrencilerin %60.1’inin çocukluk döneminde anne ve babaları tarafından fiziksel şiddete maruz kaldıklarını, %44.7’sinin anne ve babaları arasındaki fiziksel şiddete tanık olduklarını belirlemiştir. Çetinkaya ve ark.¹⁶ üniversite öğrencileriyle yaptıkları çalışmalarında, %42.3’ünün duygusal, %35.3’ünün sözel, %26.3’ünün fiziksel ve %9.3’ünün ekonomik şiddete maruz kaldıklarını ya da şahit oldukları tespit edilmiştir. Annelerle yapılan bir başka çalışmada ise annelerin %87.4’ünün çocuklarına en az bir kez fiziksel istismar/ihmal davranışı uyguladıkları, %93’ünün çocuklarını duygusal olarak istismar/ihmal ettikleri belirlenmiştir.¹⁷ Çalışma sonuçlarına bakıldığında bulgular arasında farklılıklar olmasına karşın şiddetin öğrencilerin yaşamında varlığı dikkat çekmektedir. Bu çalışmada

öğrencilerin şiddet ve ihmale maruz kalma durumlarının benzer çalışma sonuçlarına göre daha düşük bulunması, çalışmaların yapıldığı yılların ve bölgelerin farklılığına, dolayısıyla öğrencilerin kültürel şiddet algıları ve istismar ile ilgili bilgi ve deneyimlerinin farklılığına bağlanabilir.

Çalışmada, araştırmaya katılan fakülte öğrencilerinin %40.8’i eğitimleri sırasında çocuk istismarı ve ihmali hakkında bilgi aldıklarını ifade etmiştir. Tunçel ve ark.¹¹ sağlık yüksekokulunda ebeklik ve hemşirelik öğrencilerinin %10.6’sının aile içi şiddet konusunda bilgi aldıklarını, Kostak ve Kocaaslan¹⁸ da Sağlık Bilimleri Fakültesi öğrencilerinin duygusal şiddet algılarının zayıf olduğunu buldu. Kocaer’in¹⁹ çalışmasında hekimlerin %46.6’sı, hemşirelerin %27.9’u öğrenimleri sırasında çocuk istismarı ve ihmali konusunda eğitim aldıklarını, ancak çoğu bu eğitimin yeterli olmadığını belirtmişlerdir. Gölge ve arkadaşları⁹ da hekim ve hemşirelerle yaptığı çalışmada yarım fazlasının eğitimleri sırasında çocuk istismarı ve ihmali konusunda bilgi aldıklarını, mezuniyet sonrası ise çok azının konuyla ilgili eğitimlere katıldıklarını saptadı. Yağmur ve Balcı²⁰ birinci basamak sağlık çalışanlarının %16.6’sının çocuk istismarı konusunda eğitim aldığını, ülkemizde bu konuda verilen eğitimin yetersiz olduğunu, sağlık çalışanlarına bu konuda eğitim verilmesinin gerekliliğini belirtirken, sağlık çalışanlarının bu konudaki yasal

sorumluluklarını da bilmediklerini de ifade etmişlerdir. Uncu ve Oğuzöncül¹⁰ çalışmasında sağlık bakım çalışanlarının çocuk istismarı ve ihmali konusunda farkındalıklarının artırılması için bu konuda eğitim yapılmasının gerekliliğini vurgulamaktadır.

Duman ve ark.²¹ çalışmalarında şiddet konusunda eğitim ile sağlık ekibinin duyarlılığının artırılacağı, sağlık ekibinin şiddete ilişkin eğitiminin inanç ve tutumları geliştirebileceği belirtilmiştir. Son yıllarda ülkemizde de çocuk istismarının müfredatta yer aldığı ve mezuniyet sonrası konu ile ilgili hizmet içi eğitimlerde bir artış olduğu görülmektedir.⁹ Gölge ve ark.⁹ çalışmalarında öğrenimleri sırasında çocuk istismarı hakkında bilgi aldıklarını belirten sağlık çalışanlarının belirtmeyenlere göre “istismar ve ihmale yatkın ebeveynlerin özellikleri” alt ölçeğinden aldıkları puanlarının daha yüksek olduğunu belirlemişlerdir.

Çalışmaya göre öğrencilerin çocuk istismarı ve ihmali ile ilgili bilgileri yeterli düzeyde değildir. Öğrencilerin %84.1’i “Fiziksel istismar çocuğun sağlığını tüm boyutlarıyla etkiler”, %54.4’ü “Eğitim düzeyi düşük anne-babalar çocuklarını daha fazla istismar ve ihmal ederler”, %15.9’u “Ailedeki çocuk sayısı çocuk istismar ve ihmalinin oluşmasında etken değildir”, %13.4’ü “Anne yaşının çocuk istismar ve ihmali üzerinde önemi yoktur” ifadesine “Katılıyorum” yanıtı vermişlerdir. Çocuk istismar ve ihmalinin önlenmesinde en önemli yol, istismar ve ihmali oluşmasına neden olacak risk faktörlerinin önceden belirlenmesi, risk faktörlerinin ortadan kaldırılması ve istismarın önlenmesidir. Çatık ve Çam⁸ hemşire ve ebelerle yaptıkları çalışmalarında %52.6’sının çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerini tanıma konusunda eğitim almadıklarını, %89.1’inin ise bu konuda bilgi gereksinimlerinin olduğunu belirlemişlerdir. Ülkemizde bu konuda araştırmaların sınırlı olması, mezuniyet öncesi ve sonrası eğitimlere yer verilmeye

yeni başlanması, sağlık çalışanlarında bilgi ve deneyim eksikliği nedeniyle olgular gözden kaçmaktadır.²² Bu nedenle öğrencilerin istismar konusundaki farkındalıklarının artırılması için eğitim programlarının düzenlenmesi, lisans eğitimi müfredat programlarında istismar konusuna daha fazla yer verilmesi çok önemlidir.

Türkiye’de toplumun, çocuk sağlığı ile ilgilenen profesyonellerin çocuk istismarı konusundaki farkındalıkları düşüktür.⁶ Toplumun sosyal ve kültürel özellikleri, çocuk büyütme ve yetiştirilmesine yönelik gelenek ve görenekleri çocuk istismarına yaklaşımı ve tanısını etkileyen temel bir faktördür. Çocukların fiziksel ve duygusal olarak istismar edilmeleri çocuğun aile içinde disipline edilmeleri için gerekli görülmektedir. Pek çok kişi bunu normal olarak karşılamakta ve çocuğun istismar edildiği düşünülmemektedir. Yolcuoğlu’nun²³ aktarımında Zeytinoğlu(1991)’na göre ebeveynin çocuklarına yönelik hangi eylemlerin çocuk istismarı ve ihmali olduğu; o toplumda çocuğa verilen değere, toplumun değerleri ve inançlarına, ceza ve disiplin yöntemlerine, çocuğa yönelik kabul edilebilir ve kabul edilemez davranışlarının neler olduğuna bağlı olarak şekillenmektedir. Türk ailesinin çocuk yetiştirme biçimi genellikle ataerkil otoriteye dayanan, kısıtlayıcı ve aşırı koruyucu ana-baba tutumlarını içermekte ve çocuktan beklenti olarak da saygılı olma, boyun eğme, uysallık ve kurallara uygun davranma talep edilmektedir. Bu çalışmada öğrencilerin %15.1’inin “Kızımı dövmeden dizini döver” ifadesine katılması, %15.9’unun ise “Kararsızım” yanıtı vermesi bu görüşü yansıtmaktadır. Aynı şekilde çalışan hemşire ve ebelerle yapılan bir çalışmada,¹⁵ %12.7’sinin fiziksel şiddete uğradıklarını belirtmesi ve aynı çalışmada “Anne babanızdan dayak yediniz mi?” sorusuna %44.9’unun evet yanıtı vermesi de aynı görüşü desteklemektedir. Başka bir çalışmada da

aile içinde şiddet öyküsü olan sağlık çalışanlarının “Erkekler doğası gereği saldırgandır.”, “Evde, okulda, disiplini sağlamak için şiddet kullanılabilir.” ifadelerine daha fazla katılmaları da bu bulguları desteklemektedir.²⁴ Bu çalışma ve diğer çalışma bulguları bize sağlık çalışanlarının ve geleceğin sağlık çalışanlarının şiddet algılarının kültürel özelliklerden olumsuz etkilendiğini göstermektedir. Bu nedenle, sağlık profesyonellerinin eğitimleri sırasında şiddet konusuna daha fazla yer verilmesi ve öğrencilerin kültürel özelliklerinden getirdikleri şiddete yönelik olumsuz tutum ve görüşlerinin değiştirilmesi önemlidir.

Bu çalışmada “Kızını dövmezen dizini döver” ifadesine hemşirelik bölümü öğrencilerinin (%72.7) ve kız öğrencilerin (%76.7) daha fazla katılmadıkları belirlendi. Özgür ve ark.²⁵ öğrencilerin cinsiyetlerinin şiddet eğilimlerini etkilediğini, erkek öğrencilerin şiddet ve saldırganlık eğilimlerinin fazla olduğunu buldu. Kız öğrencilerin “Kızını dövmezen dizini döver” ifadesine katılmamaları bu ifadenin kız çocuklarına yönelik şiddeti onaylaması ve kızların istismara daha fazla maruz kalmaları ile açıklanabilir. Ayrıca hemşirelik bölümü öğrencilerinin bu ifadeye daha fazla katılmaması da hemşirelik bölümü öğrencilerinin çoğunun kızlardan oluşmasının bir sonucu olarak da değerlendirilmiştir.

Çalışmada hemşirelik bölümü öğrencilerinin (51.0), 4. sınıf öğrencilerinin (68.8) ve kız öğrencilerin (44.6) eğitimleri sırasında çocuk istismarı ve ihmali ile ilgili daha fazla bilgi aldıkları belirlendi. Kostak ve Kocaaslan¹⁸ da aynı şekilde Sağlık Bilimleri Fakültesi öğrencileri ile yaptıkları çalışmalarında, kız öğrenciler ile fiziksel ve duygusal istismara maruz kalan öğrencilerin duygusal istismar kapsamına giren davranışları daha fazla tanıdıklarını belirlemiştir. Hemşirelik bölümü öğrencilerinin fizyoterapi bölümü öğrencilerine göre çocuk istismarı ve ihmali ile ilgili daha fazla bilgi almaları, hemşirelik bölümü müfredatında bu

konulara daha fazla yer verilmesi ve hemşirelik bölümü öğrencilerinin daha çok kızlardan oluşması ile açıklanabilir. Çalışmada 4. sınıf öğrencilerinin çocuk istismarı ve ihmali ile ilgili daha fazla bilgi almaları eğitimlerinin ilerlemesine paralel beklenen ve olumlu bir sonuç olarak değerlendirilmiştir.

Daha önce şiddete maruz kalmadığını belirten öğrencilerin, eğitimleri sırasında çocuk istismarı ve ihmali ile ilgili bilgi almadıkları belirlendi. Bireylerin şiddete ilişkin bilgi ve algıları daha önceki yaşantılarını değerlendirmelerini etkiler.¹⁴ Öğrencilerin kültürel özellikleri ve kişisel deneyimlerinin şiddete ilişkin tutumlarını etkilemesi, şiddet hakkındaki bilgi ve algılarının yeterli düzeyde olmaması, gerçek anlamda şiddeti tanımlamalarını engellemektedir. Dolayısıyla şiddet ile ilgili bilgi almayan öğrencilerin şiddet görmediğini belirtmeleri beklenen bir sonuçtur.

Sonuç

Çocuk istismar ve ihmalinin önlenmesi ve erken tanınmasında önemli rolü olan geleceğin sağlık profesyonelleri hemşirelik, fizyoterapi ve rehabilitasyon bölümü öğrencilerinin %40.8'inin eğitimleri sırasında çocuk istismarı ve ihmali konusunda bilgi aldığı, öğrencilerin bölüm, sınıf ve cinsiyetlerinin bilgi alma durumlarını etkilediği bulundu. Öğrencilerin istismar konusundaki farkındalıklarının artırılması için eğitim programlarının düzenlenmesi, müfredat programlarında istismar konusuna daha fazla yer verilmesinin çok önemli olduğu sonucuna varıldı. Düzenlenecek eğitim programlarında öğrencilerin bölüm, sınıf, cinsiyetlerinin ve kültürel özelliklerinin dikkate alınması önerilebilir.

Kaynaklar

- 1.Polat O. Çocuk istismarı ve Türkiye'deki durumu. Klinik Çocuk Forumu 2004;1: 1-11.
2. Çağlarırnak A. Yerleşik olan ve olmayan ailelerde çocuk istismarı

yaygınlığının incelenmesi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İzmir, 2006.

3. Kırımsoy, E. Suç İşlemiş ve Suç İşlememiş Ergenlerin Algıladıkları Duygusal İstismarın ve Benlik Saygılarının Karşılaştırmalı Olarak İncelenmesi. Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2003.

4. Türkiye’de Çocuk İstismarı ve Aile İçi Şiddet Araştırması Özet Raporu 2010.

5. Aksel Ş. Duygusal istismar ve ihmali. Gelişimsel yaklaşım. Klinik Çocuk Forumu 2004; 1: 1-11.

6. Dereobalı N, Karadağ SÇ, Sönmez S. Okulöncesi eğitim öğretmenlerinin çocuk İstismarı, ihmali, şiddet ve eğitimcilerin rolü konusundaki görüşleri. Ege Eğitim Dergisi 2013; 14(1): 50–66.

7. Altıparmak S. Çocuk istismar ve ihmalinin çocuk bedeni üzerine etkisi. Çocuk Dergisi 2008; 8(1):9-13.

8. Çatık A, Çam O. Hemşire ve ebelerin çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerini tanıma düzeylerinin saptanması. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi 2006; 22(2):103-119.

9. Gölge ZB, Hamzaoglu N, Türk B. Sağlık çalışanlarının çocuk istismarı ve ihmali konusundaki farkındalık düzeylerinin ölçülmesi. Acil Tıp Dergisi 2012; 26(2):86-96.

10. Uncu F, Oğuzöncül AF. Health care workers who work in the province of elazig levels of awareness about child abuse and neglect, and the factors affecting this situation. Int J Med Invest. 2013; 2(3):129-142.

11. Tunçel EK, Dündar C, Peşken Y. Ebelik ve hemşirelik öğrencilerinin aile içi şiddet konusunda bilgi ve tutumlarının değerlendirilmesi. Genel Tıp Derg 2007;17(2): 105-110.

12. Koç F, Akşit S, Tomba A, Aydın C, Koturoğlu G, Cetin SK, Aslan A, Halıcıoğlu O, Erşahin Y, Turhan T, Celik A, Şenol E, Kara S, Solak U. Çocuk istismarı ve ihmali olgularımızın demografik ve klinik özellikleri: Ege

Üniversitesi Çocuk Koruma Birimi’nin bir yıllık deneyimi. Türk Ped Arş 2012; 47: 119-24.

13. Bozkurt ÖD, Daşikan Z, Kavlak O, Şirin A. Ebelik öğrencilerinin gebelikte şiddet konusundaki bilgi, görüş ve mesleki tutumlarının belirlenmesi. Balıkesir Sağlık Bil Derg 2013; 2(2): 99-107.

14. Ersanlı K, Yılmaz M, Özcan K. Algılanan Duygusal İstismar Ölçeği (ADIÖ): Geçerlik ve güvenirlik çalışması. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi 2013; 32(1): 147-164.

15. Elmalı F, Erten ZK, Zincir H., Özen B., Balcı E. Hemşire ve ebelerin aile içi fiziksel şiddete bakış açıları maruziyetleri. Sağlık Bilimleri Dergisi 2011; 20(1) 39-47.

16. Çetinkaya SK. Üniversite Öğrencilerinin şiddet eğilimlerinin ve toplumsal cinsiyet rollerine ilişkin tutumlarının incelenmesi. Nesne 2012;1(2):21-43.

17. Güler N, Uzun S, Boztaş Z, Aydoğan S. Anneleri tarafından çocuklara uygulanan duygusal ve fiziksel istismar/ihmal davranışı ve bunu etkileyen faktörler. C. Ü. Tıp Fakültesi Dergisi 2002; 24 (3):128-134.

18. Kostak MA, Kocaaslan EN. Faculty of Health Science Students’ Perception Levels of Emotional Abuse and Affecting Factors. p.958- 967. In: A Current Perspective on Health Sciences.Ed. Kaptanoğlu AY. Rotipo 2014.

19. Kocaer Ü. Hekim ve Hemşirelerin Çocuk İstismarı ve İhmaline Yönelik Farkındalık Düzeyleri. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2006.

20. Yağmur F, Balcı E. Kayseri ili merkez ve ilçeleri birinci basamak sağlık çalışanlarının, çocuk istismarı ve ihmali konusunda bilgi düzeyleri: Anket çalışması. Adli Bilimler Dergisi 2009; 2 : 14-23.

21. Duman ZÇ, Özdağ Ş, Özcan A. Aile içi şiddetin çocuk üzerindeki etkisi konusunda hemşire öğrencilerin görüşleri. Atatürk Üniv. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2003; 2: 50-56.

22. Kara Ö, Çalışkan D, Suskan E. Ankara ilinde görev yapan çocuk asistanları, uzmanları ve pratisyen doktorların çocuk istismarı ve ihmali konusunda bilgi düzeyleri ve yaklaşımlarının karşılaştırılması. *Türk Ped Arş* 2014; 49: 57-65.
23. Yolcuoğlu İ.G. Çocukların ihmal-istismara uğramasında aile ve çocuklara yönelik risk faktörleri ve sosyal hizmet müdahalesi. *Toplum ve Sosyal Hizmet* 2010; 21(1): 73-83.
24. Şahin NH, Dişsiz M, Sömek A, Dinç H. Sağlık çalışanlarının aile içi şiddet deneyimleri ve bu konudaki yaklaşımlarının belirlenmesi. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi* 2008; 2: 17-31.
25. Özgür G, Yörükođlu G, Baysan LA. Lise öğrencilerinin şiddet algıları, şiddet eğilim düzeyleri ve etkileyen faktörler. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi* 2011; 2(2):53-60.

Kemik İliği Nakli Planlanan Hastaların Umutsuzluk Düzeyi ve Etkileyen Faktörler Hopelessness Levels of Bone Marrow Transplant Patients and The Affecting Factors

Türkan ÖZDAŞ^a, Nermin OLGUN^b

ÖZET Amaç: Bu çalışma, kemik iliği nakli planlanan hastaların umutsuzluk düzeyi ve etkileyen faktörlerin incelenmesi amacıyla kesitsel ve tanımlayıcı olarak yapıldı. **Gereç ve Yöntem:** Araştırma, Özel bir hastanenin Kemik İliği Nakli Merkezinde Mayıs-Eylül 2013 tarihleri arasında kemik iliği nakli planlanan, 104 hasta üzerinde gerçekleştirildi. Verilerin toplanmasında Demografik Özellikler Formu, Beck Umutsuzluk Ölçeği (BUÖ) ve Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) kullanıldı. Veriler; yüzdelik, Shapiro Wilks, Mann Whitney U testi ve Kruskal Wallis ile analiz edildi. **Bulgular:** Hastaların BUÖ'ne göre umutsuzluk düzeyi ve BDÖ'ne göre depresyon düzeyi incelendiğinde umutsuzluğunun olmadığı ($2,88 \pm 0,337$) ve depresyon puanlarının normal ($9,19 \pm 0,743$) olduğu bulundu. 18-45 yaş grubunda olanların umutsuzluk puanları daha yüksekti. Cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, tanı, eşlik eden hastalık, nakil tipi, nakil sayısı, antidepresan ilaç kullanımı ile umutsuzluk düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı fark belirlenmedi. Umutsuzluk puanı ve depresyon puanı arasında pozitif yönde güçlü olmayan önemli bir ilişki tespit edildi. ($r_s=0.438$ $p<0.01$). **Sonuç:** Bu sonuçlar doğrultusunda kemik iliği nakli planlanan hastaların, umutsuzluk düzeylerinin düşük olduğu ve depresyonlarının olmadığı söylenebilir.

Anahtar Kelimeler: Umutsuzluk, kemik iliği nakli, kanser.

ABSTRACT Objective: This cross-sectional and descriptive study was conducted in order to examine the bone marrow transplant patients scheduled and the factors affecting the level of despair **Material and Methods:** The study has researched 104 people with bone marrow transplant plans from May to September 2013 in a private hospital, Bone Marrow Transplant Department. Demographic Characteristics Form, Beck Hopelessness Scale (BHS) and Beck Depression Scale (BDS) have been used in collecting data. Data have been later analyzed using percentage, Shapiro Wilks, Mann Whitney U test and Kruskal Wallis tests. **Results:** Analyses of the hopelessness level of patients based on BHS and the depression level based on BDS show that the patients are not hopeless ($2,88 \pm 0,337$) and their depression scores are within the normal range ($9,19 \pm 0,743$). 18-45 age group were higher than the scores of hopelessness. Statistically significant difference wasn't detected sex, marital status, level of education, diagnosis, comorbidities, type of transplant, transplant number, antidepressant medication use between the levels of hopelessness. There is a positive and significant not strong relationship between the hopelessness score and the depression score. $r_s=0.438$ $p<0.01$. **Conclusion:** Based on these results, planned bone marrow patients can be said to have low levels of hopelessness and in the absence of depression.

Keywords: Hopelessness, bone marrow transplant, cancer.

^aAnadolu Sağlık Merkezi Kemik iliği Hemşiresi, turkan.ozdas@anadolusaglik.org

^bProf. Dr., Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü, mail: nerminolgun@gmail.com

Geliş Tarihi 01.11.2014/Kabul Tarihi 04.01.2015.

Yazışma Adresi: Prof. Dr. Nermin Olgun, Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü, mail: nerminolgun@gmail.com

Giriş

Kronik, prognozu iyi olmayan, ölüm tehdidi oluşturan, bedende geri dönüşü olmayan bozukluklar ve beden imajında kayıpların yaşandığı durumlarda hastalarda ciddi fiziksel yetersizlikler, uyum bozuklukları ve psikolojik sorunlar ortaya çıkmaktadır.¹ Kanser tüm dünyada ve ülkemizde önemli bir sağlık sorunudur. Yaşamı tehdit etmenin yanısıra, bireyleri ve aileleri fiziksel, psikolojik ve sosyal yönden etkileyerek algılanan yaşam kalitesini de etkilemektedir.²

Yüksek doz kemoterapi eşliğinde otolog veya allojenik kemik iliği nakli yapılan hastalarda; bunaltı, keder, ambivalans, çocukluk dönemine gerileme ve bilişsel işlevlerin bozulması tedavi sürecinde sıklıkla karşılaşılan olağan ruhsal durumlardır. Tedavi sürecinde kullanılan kemoterapötikler, kortikosteroidler ve narkotikler gibi ilaçların yan etkileri, metabolik ensefalopati ve elektrolit dengesinin bozulması ile birlikte kanser tanısının kişide oluşturduğu duygusal travma, kemik iliği nakli kararı ve nakil sürecinin güçlükleri bu dönemde karşılaşılan zorluklardandır.³

Umut, insanoğlunun doğasında bulunan, yalnızlık, sıkıntı ve acı çekme gibi zor ve stresli durumlarla başa çıkmayı sağlayan en değerli kaynaktır. Umut, bireyi motive ederek gerektiğinde birçok şeye ulaşmasına olanak tanıyan bir güçtür. Birey yaşamı, bağımsızlığı, sağlığı, işlev ve yetenekleri için umut edebilir.⁴

Hemşirelik uygulamalarında amaç, bireylerin hastalık deneyimleriyle baş etmelerinde ve yaşantılarından anlam bulmalarında onlara yardım etmektir.^{4,5} Umudu sürdürmek ve umutsuzluktan kaçınmada hasta bireye yardım etme profesyonel hemşirenin görevidir. Birey kendisini umut ve güven atmosferinde hissederse, kendisini daha güçlü bulur. Hemşirenin davranışları umudu geliştirmede büyük rol oynar. Çünkü hemşireler, bireylerin hastalık süreçlerinin her anında, özellikle yeni tanı

konulduğunda, tedavi sırasında ve özel gereksinimlerinin karşılanmasında gün ve gece her zaman yanındadır.⁴

Lin ve arkadaşları kanser hastalarının umut düzeyleri, duygu durumları ve performanslarının kanser ağrısı üzerine etkilerini incelemişler ve umut düzeyi yüksek olan hastaların ağrı ile daha iyi baş ettiklerini ve duygu durumlarının daha iyi olduğunu belirlemişlerdir.⁶

Evangelista ve arkadaşları umut düzeyi yüksek olan hastaların prognozlarının daha iyi ve yaşam kalitelerinin daha yüksek olduğunu saptamışlardır. Bu nedenle umut, kanser tanısı olan bireylerin bakımında ve baş etme güçlerinin geliştirilmesinde önemli bir role sahiptir.⁴

Umudun karşıtı olan umutsuzluk ise, bireyin ruh sağlığını olumsuz etkilemesinin yanı sıra, depresyon ve intihar gibi ruhsal sorunlara yol açan ve bu klinik tabloların bir parçası olarak yer alan bir duygudur. Yaşamsal önem taşıyan bir kavram olmakla birlikte, umut/umutsuzluk yıllardır yalnız kuramsal terimlerle açıklanmıştır. Hem ülkemizde, hem de yurt dışında umutsuzluğun yaygınlığını ve umutsuzluğu etkileyen etkenleri özgül olarak inceleyen yeterince araştırma bulunmamaktadır.⁷

Gereç ve Yöntem

Araştırmanın Şekli

Kesitsel ve tanımlayıcı bir araştırma niteliği taşıyan bu çalışma, kemik iliği nakli planlanan hastaların umutsuzluk düzeyi ve etkileyen faktörlerini belirlemek amacıyla planlanmıştır.

Araştırmada Yanıtlanması Beklenen Sorular

1. Araştırma kapsamına alınan kemik iliği nakli hastalarının demografik özellikleri (cinsiyet, yaş, eğitim durumu, medeni durum, nakil tipi, kaçınıcı nakil, eşlik eden hastalıklar) nasıldır?

2. Araştırma kapsamına alınan kemik iliği nakli hastalarının umutsuzluk düzeyi nedir?
3. Araştırma kapsamına alınan kemik iliği nakli hastalarının demografik özellikleri, umutsuzluk düzeylerini etkiliyor mu?
4. Araştırma kapsamına alınan kemik iliği nakli hastalarının depresyon düzeyi nedir?
5. Umutsuzluk düzeyi ile depresyon arasında pozitif yönde bir ilişki var mı?

Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evreni Özel Anadolu Sağlık Merkezi Hastanesi'nde Kemik İliği Nakli Merkezinde nakil planına alınan yetişkin hastalar oluşmaktadır. 1 Mayıs- 1 Eylül 2013 tarihleri arasında Kemik iliği nakil planına alınan toplam 104 kemik iliği nakli hastası çalışmaya alındı.

Hastaların araştırma grubuna alınma kriterleri şöyledir:

- Kemik İliği Nakli Planlanan
- 18 yaş üzerinde olan,
- Türkçe konuşabilen, okuyan, anlayan, araştırmacı ile işbirliği yapabilen,
- Bilinci açık olan,
- Şiddetli ağrısı olmayan bireyler.

Araştırmanın Değişkenleri

Çalışmada tanımlanan bağımsız değişkenler; yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, tanı, eşlik eden hastalık, nakil tipi, nakil sayısı, antidepresan ilaç kullanımınıdır. Bağımlı değişken ise kemik iliği nakli planlanan hastaların umutsuzluk düzeyidir.

Verilerin Toplanması

Veri toplama aracı olarak; araştırmacılar tarafından geliştirilen hastaların sosyodemografik özelliklerini ve hastalıkla ilgili bilgilerini belirlemeye yönelik 12 soruluk anket formu, Beck Umutsuzluk Ölçeği (BUÖ) ve Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) kullanıldı.

Veriler, araştırmacı tarafından, hastalara araştırmanın amacı açıklandıktan

ve onamları alındıktan sonra, poliklinikte yüz yüze görüşme yöntemi ile toplandı.

Beck Umutsuzluk Ölçeği (BUÖ):

Beck Umutsuzluk Ölçeği, Beck ve ark. (1974) tarafından geliştirilen, bireyin geleceğe yönelik karamsarlık düzeyini belirlemeyi amaçlayan 20 maddeden oluşan bir ölçektir. BUÖ'nin yanıtlanmasında; bireyden kendisine uygun gelen ifadeler için "doğru", kendisine uygun olmayan ifadeler için "yanlış" şikkının işaretlenmesi istenmektedir. Bu ifadelerden 11 doğru, 9 yanlış yanıt anahtarı vardır. Bunlardan 2, 4, 7, 9, 11, 12, 14, 16, 17, 18, 20. Sorulara verilen yanıt *evet* ise 1 puan; 1, 3, 5, 6, 8, 10, 13, 15 ve 19. sorulara verilen cevaplar *hayır* ise 1 puan verilmektedir. Bunların aksi verilen cevaplarda ise "0" puan verilmektedir. Ölçeği oluşturan ifadeler üç alt boyutta incelenmektedir.⁸ BUÖ'nin 1.; 3.; 7.; 11. ve 18. maddeleri 'Gelecek ile ilgili duygular ve beklentiler' faktörünü, 2.; 4.9 12.; 14.; 16.; 17. 20. maddeleri 'Motivasyon kaybı' faktörünü, 5.; 6.; 8.; 10.; 13.; 15. ve 19. maddeleri ise 'Umut' faktörünü oluşturmaktadırlar. Beck ve Steer (1988) denekleri yanıtlarına göre dört grup içinde sınıflandırmış ve; 0 ile 3 arası tamamen umutsuzluğun olmadığını, 4 ile 8 arası hafif umutsuzluk olduğunu, 9 ile 14 arası orta seviyede umutsuzluk olduğunu, 15 ile 20 arası ileri derecede umutsuzluk olduğunu bildirmişlerdir. "Beck Umutsuzluk Ölçeği" ile ilgili güvenilirlik ve geçerlik çalışmaları yapılmıştır.¹ Ülkemizde ölçek üzerindeki ilk çalışma Seber (1991) tarafından yapılmıştır. İntihar girişiminde bulunan majör depresyon ve distimik bozukluk tanıları alan toplam 37 kişilik çalışma grubu ve 70 kişiden oluşan karşılaştırma grubu ile toplam 107 denekle yürütülen bu çalışmada Beck Depresyon ve Rosenberg Benlik Saygısı ölçekleri kriter alınarak uyum geçerliğine bakılmış ve korelasyon katsayıları sırasıyla 0,65 ve 0,55'tir. Çalışmada ölçeğin güvenilirliği için saptanan Cronbach Alpha katsayısı 0,86, Pearson momentler çarpımı

korelasyonunun ise 0,73 olduğu bildirilmektedir⁹.

Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ): Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ), Beck (1961) tarafından geliştirilmiş, 21 maddeden oluşan kendini değerlendirme türü bir ölçektir. Depresyonda görülen duygusal, bilişsel ve motivasyonel belirtileri ölçmektedir. Her madde depresyonla ilgili davranışsal bir özelliği belirlemektedir. Maddeler 0'dan 3'e kadar depresyonun ciddiyetine göre sıralanmıştır¹¹. Denk düşen puan aralıkları doğrultusunda ölçek, 1-10 arası normal, 11-16 arası orta derecede duygu durumu bozukluğu, 17-20 arası klinik depresyon; 21-30 arası orta düzeyde depresyon; 31-40 arası ciddi düzeyde depresyon; 41-63 arası ağır depresyon biçiminde değerlendirilmektedir. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Hisli tarafından yapılmıştır.¹⁰

Ölçeğin amacı depresyon tanısı koymak değil, belirtilerin derecesini objektif olarak sayılara dökmektir. Ölçeğin geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları yapılmış ve yüksek değerler bildirilmiştir. Tegin (1980) tarafından üniversite öğrencileri üzerinde iki yarım test (split-half) ve test-tekrar test yöntemi ile yapılan çalışmada güvenilirlik katsayıları sırasıyla $r=.78$ ve $r=.65$ olarak bulunmuştur. Aynı çalışmada hasta örnekleminde elde edilen yarıya bölme güvenilirliği ise $r=.61$ olarak bildirilmektedir.¹¹

Hisli tarafından, 63 kişiden oluşan psikiyatrik örneklem üzerinde yapılan bir çalışmada MMPI-D skalası ile BDO arasındaki korelasyon katsayısı $r=.63$ olarak bulunmuştur. Aynı araştırmacı tarafından bu kez üniversite öğrencileri (N=259) üzerinde yapılan başka bir araştırmada; iki yarım test korelasyonu $r=.74$ ve iç tutarlılık katsayısı (Cronbach Alpha) $r=.80$ olarak bildirilmektedir.⁹

Verilerin Değerlendirilmesi

Çalışmada elde edilen bulguların değerlendirilmesi SPSS (Statistical Package for Social Science) for Windows

20,0 programı kullanılarak yapıldı. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metotları (Frekans, Yüzde, Ortalama, Standart sapma) kullanılmıştır. Verilerin normal dağılıma uygunluğunun araştırılmasında Shapiro Wilk's testinden yararlanılmıştır. Gruplararası karşılaştırmalarda normal dağılıma sahip olmayan verilerin analizinde parametrik olmayan testlerden Mann Whitney U ve Kruskal Wallis testi kullanılmıştır. Değişkenler arası ilişkilerin belirlenmesinde spearman korelasyon katsayısı hesaplanmış, $p<0.05$ değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği

Tek bir merkezde yapılmış olması sonuçların genellenebilirliğini engelleyebilir.

Araştırmanın Etik İlkeleri

Çalışmanın uygulanabilmesi için, Hastanenin Etik Kurulu'ndan izin alınmıştır. Araştırmaya dahil edilen hastalara araştırmanın amacı ve uygulaması hakkında açıklama yapılmıştır. Yanıtların gönüllü olarak verilmesi gerekliliğinden araştırmaya alınacak bireylerin, gönüllü ve istekli olmalarına özen gösterilmiş, çalışmaya katılıp katılmamakta özgür oldukları açıklanmış ve sözel onamları alınmıştır.

Bulgular

Hastaların % 47'si 18-45, %53'ü 46 ve üstü yaş grubunda, %51'i erkek, %77'si evli, %10'u okuryazar, %35'i ilköğretim, %15'i ortaöğretim, %21'i lise, %19'u üniversite mezunudur. Hastaların tanıları; %34'ü multiple myelom, %31'i lenfomalar, %17'si akut myeloid lösemi, %4'ü akut lenfoblastik lösemi, %6'sı kronik myeloid Lösemi, %4'ü Aplastik Anemi ve %4'ü Myelodisplastik sendrom olarak belirlenmiştir. Hastaların %23'ünde kronik hastalık olduğu, nakil tipinin %58'i otolog, %14'ü allojenik, %24'ü

haploidentik, %4'ü akraba dışı olarak belirlenmiştir. Hastaların % 86'sının birinci, %14'ünün ikinci kez nakil olduğu

belirlenmiştir. Hastaların %13 antidepresif ilaç kullanmıştır.

Tablo 1. Hastaların demografik özelliklerine göre umut düzeyi (N=104)

Hastaların Demografik Özellikleri	*N	Umutsuzluk Düzeyleri				
		Ort	**ss	***MW	****KW	p
Yaş	18-45	49	3,81	0,54	782,5	0,001
	46 ve üstü	55	2,17	0,4		
Cinsiyet	Kadın	51	3,33	0,497	999	0,08
	Erkek	53	2,57	0,462		
Medeni Durum	Evli	79	2,55	0,311	742,5	0,235
	Bekar	25	4,26	1,014		
Eğitim Durumu	Okur-yazar	10	3,1	0,63	2,861	0,581
	İlköğretim	36	2,4	0,499		
	Ortaöğretim	16	2,47	0,605		
	Lise	22	3,48	0,864		
	Üniversite	20	3,79	1,056		

*Ortalama, ** Sdandart sapma, *** Mann Whitney-U, **** Kruskal-Wallis

Tablo 1'de hastaların umutsuzluk düzeyleri ortalamalarının yaş göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacı ile yapılan Mann Whitney-U testi sonuçlarına göre; grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur (MW=782,5; p=0.001). Buna göre 18-45 yaş arasında olanların umutsuzluk düzeyi (3,81±0,54) 46 ve üstü yaş olanların umutsuzluk düzeyinden (2,17±0,4) yüksek bulunmuştur.

Hastaların umutsuzluk düzeyi ortalamalarının cinsiyete göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacı ile yapılan Mann Whitney-U testi sonucunda grup ortalamaları arasında fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır (Mann Whitney-U=999; p=0.080).

Hastaların umutsuzluk düzeyi ortalamalarının medeni duruma göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacı ile yapılan Mann Whitney-U testi sonucunda grup ortalamaları arasında fark istatistiksel

açıdan anlamlı bulunmamıştır (Mann Whitney-U=742,5; p=0.235).

Hastaların umutsuzluk düzeyi ortalamalarının eğitim durumuna göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacı ile yapılan Kruskal Wallis testi sonucunda grup ortalamaları arasında fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır (KW =2,861; p=0.581).

Tablo 2. Hastaların hastalık özelliklerine göre umutsuzluk düzeyleri (N=104)

Hastaların Hastalık Özellikleri	N	Ort*	Umutsuzluk Düzeyleri			P
			ss	*MW	****KW	
Tanı	M.Myelom	35	3,41	0,621		0,798
	Lenfomalar	32	2,58	0,573		
	AML	18	3,12	0,899	1,658	
	ALL+KML	11	2,3	0,907		
	MDS					
Eşlik Eden	Var	25	2,43	0,665		0,311
Kronik hastalık	Yok	79	4,09	0,394	763,5	
Nakil Tipleri	Otolog	56	3,05	0,462		0,759
	Allojenik	15	2,71	1	0,552	
	Haploidentik	25	2,5	0,584		
Nakil Sayısı	Birinci	89	2,83	0,346		0,928
	İkinci	15	3,64	1,184	593	
Antidepresif İlaç Kullanımı	Evet	14	3,92	1,077		0,224
	Hayır	90	2,79	0,355	448,5	

*Ortalama, ** Sdandart sapma, *** Mann Whitney-U, **** Kruskal-Wallis

Tablo 2’de hastaların hastalık özelliklerine göre umutsuzluk düzeyleri değerlendirildi. Hastalık tanısı (KW =1,658; p=0.798), eşlik eden kronik hastalık varlığı (Mann Whitney-U=763,5;

p=0.311), nakil tipi (KW =0,552; p=0.759), nakil sayısı (Mann Whitney-U=593; p=0.928), antidepresif ilaç kullanımı varlığına (Mann Whitney-U=448,5; p=0.224) göre istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır.

Tablo 3. Hastaların umutsuzluk ve depresyon düzeyleri (N=104)

	Ort*	**ss	Min.	Max.	r	P
Umutsuzluk Düzeyi	2,88	0,337	0	16		
Depresyon Düzeyi	9,19	0,743	0	30	0,438	<0.01

*Ortalama, ** Sdandart sapma

Tablo 3’ de hastaların umutsuzluk ve depresyon düzeyleri incelendi. Hastaların ‘umutsuzluğunun olmadığı (2,88±0,337) ve depresyon puanlarının normal (9,19±0,743)’ çıktığı görülmektedir. Umutsuzluk puanı ve depresyon puanı arasında pozitif yönde güçlü olmayan önemli bir ilişki saptandı (rs=0.438 p<0.01).

Tartışma

Kanser tanısı konulması bireyin umut duygusunu tehdit edebilir. Kübler- Ross, terminal dönemde olan hastalarla yaptığı çalışmalarda, hastanın ölümün devrelerine katlanabilmesini sağlayan gücün umut

olduğunu belirtmiştir.⁴ Bu doğrultuda kemik iliği nakli planlanan hastaların umutsuzluk düzeyi ve etkileyen faktörlerin incelenmesi için yapılan bu çalışmada elde edilen bulgular literatür bilgileri ışığında tartışıldı.

Çalışmaya katılan hastaların yaş grupları ile umutsuzluk düzeyi arasında istatistiksel olarak fark anlamlı (p<0.05) bulunmuştur. Buna göre yaş durumunun 18-45 olanların umutsuzluk düzeyi (3,81±0,54) yaş durumu 46 ve üstü olanların umutsuzluk düzeyinden (2,17±0,4) yüksek bulunmuştur. Bu çalışmanın bulguları diğer bazı çalışma sonuçları ile karşılaştırıldığında Biçer ve

Bayat²⁰, umutsuzluk puan ortalamalarının 60-65 yaşlarındaki bireylerde, özellikle 20-29, 30-39 ve 40-49 yaş gruplarındaki bireylere göre; anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır. Yine Arslantaş ve ark.¹³, Özben ve Argun¹⁴, Fadiloğlu ve ark.², çalışmasında yaş arttıkça umutsuzluk puanı artmıştır. Buna karşın Özer ve ark.¹, Dündar¹⁵, Tan ve ark.¹⁶, Brans ve ark.¹⁷, Aslan ve ark.¹⁸, hastaların yaş gruplarına göre umutsuzluk düzeylerini inceledikleri çalışma sonuçlarında yaş ile umutsuzluk arasında ilişki olmadığı bildirilmiştir. Bu çalışmada ise yaş arttıkça umutsuzluk puanı azalmıştır. Hastaların yaş gruplarına göre umutsuzluk düzeyleri değişmektedir. Yaş ilerledikçe bireylerin biyolojik, fonksiyonel yetersizlikleri olmasına karşın, yaşam deneyimlerinin fazla olmasının umutsuzluklarını azalttığı ve sonuç üzerinde etkili olduğu söylenebilir.

Cinsiyet durumlarına göre umutsuzluk düzeyi incelendiğinde, hastaların %51'i erkek olduğu, cinsiyet durumunun umutsuzluk düzeyini etkilemediği kadın ve erkekler arasında umutsuzluk düzeyi açısından istatistiksel olarak anlamlı ($p>0.05$) farklılık olmadığı görüldü. Tan ve ark.¹⁶, Aslan ve ark.¹⁸, yaptığı çalışma sonuçları, bu araştırmalardan elde edilen sonuçları desteklemesine karşın, Özmen ve ark.⁷ yaptığı çalışmada erkeklerin umutsuzluk düzeyinin kadınlara göre daha yüksek olduğu, istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu bulunmuştur. Kumcağız ve ark.¹⁹ ise yaptığı çalışmada kadınların umutsuzluk düzeyinin erkeklere göre daha yüksek olarak belirlemişler. Bu çalışmada cinsiyetin umutsuzluk düzeyini etkilemediği bir kez daha belirlenmiştir.

Medeni durumun umutsuzluk düzeyine etkisi incelendiğinde, hastaların %77 evli olduğu, medeni durumun umutsuzluk düzeyini etkilemediği evli ve bekarlar arasında umutsuzluk düzeyi açısından istatistiksel olarak anlamlı ($p>0.05$) farklılık olmadığı görülmüştür. Tan ve ark.¹⁶ ve Aslan ve

ark.¹⁸, yaptığı çalışma elde edilen sonuçları desteklemektedir. Biçer ve ark.²⁰'da medeni durumlarına göre BUÖ puanları karşılaştırıldığında, istatistiksel olarak anlamlı olmamasına karşın, evlilerde umutsuzluk düzeyinin daha yüksek olduğu saptanmıştır. Fadiloğlu ve ark.² evli kadınların umutsuzluk düzeyinin bekar ve dul olanlara göre daha düşük olduğu saptanmasına karşın, gruplar arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır.

Eğitim durumunun umutsuzluk düzeyine etkisi incelendiğinde, hastaların %35'i ilköğretim mezunu olduğu, hastaların eğitim durumu ile umutsuzluk düzeyi arasındaki etkileşim istatistiksel olarak anlamlı ($p>0.05$) bulunmamıştır. Arslantaş ve ark.¹³, Aslan ve ark.¹⁸, Kumcağız ve ark.¹⁹, eğitimin umutsuzluk düzeyleri üzerinde anlamlı bir etkisi olduğunu saptamışlardır. Buna göre eğitim düzeyi yüksek olan bireylerin umutsuzluk puanlarının düşük olduğu saptanmıştır. Bu çalışmada ise eğitim düzeyine göre umutsuzluk puanı arasında bir farklılık saptanmamıştır.

Tanı durumunun umutsuzluk düzeyine etkisi incelendiğinde, hastaların %34'ü multiple myelom hastası olduğu, hastaların tanısı ile umutsuzluk düzeyi arasındaki etkileşim istatistiksel olarak anlamlı ($p>0.05$) bulunmamıştır. Çalışmaya alınan tüm tanıların yaşamı tehdit etmenin yanı sıra, bireyleri ve aileleri fiziksel, psikolojik ve sosyal yönden etkileyerek nakil öncesi benzer süreçler yaşatmasının, sonuç üzerinde etkili olduğu söylenebilir.

Eşlik eden hastalık durumunun umutsuzluk düzeyine etkisi incelendiğinde, hastaların %77 eşlik eden hastalığı olmadığı, hastaların eşlik eden hastalık ve umutsuzluk düzeyi arasındaki etkileşim istatistiksel olarak anlamlı ($p>0.05$) bulunmamıştır. Buna karşın, Arslantaş ve ark.¹³, eşlik eden hastalığı bulunmayan hastaların bulunanlara göre; BUÖ puan ortalamalarının yüksek olduğu bulunmuştur.

Hastaların BUÖ'ne göre umutsuzluk düzeyi ve BDÖ'ne göre depresyon düzeyi incelendiğinde umutsuzluğunun olmadığı ($2,88 \pm 0,337$) ve depresyon puanlarının normal ($9,19 \pm 0,743$) olduğu bulunmuştur. Dolayısı ile hastaların umut düzeyinin yüksek olduğu (En düşük:0-En yüksek:20) ve depresyonlarının bulunmadığı saptanmıştır. Schimmer AD ve ark.²¹ kemik iliği nakli olan hastalar üzerinde Beck umutsuzluk düzeyi ölçeği kullanarak yaptığı çalışmada hastaların umutsuzluk düzeyinin hafif düzeyde (3.8 ± 4.1) olduğu saptanmıştır. Fadiloğlu ve ark.² araştırma kapsamına alınan hastaların umutsuzluk puanı 4.57 ± 3.63 olarak saptanmıştır. Aslan ve ark.¹⁸, hastaların umut puanlarının orta seviyenin üzerinde olduğu tespit edilmiştir. Arslantaş ve ark.¹³, hastaların BUÖ'ne göre puan ortalaması 8.76 ± 5.10 olarak bulmuştur. Sonuç olarak çalışmamıza alınan hastaların umutsuzluk düzeyi diğer hasta gruplarından daha düşüktür ve depresyonları yoktur.

Çalışmamızda umutsuzluk puanı ve depresyon puanı arasında pozitif yönde güçlü olmayan önemli bir ilişki ($r_s=0.438$ $p<0.01$) olduğu bulunmuştur. Solmaz ve ark.²² umutsuzluk düzeyinin anksiyete ($r:0.409$, $p<0.05$) ve depresyon ($r: 0.544$, $p<0.01$) ile de anlamlı ilişki gösterdiğini bulmuştur. Bu sonuç çalışmamızda bulduğumuz sonucu desteklemektedir. Buna karşın Şener ve ark.²³ yaptığı çalışmada umutsuzluk puanları ile depresyon puanları arasında anlamlı bir istatistiksel ilişki saptanmamıştır. Dansuk

ve ark.²⁴ depresyon düzeyi arttıkça umutsuzluk ve yalnızlık düzeyinin de arttığını bulmuştur.

Sonuç ve Öneriler

Kemik iliği planlanan hastalarda umutsuzluk puanı beklenenden düşük ve depresyonlarının olmadığı, daha genç yaşta olanların umutsuzluk puanlarının daha yüksektir. Cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, tanı, eşlik eden hastalık, nakil tipi, nakil sayısı, antidepresan ilaç kullanımı ile umutsuzluk düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı fark belirlenmedi. Bu doğrultuda;

- Hastaların demografik özelliklerinin hemşirelik bakım beklentilerini etkilediği unutulmadan hasta bakımının bireyselleştirilmesine özen gösterilmesi,
- Hemşire bir hastanın umutsuzluk yaşadığını fark ettiğinde, umutsuzluğa neden olan faktörleri, umutsuzluk düzeyini, kullanılan ve kullanabilecek baş etme yöntemlerini belirlemesi,
- Hemşire hastaya umut objelerini düşünmesinde, onları belirlemesinde ve destek faktörleri ile paylaşmasında yardım etmesi umutsuzluğun önlenmesine veya azaltılmasına katkıda bulunması,
- Tedavi sonuçları olumlu olan diğer hasta ve yakınları ile görüşürme gibi hastaların umutlarını güçlendirmeye yönelik programların düzenlenmesi,
- Hizmet içi eğitim programlarıyla mezun hemşirelerin de konuya dikkatinin çekilmesi önerilmektedir.

Kaynaklar

1. Özer F, Beydağ D, Cengiz Ş, Kiper S. Hemodiyalize Giren Hastaların Umutsuzluk Düzeyleri. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, "Elektronik Dergi" 2009; 4 (10): 124-127. URL: <http://web.firat.edu.tr/shmyo/edergi/cilt4dortsayion/ozerveark10.pdf> Ekim, 2013.

2. Fadiloğlu Ç, Cantilav Ş, Yıldırım Y, Tokem Y. Meme Kanseri Kadınlarında Umutsuzluk Düzeyi ve Başetme Davranışları Arasındaki İlişki. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 2006; 22 (2) : 147-160. "Elektronik Dergi" URL: <http://hemsirelik.ege.edu.tr/files/cilt22sayi2-2006.Pdf#page=150> Mart, 2013.

3. Şentürk V, Yaylı M, Civelek A. Bir Hastanın Güncesi Kemik İliği Yapılan Hastalarda Psikososyal Yaklaşım' Kriz Dergisi, 2004; 12(1): 55-65'Elektronik Dergi'
URL:<http://dergiler.ankara.edu.tr/dergiler/21/117/819.pdf> Mart 2013.
4. Kelleci M. Kanser Hastalarının Umudunun Geliştirilmesine Yönelik Hemşirelik Girişimleri. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 2005; 6:41-47.
5. Elbi Mete H. Kanserde Anksiyete Bozuklukları ve Depresyon. Dahiliye ve Psikiyatri VI, I. Basım. Okuyan Yayıncılık, İstanbul, 2004.
6. Lin CC, Lai YL, Ward SE. Effect of cancer pain on performance status, mood states, and level of hope among Taiwanese cancer patients.' J Pain Symptom Manage, 2003; 25:29-37.
7. Özmen D, Dünder P, Çetinkaya A, Taşkın O, Özmen E. Lise öğrencilerinde umutsuzluk ve umutsuzluk düzeyini etkileyen etkenler. X. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 2006; 9:8-15.
8. Duman S, Taşgın Ö, Özdağ S. Beden Eğitimi ve Spor Yöneticiliği Bölümünde Okuyan Öğrencilerin Umutsuzluk Düzeylerinin İncelenmesi. Selçuk Üniversitesi ve Spor Bilimleri Dergisi, 2009;11 (3): 28.
9. Hisli N. Beck Depresyon Envanteri'nin Üniversite öğrencileri için geçerliği, güvenilirliği. Psikoloji Dergisi, 1988; 7 (23) 3-13.
10. Taycan O, Kutlu L, Çimen S, Aydın N. Bir üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerde depresyon ve tükenmişlik düzeyinin sosyodemografik özelliklerle ilişkisi. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 2006; 7:100-108. "Elektronik Dergi"
URL:<http://lokman.cu.edu.tr/psikiyatri/derindex/apd/fulltext/2006/100.pdf> Ağustos, 2013.
11. Seber G. Beck Umutsuzluk Ölçeğinin Geçerliliği ve Güvenirliliği Çalışması. Anadolu Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı Doçentlik Tezi, Kriz Dergisi, 1991; 2 (2): 311-319.
12. Uyar M, Uslu R, Kuzeyli-Yıldırım Y, (editör). Kanser ve palyatif bakım. İzmir: Meta Basım Matbaacılık Hizmetleri "Elektronik Dergi" 2006. s. 29-45.
13. Arslantaş H, Adana F, Kaya F, Turan D. Yatan Hastalarda Umutsuzluk ve Sosyal Destek Düzeyi ve Bunları Etkileyen Faktörler. İ.Ü.F.N. Hemşirelik Dergisi, 2010; 18(2): 87-97.
14. Özben Ş, Argun Y. İlköğretim öğretmenlerinin umutsuzluk ve tükenmişlik düzeyleri üzerine bir araştırma. Ege Eğitim Dergisi 2003, 3(1): 36-48. "Elektronik Dergi"
URL:<http://egitim.ege.edu.tr/efdergi/issues/2003-3-1/2003-3-1-4.pdf> Eylül, 2013.
15. Dünder S. Polislerin Umutsuzluk Düzeyi ile Problem Çözme Becerisi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Polis Bilimleri dergisi, 2008; 10 (3) 77-79.
16. Tan M, Karabulutlu E, Okanlı A, Erdem N. Hemodiyaliz Hastalarında sosyal destek ve umutsuzluk arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2005; 8(2): 32-38. 'Elektronik Dergi'.
URL:<http://e-dergi.atauni.edu.tr/index.php/HYD/article/viewArticle/332> Eylül, 2013.
17. Brans B, Van Den Eynde F, Audenaert K, Vervaeke M, Daele K, Heeringen C, Dierckx R. Depression and anxiety during isolation and radionuclide therapy. Nucler Medicine, 2003; 24 (8): 881-888.
18. Aslan Ö, Sekmen K, Kömürçü Ş, Özet A. Kanserli Hastalarda Umut. Cumhuriyet üniversitesi hemşirelik yüksekokulu dergisi, 2007; 11(2) 18-24. "Elektronik Dergi"
URL:<http://eskidergi.cumhuriyet.edu.tr/makale/1610.pdf> Eylül, 2013.
19. Kumcağız H, Ersanlı K. Diyabetli hastaların umutsuzluk düzeylerinin cinsiyet ve eğitim düzeylerine göre incelenmesi. Dokuz Eylül Üniversitesi

- Buca Eğitim Fakültesi Dergisi, 2008; 23: 123-128.
20. Biçer S, Bayat M. Diyaliz Tedavisi Alan Bireylerin Umut-Umutsuzluk ve Sosyal Destek Düzeyleri. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 2012; 7(19) 1-21.
21. Schimmer AD, Elliott ME, Abbey SE, Raiz L, Keating A, Beanlands HJ, McCay E, Messner HA, Lipton JH, Devins GM. Illness intrusiveness among survivors of autologous blood and marrow transplantation. Pubmed, 2001; 92(12):3147-54. 'Electronic Journal'.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11753994> September, 2013.
22. Solmaz M, Sayar K, Özer Ö, Öztürk M, Acar B. Sosyal Fobi Hastalarında
- Aleksitimili Umutsuzluk ve Depresyon. Klinik Psikiyatri 2000;3:235-241
23. Şenol S, Seyfioğlu U, Kavaklı K. Hemofili hastalarına bakım verenlerin umutsuzluk ve depresyon düzeylerinin incelenmesi. Akşit S, editör. Ege Pediatri Bülteni, 2008 15 (3): 187-196.
24. Dansuk R, Ağargün M, Kars B, Ağargün H, Turan C, Ünal O. Jinekolojik Kanserli Hastaların Psikososyal Özelliklerinin Değerlendirilmesi. Türkiye Klinikleri Jinekoloji Obstetrik Dergisi. 2002; 12(2):142-7

0-6 Yaş Grubu Çocuklarda Ev Kazaları***Home Accidents in Children Aged 0–6 Years**Fatma YILMAZ KURT^a Aynur AYTEKİN^b

ÖZET Amaç: Bu araştırma, 0-6 yaş grubu çocukların yaşadığı ev kazalarının incelenmesi amacıyla yapıldı. **Gereç ve Yöntemler:** Tanımlayıcı olarak yapılan bu araştırma, Çanakkale ilinde bir okul öncesi kurumda, 04-29 Nisan 2011 tarihleri arasında yapıldı. Araştırmanın evrenini, bu okul öncesi kuruma kayıtlı olan 0-6 yaş grubundaki 267 çocuğun annesi oluşturdu. Örneklem grubu seçimine gidilmeden evrenin tamamı ile çalışıldı. Ancak, araştırmaya katılmayı kabul etmeyen ya da ulaşılamayan 80 anne çalışmaya dahil edilmedi. Araştırma 187 anne ile tamamlandı. Verilerin toplanmasında bir soru formu kullanıldı. Araştırmanın yapılabilmesi için annelerden sözel izin ve ilgili kurumdan yazılı izin alındı. Veriler, bilgisayar ortamında sayı, yüzdelik dağılım, ortalama ve ki-kare testi ile değerlendirildi. **Bulgular:** Annelerin %52.4'ünün çocuğunun son bir yılda en az bir kez ev kazası geçirdiği ve çocukların %45.9'unun düşme şeklinde ev kazası yaşadığı belirlendi. Annelerin çalışma durumu ve ev kazalarıyla ilgili eğitim alma durumlarının çocukların ev kazası geçirme durumlarını etkilediği saptandı (p<0.05). Annelerin %56.1'i ev kazasının nedenini "ihmal-dikkatsizlik" olarak belirtti ve %47.7'si koruyucu önlemlerle ev kazalarının önlenebileceğini bildirdi. **Sonuç:** Çalışmada yaklaşık iki çocuktan birinin son bir yıl içinde en az bir kez ev kazası geçirdiği ve çocukların en fazla düşme şeklinde ev kazasına maruz kaldığı bulundu. Annelere/ailelere bu yaş grubu çocukların gelişimsel özellikleri, ev kazalarıyla ilgili risk faktörleri, güvenlik önlemleri ve ilkyardım uygulamaları konusunda eğitim verilmesi önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Anne, ev kazaları, hemşirelik, ilkyardım, 0-6 yaş çocuk.

ABSTRACT Aims: This study was conducted to investigate the home accidents experienced by children aged 0–6 years. **Materials and Methods:** This descriptive study was conducted in a pre-school institution in the Province of Canakkale, Turkey, in between April 4 and April 29, 2011. The study population consisted of 267 mothers of children aged 0-6 years registered in a pre-school institution. The whole study population was studied without selecting any sample group. However, 80 mothers who either couldn't be reached or have not agreed to participate in the research were not included in the study. The study was completed by 187 mothers. A questionnaire was used for data collection. Verbal consent of mothers and written permission from the relevant institutions were obtained to conduct the research. The data were evaluated using percentage distribution, mean and chi-square test in a computer environment. **Results:** It was found that children of 52.4% of mothers had at least one home accident in the last year, and 45.9% of the home accidents was falls. The employment status and knowledge of mothers on home accidents were found to be effective on home accidents experienced by children (p<0.05). Of the mothers, 56.1% stated that the "negligence-carelessness" is the cause of home accidents, and 47.7% stated that the home accidents can be prevented by protective measures. **Conclusion:** In the study, it was found that approximately one in two children had at least one home accident in the last year, and the majority of home accidents was falls. It is recommended that training on the developmental characteristics of children at this age-group, risk factors related to the home accidents, safety precautions and first aid practices should be provided to mothers and/or families.

Key Words: Mother, home accidents, nursing, first-aids, 0-6 year old children.

^aYrd.Doç.Dr. Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu, Çanakkale.

fatossylmz@hotmail.com

^bYrd.Doç.Dr., Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Erzurum. aynuraytekin25@hotmail.com

Geliş Tarihi: 26.11.2014/Kabul Tarihi:28.01.2015

Yazışma Adresi: Aynur AYTEKİN, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, 25240 Erzurum, aynuraytekin25@hotmail.com

* Çalışma, Uluslararası Katılımlı 3. Ulusal Pediatri Hemşireliği Kongresi (6-9 Eylül 2011), İzmir'de poster bildiri olarak sunulmuştur.

Giriş

Kaza, önceden planlanmamış, beklenmeyen, ani olarak ortaya çıkan ve yaralanma, hasar ile sonuçlanabilen, önlenemeyen bir olaydır.¹ Kazalar, genellikle yaşandığı yere göre sınıflandırılır. Ev kazaları, ev içinde veya ev çevresinde meydana gelen kazalardır.² Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) verilerine göre dünyada düşmeler, yanıklar ve zehirlenmeler ev kazalarında morbidite ve mortalitenin en önemli sebepleridir. Bu nedenle ev kazaları, tüm dünyada önemli sağlık sorunları arasında yer almaktadır.³ Ev kazaları, her yaş grubunda görülmesine karşın özellikle çocuklar ve yaşlılar için önemli bir halk sağlığı sorunudur.¹ Ev kazaları sıklığı, ülkeler ve yaş gruplarına göre değişmekle beraber çocukluk çağı kazalarının %25'ni oluşturmaktadır.⁴ Türkiye'de çocukluk çağı ev kazalarının, tüm kazaların %18-25'ni oluşturduğu bildirilmiştir.⁵ DSÖ'ne göre Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü (OECD)'ne üye ülkelerde her gün 2000'den fazla çocuk kazalar nedeniyle ölmektedir. Yaklaşık 5000 çocuğa acil tedavi gerekirken, 4 milyon çocuk hastaneye yatırılmakta ve çok sayıda çocuk ise kazaların fiziksel, psikolojik ve sosyal etkisine maruz kalmakta; hastalık, sakatlık ve ölümler gelişmektedir.⁶

Türkiye'de ev kazalarının %45.4'ünün 0-6 yaş grubu çocuklarda görüldüğü belirlenmiştir. Bu yaş grubundaki çocuklar; zamanlarının çoğunu evde geçirmeleri, çevrelerini keşfetme ve öğrenme konusunda meraklı olmaları, devamlı hareket etmeleri, çevresel risklere duyarlı ve açık olmaları, her şeyi ağzına götürme alışkanlıkları, yaşam alanlarının çocukların özelliklerine göre düzenlenmemiş olması, kazalardan kendilerini koruyabilecek gelişimsel beceriye henüz yeterince sahip olamamaları nedeniyle ev ortamında kazaya uğrama oranı en yüksek grubu oluşturmaktadır.⁷ Bu bilgiler dikkate alındığında, 0-6 yaş grubu çocukların kendilerini kazalardan koruyamadıkları

gerçeğinden yola çıkarak bu yaş grubundaki çocukların kazalara karşı güvenli ortamlarda yaşamaları, koruyucu önlemlerin alınması ve yaşam alanlarının güvenliğinin denetlenmesi sorumluluğunun erişkinlere ait olduğu gerçeği karşımıza çıkmaktadır.⁸ Türk toplumu için bu sorumluluğun yerine getirilmesinde 0-6 yaş grubu çocukla daha fazla vakit geçiren ebeveyn olan annenin daha etkin rol aldığı söylenebilir.⁹

Ülkemizde yapılan çalışmalarda, ailelerin kazalardan korunma bilgisinin yetersiz olduğu ve çocukların kaza geçirme riskinin yüksek olduğu belirlenmiştir.^{4,10} Ev kazalarının önlenmesi, özellikle gelişmiş ülkelerde önem verilen bir konu olmasına karşın, ülkemizde bugüne kadar bilimsel araştırmaların ötesinde iyileştirmeye yönelik girişimler yetersiz kalmıştır.⁵ 0-6 yaş grubu çocuklarda yaşanan ev kazalarının önlenmesini ve ev kazası gerçekleştiğinde çocuklara doğru ilk yardım uygulamalarının yapılmasını sağlamak amacıyla annelerin/ailelerin bilinçlendirilmesi koruyucu sağlık hizmetlerinin uygulanmasında önemli bir yere sahip olan hemşirelerin sorumluluklarındandır.^{11,12} Bu konularda annelere/ailelere eğitim ve danışmanlık yapacak olan hemşirelerin 0-6 yaş grubu çocukların yaşadığı ev kazalarını ve annelerin bu kazalarla ilgili bilgi ve uygulamalarını bilmeleri önemlidir. Bu bilgilerden yola çıkarak çalışma, 0-6 yaş grubu çocuklarda ev kazalarının incelenmesi amacıyla yapıldı.

Yöntem

Araştırma, Çanakkale ilinde bir okul öncesi kurumda, 04-29 Nisan 2011 tarihleri arasında tanımlayıcı olarak yapıldı. Araştırmanın evrenini, okul öncesi kuruma kayıtlı olan 0-6 yaş grubundaki 267 çocuğun annesi oluşturdu. Örneklem grubu seçimine gidilmeden evrenin tamamı ile çalışıldı. Ancak, araştırmaya katılmayı kabul etmeyen ya da ulaşılamayan 80 anne

çalışma dışında bırakıldı, araştırma 187 anne ile tamamlandı. Veriler araştırmacılar tarafından literatür ışığında^{4,8,11,12} geliştirilen bir soru formu aracılığıyla toplandı. Bu formda çocuklara ve aileye ait tanıtıcı özellikleri, 0-6 yaş grubu çocuğun ev kazası geçirme durumu ve annelerin ev kazası sonrası yaptığı uygulamalarla ilgili bilgileri sorgulayan toplam 18 soru yer aldı. Araştırma verilerinin toplanması için 0-6 yaş grubu çocukların anneleri ile telefon veya yüz yüze görüşme yöntemi ile iletişim kurularak araştırmanın amacı açıklandıktan sonra sözel onayları alınarak çalışmaya katılımları sağlandı. Kurumda yüz yüze görüşülen annelere soru formu verilerek doldurmaları sağlandı. Telefonla görüşülen ve sözel onayları alınan annelere ise soru formunun bulunduğu kapalı bir zarfın çocuklarına verilerek ulaştırılacağı söylendi. Anneler, doldurulmuş olan soru formunu aynı yolla araştırmacıya ulaştırdı. Veriler, SPSS 18.0 (Statistical Package For Social Sciences, ver. 18.0, Chicago, IL, USA) paket programı kullanılarak sayı, yüzdelik dağılım, ortalama ve ki-kare testi ile değerlendirildi.

Araştırmanın yapılabilmesi için ilgili kurumdan resmi izin alındı. Ayrıca, çalışmaya katılan annelere araştırmanın amacı, yöntemi ve yararları konusunda bilgi verilerek çalışmaya katılmaya istekli olan annelerin sözel izinleri alındı. Araştırmalarda insan olgusunun kullanımında bireysel hakların korunması gerektiğinden “Gönüllük İlkesi” ışığında “Bilgilendirilmiş Onam” koşulu yerine getirildi.

Bulgular

Araştırma kapsamına alınan annelerin yaş ortalamasının 31.72 ± 6.19 olduğu belirlendi. Çalışmada 18-30 yaş grubunda olan annelerin %53.9'unun, ortaokul mezunu olan annelerin %66.7'sinin, çalışan annelerin %61.5'inin, üç ve daha fazla sayıda çocuğa sahip olan annelerin %60.7'sinin, ev kazalarıyla ilgili bir eğitim almayan annelerin %55.5'inin ve geniş aile yapısındakilerin %52.9'unun

çocuklarının son bir yıl içinde en az bir kez ev kazası geçirdiği saptandı. Araştırmada yapılan analizlere göre annelerin çalışma durumu ve ev kazalarıyla ilgili eğitim alma durumlarının 0-6 yaş grubu çocuğun ev kazası geçirme durumunu etkilediği istatistiksel olarak belirlendi ($p < 0.05$) (Tablo 1). Annelerin %52.4'ünün çocuğunun son bir yılda ev kazası geçirdiği, ev kazası geçiren çocukların %51.0'inin erkek olduğu, %67.3'ünün bir kez, %23.5'inin iki kez kaza geçirdiği saptandı. Ev kazasının türü incelendiğinde ilk üç sırayı düşme (%45.9), yanma (%17.3) ve delici-kesici alet yaralanmasının (%11.2) oluşturduğu belirlendi. Ayrıca annelerin %14.3'ünün çocuğunda, yaşanan ev kazasının birden fazla kaza tipine (düşme ve delici-kesici yaralanması gibi) neden olduğu saptandı (Tablo 2). Annelerin %28.6'sının çocuklarının, ev kazasını oturma odasında, %23.5'inin mutfakta ve %20.4'ünün banyoda geçirdiği bulundu. Ev kazası sonucu etkilenen vücut bölgesi sorgulandığında; annelerin %30.6'sının çocuğunda üst ekstremitte yaralanması ve %29.6'sının çocuğunda ise baş-boyun bölgesi yaralanması olduğu saptandı. Annelerin %89.9'unun çocuklarının geçirdiği ev kazası sırasında evde olduğu belirlendi (Tablo 2). Araştırma kapsamına alınan annelerin %56.1'inin ev kazasının nedenini “ihmal-dikkatsizlik”, %18.4'ünün “kaygan zemin” olarak belirttiği saptandı. Ev kazası geçiren çocukların annelerinin %85.7'sinin ev kazasından korunmanın mümkün olduğunu belirttiği bulundu. Bu annelerin %47.7'sinin kaymayan halı kullanma, ıslak zemini kurulama, korkuluk kullanma, zararı eşyaları uzaklaştırma, tv kısıtlama gibi “önlemlerin alınması” ve %28.6'sının ise “daha dikkatli olma” yoluyla ev kazasının önlenebileceğini belirttiği saptandı. Ev kazası sonrasında annelerin yaptıkları ilk müdahale incelendiğinde; %34.7'sinin ilk müdahale olarak ilk yardım uygulamaları yaptığı, %28.6'sının kazadan hemen sonra olmak üzere genel olarak %51.0'inin kaza

sonrasında çocuğu bir sağlık kurumuna götürdüğü saptandı (Tablo 3).

Tablo 1. Annelerinin tanıtıcı özelliklere göre çocukların ev kazası geçirme durumlarının dağılımı

Özellikler	Ev kazası geçiren çocuklar		Ev kazası geçirmeyen çocuklar		Toplam (n=187)		Test ve p
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
Annenin yaş ortalaması*	31.72±6.19						
Annenin yaş grubu							
18-30	48	53.9	41	46.1	89	100.0	$\chi^2=0.159$
30 ve üzeri	50	51.0	48	49.0	98	100.0	p=0.690
Annenin eğitim durumu							
İlkokul	12	66.7	6	33.3	18	100.0	$\chi^2=6.369$
Ortaokul	30	54.5	25	45.5	55	100.0	p=0.095
Lise	21	38.9	33	61.1	54	100.0	
Üniversite							
Anne çalışma durumu							
Çalışıyor	48	61.5	30	38.5	78	100.0	$\chi^2=4.474$
Çalışmıyor	50	45.9	59	54.1	109	100.0	p=0.034
Aile tipi							
Çekirdek aile	80	52.3	73	47.7	153	100.0	$\chi^2=0.005$
Geniş aile	18	52.9	16	47.1	34	100.0	p=0.945
Çocuk sayısı							
1	44	49.4	45	50.6	89	100.0	$\chi^2=1.095$
2	37	52.9	33	47.1	70	100.0	p=0.578
3 ve üzeri	17	60.7	11	39.3	28	100.0	
Ev kazalarıyla ilgili eğitim alma durumu							
Eğitim alan	7	30.4	19	69.6	23	100.0	$\chi^2=5.076$
Eğitim almayan	91	55.5	73	44.5	164	100.0	p=0.024

* Ortalama±Standart Sapma

Tablo 2. 0-6 yaş grubu çocukların son bir yılda ev kazası geçirme durumu ile ilgili özelliklerin dağılımı

Özellikler	Sayı (n=98)	%
Çocuğun ev kazası geçirme durumu (n=187)		
Evet	98	52.4
Hayır	89	47.6
Ev kazası geçiren çocuğun cinsiyeti		
Kız	48	49.0
Erkek	50	51.0
Ev kazası sayısı		
1 kez	66	67.3
2 kez	23	23.5
3 kez ve daha fazla	9	9.2
Ev kazası tipi		
Düşme	45	45.9
Yanma	17	17.3
Delici-kesici alet yaralanması	11	11.2
Boğulayazma	6	6.1
Elektrik çarpması	3	3.1
Zehirlenme	2	2.0
Birden fazla kaza türü	14	14.3
Ev kazası geçirilen yer		
Oturma odası/salon	28	28.6
Mutfak	23	23.5
Banyo	20	20.4
Yatak odası	7	7.1
Diğer (balkon, merdiven, koridor vb.)	20	20.4
Kazadan etkilenen vücut bölgesi		
Üst ekstremité	30	30.6
Baş-boyun	29	29.6
Gövde	14	14.3
Alt ekstremité	13	13.3
Birden fazla vücut bölgesi	12	12.2
Kaza sırasında annenin evde bulunma durumu		
Evdeydim	88	89.9
Evde değildim	10	10.2

Tablo 3. Annelerin ev kazasına ilişkin görüşlerinin dağılımı

Özellikler	Sayı (n=98)	%
Kazanın nedeni		
İhmal –dikkatsizlik	55	56.1
Kaygan zemin	18	18.4
Yalnız bırakma	10	10.2
Diğer (yaramazlık, merak, tv etkisi vb.)	15	15.3
Kazadan korunmak mümkün müydü?		
Mümkündü	84	85.7
Mümkün değildi	14	14.3
Cevabınız evet ise nasıl?(n=84)		
Önlemler almalıydım (kaymayan halı, zemini kurulama, korkuluk, zararlı eşyaları uzaklaştırma, TV kısıtlama vb.)	40	47.7
Daha dikkatli olmalıydım	24	28.6
Yalnız bırakmamalıydım	16	19.0
Çocuğum daha dikkatli olmalıydı	4	4.7
Kaza sonrası ilk müdahale		
İlk yardım uygulamaları (soğuk uygulama, tampon yapma, sırtına vurma vb.)	34	34.7
Sağlık kurumuna götürme	28	28.6
Çocuğu sakinleştirme	16	16.3
Takip etme	10	10.2
Hiçbir şey yapmadım	10	10.2
Sağlık kurumuna başvurma durumu		
Evet	50	51.0
Hayır	48	49.0

Tartışma

Ev kazaları sık görülmeleri, ölüm ve sakatlıklara yol açmaları nedeniyle halen önemli bir halk sağlığı sorunudur. Kaza oluşumunda güvensiz çevre koşulları, güvensiz davranışlar önemli rol oynamaktadır.^{4,5,13,14} Ev kazalarının nedenleri arasında insan faktörü ilk sırada yer almaktadır. 0-6 yaş grubu çocuklar gelişimsel olarak kendilerini kaza ve yaralanmalardan koruyamadıklarından onlar için emniyetli ortamların oluşturulması ve yaşam alanlarının güvenliğinin denetlenmesi erişkinlerin sorumluluğundadır.⁸ Bu sorumluluk da çoğu zaman çocukla daha çok birlikte olan annenindir.¹⁵ Bu bakımdan 0-6 yaş grubu çocuklarda ev kazalarının önlenmesi için annelerin ev kazalarıyla ilgili bilgi ve

uygulamalarının belirlenmesi oldukça önemlidir.

Araştırmada annelerin yaş grubu, eğitim durumu, aile tipi ve çocuk sayısının 0-6 yaş grubu çocukların ev kazası geçirme durumlarını etkilemediği; bununla birlikte annenin çalışma durumu ve ev kazalarıyla ilgili eğitim alma durumunun çocukların ev kazası geçirme durumlarını etkilediği belirlendi. Çalışan annelerin çocuklarının çalışmayan annelere göre ev kazası geçirme oranları daha yüksek bulundu. Karatepe'nin¹⁶ çalışmasında da çalışan annelerin çocuklarının daha fazla ev kazası yaşadığı bildirilmiştir. Bu durum, çalışan annelerin, evde geçirdikleri zamanı ev işleri, 0-6 yaş grubu çocuk ve diğer çocukların bakımı için kullanmak zorunda olmalarıyla açıklanabilir. Çocukların evde

annelerinin kontrolünde oldukları süre azaldıkça, ev kazası geçirme risklerinin artış gösterdiği bildirilmiştir.¹⁷ Annelerin ev kazalarını önlemeye yönelik tutum ve davranışlarını, konuyla ilgili eğitim almış olmaları etkilemektedir. King ve ark.nın¹⁸ çocukluk çağı ev kazalarını önlemek amacıyla ev ziyaretleri yaparak annelere eğitim verdikleri çalışmada, eğitim grubundaki katılımcıların büyük çoğunluğunda (%63) ziyaret sonrası bilgi, tutum ve uygulamalarında değişim saptanmıştır. Başka bir çalışmada ise ev kazası geçiren çocukların annelerinin %87.1'inin ev kazalarına yönelik herhangi bir eğitim almadığı belirlenmiştir.¹⁹ Bu bakımdan araştırmamızın bulguları incelendiğinde; ev kazalarıyla ilgili eğitim almış olan annelerin çocuklarında daha az ev kazası yaşanmış olması oldukça önemlidir. Sonuçlar daha önce yapılmış çalışmaların bulgularıyla uyumludur.

Çalışmada annelerin %52.4'ünün 0-6 yaş grubundaki çocuklarının son bir yılda en az bir kez ev kazası geçirdiği belirlendi. Bu oran Erkal ve Şafak'ın¹³ çalışmasında %38.4, Yalaki ve ark.larının²⁰ çalışmasında ise %49.6 olarak bildirilmiştir. Genel olarak çalışmalarda birbirine benzer şekilde çocukların son bir yılda yaşadığı ev kazası oranının yüksek olduğu görülmektedir. Bununla birlikte bu oranlar arasındaki fark, çalışmaların yapıldığı grupların birbirinden farklı sosyokültürel ve ekonomik yapısından kaynaklanmış olabilir.

Çalışmalarda erkek çocukların kızlara oranla daha sıklıkla ev kazasına maruz kaldığı bildirilmiştir.¹³⁻¹⁵ Laffoy'un²¹ çalışmasında ev kazası geçiren çocukların %59.2'sinin, Yalaki ve ark.nın²⁰ çalışmasında ise %52'sinin erkek çocuklar olduğu saptanmıştır. Ayrıca çalışmalarda erkek çocukların daha hareketli ve aktif olması nedeni ile kız çocuklara göre daha sıklıkla kazalara maruz kaldıkları bildirilmiştir.^{14,22} Çalışmamızda da ev kazası geçiren çocuklar arasında erkek çocukların oranı literatürle benzer şekilde daha yüksek bulunmuştur.

Çalışmamızda son bir yıl içinde ev kazası deneyimi olan çocukların geçirdiği kaza sayısı incelendiğinde; çocukların %67.3'ünün bir kez, %23.5'inin iki kez, %9.2'sinin 3 ve daha fazla kez ev kazası geçirdiği saptandı. Yaşamlarının büyük bir kısmını ev ortamında geçiren 0-6 yaş grubu çocuklarda ev kazalarının önlenmesi amacıyla ev ortamında kazalara yönelik güvenlik önlemlerinin alınması hayati önem taşımaktadır. Bu güvenlik önlemleri alınmadığı takdirde gelişimsel olarak kendilerini kazalara karşı koruyacak olgunluğa sahip olmayan bu yaş grubu çocukların birden fazla sayıda ev kazası yaşaması kaçınılmaz bir sonuçtur.²³

Sıfır-altı yaş grubu çocuklarda, tehlikelerin bilincinde olmamaları, hareketli olmalarına rağmen kas ve davranış koordinasyonunu sağlayacak olgunlukta olmamaları, çevresel risklere açık olmaları, ev ortamının çocukların hareketliliği dikkate alınmadan düzenlenmesi gibi nedenlerle en sık karşılaşılan ev kazası tipi düşme-çarpma tipi kazalardır.^{11,12} Daha önce yapılan çalışmalarda da bu yaş grubu çocuklarda düşme tipi kazaların ilk sırada olduğu, bunu yanma tipindeki kazaların takip ettiği görülmüştür.^{20,24-28} Çalışmamızda 0-6 yaş grubu çocukların geçirdiği ev kazası tipi incelendiğinde ilk sırada düşmeler (%45.9), ikinci sırada yanma (%17.3) tipi kazaların olduğu görülmektedir. Çalışmamızın bulguları daha önce yapılmış çalışmalarla benzerlik göstermektedir.

Konu ile ilgili çalışmalarda 0-6 yaş grubu çocukların kaza geçirdiği ev alanları incelendiğinde; Alasya'nın²³ çalışmasında ilk üç sırada salon, mutfak ve bahçenin yer aldığı belirlenmiştir. Kim ve ark.²⁹ çocuklarda en sık ev kazasının banyoda olduğunu belirtirken, Phelan ve ark.²⁶ sıklıkla ev kazalarının mutfakta gerçekleştiğini bildirmişlerdir. Farklı örneklem gruplarına bağlı olarak çalışmalarda çocukların kazayı yaşadığı ev alanı, değişiklik göstermesine rağmen birçok çalışmada 0-6 yaş grubu çocukların sıklıkla ev kazası geçirdiği ev alanının

salon/oturma odası olduğu belirlenmiştir.^{12,30} Bu durum, salon/oturma odasının çocukların ve ailelerin en çok zaman geçirdiği alan olması ve bu alandaki eşyaların evin diğer bölümlerinden daha fazla olması ile açıklanabilir. Çalışmamızda da daha önce yapılmış çalışmalara paralel olarak 0-6 yaş grubu çocukların ev kazasını yaşadığı ilk üç alan salon/oturma odası, mutfak ve banyo olarak saptandı.

Çalışmalarda çocukların ev kazası sonucu sıklıkla etkilenen vücut bölgesi, baş-boyun ve üst ekstremiteler olarak bildirilmiştir.^{16,31,32} Çalışmamızda da ev kazası geçiren çocuklarda etkilenen vücut bölgeleri sırasıyla üst ekstremiteler ve baş boyun bölgesi olarak bulundu. Bu durum, 0-6 yaş grubu çocukların daha çok düşme şeklinde kaza yaşamaları ile açıklanabilir. Düşme şeklindeki kazalarda, vücutta daha çok ekstremiteler ve baş-boyun bölgesi etkilenmektedir.^{7,33}

Çalışmamızda ev kazası geçiren çocukların annelerinin çoğunluğunun (%89.9) kaza sırasında evde olduğu belirlendi. Alasya'nın²³ çalışmasında da ev kazası geçiren çocukların yarısından fazlasının anne veya babasının kaza sırasında yanında olduğu saptanmıştır. Konu ile ilgili diğer çalışmalarda, çocukların ev ortamında yaşadığı kazalar sırasında genellikle anne/babaların çocuğun yanında olduğunu bildirmiştir.^{27,34}

Zamanlarının çok büyük kısmını ev ortamında geçiren 0-6 yaş grubu çocukları ev içerisinde oluşacak kazalardan korumak amacıyla kazalara yönelik koruyucu önlemlerin alınarak ev ortamının güvenliğinin sağlanması önemlidir.³⁵ Morrongiello ve ark.'nın¹⁷ çalışmasında, annelerin çocuklarını sürekli takip etmeleri ve ev ortamında güvenlik önlemlerinin alınmasıyla çocuklarda oluşabilecek ev kazalarının azaldığı bildirilmiştir. Çalışmamızda ev kazası geçiren çocukların annelerinin çoğunluğunun, kazanın nedenini "ihmkârlık, dikkatsizlik, kaygan zemin" olarak belirttiği; koruyucu önlemler alınması ve daha dikkatli

olunmasıyla kazalardan korunmanın mümkün olabileceğini bildirdikleri belirlendi. Daha önce yapılmış çalışmalarda da ebeveynler, çocuklarının yaşadığı ev kazalarının nedenlerini dikkatsizlik ve uygun olmayan ev koşulları olarak bildirdiği saptanmıştır.^{23,36}

Çalışmamızda ev kazası sonrasında annelerin %34.7'sinin çocuğa ilk müdahale olarak ilk yardım uygulamaları yapmayı tercih ederken, %28.6'sının kazadan hemen sonra olmak üzere %51.0'mın kaza sonrasında çocuğu bir sağlık kurumuna götürdüğü saptandı. Konuyla ilgili literatür incelendiğinde; çocukların çoğunluğunun ev kazası sonrasında herhangi bir sağlık kuruluşuna götürülmediği belirlenmiştir.^{13,16,28,31,32} Çalışmamızın bulguları daha önce yapılmış çalışmalarla benzerlik göstermektedir.

Sonuç ve Öneriler

Araştırmada annelerin yaş grubu, eğitim durumu, ailenin tipi, çocuk sayısı değişkenlerinin 0-6 yaş grubu çocukların ev kazası geçirme durumlarını etkilemediği, annenin çalışma durumu ve ev kazalarıyla ilgili eğitim alma durumunun ise çocukların ev kazası geçirme durumlarını etkilediği ortaya çıkmıştır. Ayrıca çalışmada annelerin yarısından fazlasının çocuklarının son bir yılda en az bir kez ev kazası geçirdiği ve yoğun olarak düşme şeklinde ev kazasına maruz kaldığı bulundu. Çocukların ev ortamında daha çok risklerle dolu olan salon, mutfak ve banyo gibi alanlarda ev kazasını yaşadığı ve genellikle üst ekstremiteler ve baş-boyun bölgesinde kazanın etkisinin olduğu belirlendi. Çalışmada çocukların çoğunluğunun, annelerinin yanındayken ev kazasını yaşadığı bulundu. Ev kazası geçiren çocukların yarısından fazlasına ilk müdahale olarak ilkyardım uygulamaları yapıldığı ve bu çocukların yarısının kazadan hemen sonra ya da daha sonrasında bir sağlık kuruluşuna götürülmediği belirlendi.

Araştırma bulguları doğrultusunda; 0-6 yaş grubu çocuklarda ev kazalarının önlenmesi amacıyla annelere/ailelere ve bakım vericilere 0-6 yaş grubu çocukların gelişimsel özellikleri, ev ortamındaki kazalarla ilgili risk faktörleri, ev kazalarını önlemeye yönelik güvenlik önlemleri ve ilkyardım uygulamaları konusunda eğitim verilmesi önerilir.

Kaynaklar

1. Özcebe H. Yaralanma kontrol ve korunma programları ve güvenli toplumlar. İçinde: Güler Ç, Akın L, editörler. Halk Sağlığı Temel Bilgiler. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Yayınları; 2006. p. 686-698.
2. Güven S, Cerit G. Yaşlıların evde karşılaştıkları kazalar ve önlenmesi. *Sağlık ve Toplum* 2002;2: 66-71.
3. World Health Organization. Other injury topics. http://www.who.int/violence_injury_prevention/other_injury/en/ Erişim Tarihi: 15.11.2014.
4. Uskun E, Alptekin F, Öztürk M, Kişioğlu AN. Ev hanımlarının ev kazalarını önlemeye yönelik tutum ve davranışları ile ev kazalarına yönelik ilkyardım bilgi düzeyleri. *Ulusal Travma ve Acil Cerrahi Derneği Dergisi* 2008; 14(1): 46-52.
5. Altundağ S, Öztürk MC. Ev kazaları nedeniyle hastaneye gelen 3-6 yaş grubu çocuklardaki kaza türleri ve bunu etkileyen etmenler. *Çocuk Forumu* 2004; 5: 60-64.
6. World Health Organization, 2008. World report on child injury prevention, http://www.who.int/violence_injury_prevention/child/injury/world_report/en/ Erişim Tarihi: 15.11.2014.
7. Koçer, N. Çocuklar İçin İlk Yardım ve İlk Yardım Uygulamaları. Ankara: Morpa Yayınları, 2006. s.12-16.
8. Turan T, DüNDAR SA, Yorgancı M, Yıldırım Z. 0-6 yaş grubu çocuklarda ev kazalarının önlenmesi. *Ulusal Travma ve Acil Cerrahi Derneği Dergisi* 2010;16(6):552-557.
9. Çınar ND, Görak G. 0-6 yaş çocuklarda annenin ev kazalarına yönelik güvenlik önlemlerini tanılama ölçeğinin geliştirilmesi, geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Çocuk Forumu* 2003;6: 22-27.
10. Baysal SU, Şahin S. Risk assessment for poisonings in children below the age of six. *Toxicology Letter* 2001; 123(Supp 1): 97-98.
11. Şahin YY. Çocuklarda görülen ev kazalarında ailelerin yaptığı uygulamalar ve alınan güvenlik uygulamaları. (Yüksek Lisans Tezi), Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Mersin, Türkiye, 2012.
12. Yıldırım N. 1-4 yaş dönemi çocuklar için ev kazası risklerinin belirlenmesi ve bu risklerin azaltılmasında sosyal öğrenme teorisine dayalı hemşirelik girişimlerinin etkinliği. (Doktora Tezi), Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, Türkiye, 2010.
13. Erkal S, Şafak Ş. Determination of the risks of domestic accidents for the 0-6 age group in the Tuzluca Village Clinic neighborhood. *The Turkish Journal of Pediatrics* 2006; 48: 56-62.
14. Baysal SU, Birinci A. Çocukluk çağında kazalar ve yaralanma kontrolü. *Türkiye Klinikleri Pediatik Bilimler Dergisi* 2006; 2(2): 64-79.
15. Özmen D, Ergin D, Şen N, Çetinkaya A. 0-6 yaş grubu çocuğu olan annelerin ev kazalarına yönelik güvenlik önlemlerinin tanınması. *Aile ve Toplum Dergisi* 2007; 3(12): 13-20
16. Karatepe TU. Nilüfer Halk Sağlığı Eğitim ve Araştırma Bölgesinde 0-6 yaş çocuklarda ev kazası geçirme sıklığı ve ilişkili faktörler. (Tıpta Uzmanlık Tezi), Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Bursa, Türkiye, 2011.
17. Morrongo BA, Corbett M, McCourt M, Johnston N. Understanding Unintentional Injury Risk in Young Children. II. The Contribution of Caregiver Supervision, Child

- Attributes, and Parent Attributes. *Journal of Pediatric Psychology* 2006; 31(6):540-551.
18. King WJ, LeBlanc JC, Barrowman NJ, Klassen TP, Bernard-Bonnin AC, Robitaille Y, et al. Long term effects of a home visit to prevent childhood injury: three year follow up of a randomized trial. *Injury Prevention* 2005; 11(2): 106-109.
 19. Çalışkan K, Avcı Ö, Acar V, Dönmez Y. 0-6 Yaş Grubu Çocuğu Olan Annelerin Düşmelere İlişkin İlk Yardım Uygulamalarının İncelenmesi. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi* 2010;3(3): 2-9.
 20. Yalaki Z, Taşar MA, Kara N, Dallar Y. Sosyoekonomik Düzeyi Düşük Olan Ailelerin Ev Kazaları Hakkında Bilgi Düzeylerinin Ölçülmesi. *Akademik Acil Tıp Dergisi JAEM* 2010;9 (3): 129-33.
 21. Laffoy M. Childhood accidents at home. *Irish Medical Journal* 1997; 90(1): 26-27.
 22. İnanç DÇ, Baysal SU, Coşkun L, Taviloğlu K, Ünüvar E. Çocukluk çağı yaralanmalarında hazırlayıcı nedenler. *Türk Pediatri Arşivi* 2008; 43: 84-88.
 23. Alasya E. 1-6 yaş grubu çocuklarda ev kazası görülme sıklığı ve annelerin ev kazaları ile ilgili uygulamalarının belirlenmesi. (Yüksek Lisans Tezi), Yakın Doğu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Lefkoşa, KKTC, 2012.
 24. Guisan AC, Cubells CL, Diego JMQMLD, Fernandez JP. Accidental Injury In Children: Hospital Trauma Records In A Spanish Population. *International Journal of Injury Control and Safety Promotion* 2007;14(2):125-127.
 25. Karataş B, Kettaş E, Yurtsever S. Interventions by mothers of 1-6 year old children after home accidents. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi* 2006; 3(2):1-14.
 26. Phelan KJ, Khoury J, Xu Y, Lanphear B. Validation of a home injury survey. *Injury Prevention* 2009;15(5): 300-306.
 27. Erkal S. Identification of the number of home accidents per year involving children in the 0-6 age group and the measures taken by mothers to prevent home accidents. *Turkish Journal of Pediatrics* 2010;52(2):150-157.
 28. Köse O, Bakırcı N. Çocuklarda ev kazaları. *STED* 2007; 16: 31-35.
 29. Kim HB, Kim DK, Kwak YH, Shin SD, Song KJ, Lee SC et al. Epidemiology of traumatic head injury in Korean children. *Journal of Korean Medical Science* 2012; 27:437-442.
 30. Sengoelgea M, Bauer R, Laflamme L. Unintentional child home injury incidence and patterns in six countries in Europe. *International Journal of Injury Control and Safety Promotion* 2008;15(3):129-139.
 31. Kılıç B, Demiral Y. İzmir'de bir gecekondu bölgesinde evde yaralanma insidansı. *Toplum Hekimliği Bülteni* 2006;25(3):27-32.
 32. Boztaş G. 0-48 aylık çocukların ev kazaları sonucu oluşan yaralanmalarına ilişkin annelerinin davranış ve görüşlerini etkileyen faktörlerin belirlenmesi (Tıpta Uzmanlık Tezi), Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ankara, Türkiye, 2008.
 33. Dramalı A, Kaymakçı Ş, Özbayır T, Yavuz M, Demir F. Temel İlk Yardım Uygulamaları. İzmir: Ege Üniversitesi Basım Evi, 2005. S.75-167.
 34. Atak N, Karaoğlu L, Korkmaz Y, Usubütün S. A household survey: unintentional injury frequency and related factors among children under five years in Malatya. *The Turkish Journal of Pediatrics* 2010; 52: 285-293.
 35. Ulukol B, Şimşek F, Usubütün S, Gülnar S. 0-6 yaş grubu çocukların ev kazalarından korunmasında anne eğitiminin etkinliği. III. Ulusal Ana Çocuk Sağlığı Kongresi Bildiri Kitabı, İzmir, 2005, s. 255.

36. Tezcan S, Aslan D, Yardım N, Demiröz AS, Coşkun E, Cengiz G, ve ark. Ankara ili Altındağ Merkez 1 Nolu Sağlık Ocağı bölgesinde kaza sıklığının saptanması ve kazaların bazı faktörlerle ilişkisinin belirlenmesi. *Ege Tıp Dergisi* 2001;40(3):165-173.

Vardiyalı ve Nöbet Sistemi Şeklindeki Çalışma Düzeninin Hemşireler Üzerine Etkisi***The Effect of Shift Working and Rotating Shifts on Nurses**

Kıymet YEŞİLÇİCEK ÇALIK^a, Songül AKTAŞ^a, Hacer KOBYA BULUT,^b
Elif ÖZDAŞ ANAHAR^c

ÖZET Amaç: Bu araştırma, vardiyalı ve nöbet sistemi şeklindeki çalışma sisteminin hemşireler üzerine etkisinin olup olmadığının belirlenmesi amacıyla yapılmıştır. **Yöntem:** Tanımlayıcı tipte planlanan çalışmanın evrenini Trabzon il merkezindeki dört kamu ve bir üniversite hastanesinde çalışan 1657 hemşire oluşturmuştur. Araştırmanın örnekleme, %5 güvenilirlikte tabakalı oranlı örnekleme tekniği kullanılarak seçilen ve araştırma anketini yanıtlamayı kabul eden 477 hemşire oluşturmuştur. Araştırmanın verileri Ocak-Haziran 2014 tarihleri arasında ilgili hastanelerden yazılı izin ve hemşirelerden sözel onay alındıktan sonra yüz yüze görüşme yöntemi ile toplanmıştır. Anket formunda yer alan sorular hemşirelerin demografik özellikleri ve çalışma saatlerinin fiziksel sağlıklarını, uyku, yemek düzeni gibi günlük yaşam aktivitelerini, sosyal ve aile yaşamlarını, psikolojik sağlıklarını ve güvenliklerini nasıl etkilediğine yönelik olarak kapalı ve açık uçlu soru formunda hazırlanmıştır. Verilerin analizinde sayı ve yüzdelik dağılımı ve ki-kare testi kullanılmıştır. Sonuçlar $p \leq 0.05$ anlamlılık düzeyinde değerlendirilmiştir. **Bulgular:** Hemşirelerin %56.2'si 30-39 yaş grubunda, %38.8'i 15 yıl ve üzeri çalışma deneyimine sahip, %47.1'i gece ve gündüz şeklinde ve servis hemşiresi olarak çalışmakta (%64.6), %35.2'nin ise bir sağlık sorunu vardır. Hemşirelerin %87.4'ü çalışma saatlerinin sosyal ve aile yaşamları üzerine, %87.2'si psikolojik sağlıkları üzerine, %95.2'si fiziksel sağlıkları üzerine ve %77.6'sı kendi güvenlikleri üzerine bir ya da birden fazla olumsuz etkisi olduğunu bildirmişlerdir. **Sonuç:** Vardiyalı ve nöbetli çalışmanın, hemşireler üzerinde fizyolojik, psikolojik sağlıkları, sosyal yaşamları ve kendi güvenlikleri üzerinde olumsuz etkileri olduğu saptanmıştır.

Anahtar kelimeler: Hemşire; vardiyalı çalışma; nöbet şeklinde çalışma; çalışma koşulları.

ABSTRACT Objective: The purpose of this study is to investigate the opinions of nurses about their working systems and their state of being affected by these systems. **Methods:** The universe of this descriptive study consisted of 1657 nurses working in 4 state hospitals and a university hospital in Trabzon city center. Having been selected by using 5% proportional stratified sampling technique 477 nurses accepting to respond the research survey constituted the sample. After receiving written permission from the hospitals and verbal consent from the nurses, data were collected in January- June 2014 using face to face interview technique. The survey questions were prepared as closed and open ended questions including how nurses' demographic characteristics and working hours affect their physical health, daily activities such as sleeping and eating layouts, social and family life, psychological health and safety. The data evaluated consisted of numeric values, percentage distributions and Chi-square. Results were evaluated at a significance level of $p < 0.05$. **Findings:** 56.2 % of the nurses were 30-39 years old, 38.8 % had 15 years or more work experience, 47.1 % worked day and night, 64.6 % worked as ward nurses and 35.2% had a health problem. %87.4, 87.2%, 95.2%, 77.6 % of the nurses reported that working hours had one or more adverse effects on their social and family life, psychological, physical health and their own safety respectively. **Conclusion:** Shift work and rotating shift schedules were found to have adverse effects on nurses' physiological, psychological health, social life and their own safety.

Keywords: Nurse; shiftwork, night shift, working conditions.

a Öğr. Gör. Dr. Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü, Karadeniz Teknik Üniversitesi / Sorumlu Yazar ve Yazışma Adresi

b Yard. Doc. Dr. Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü, Karadeniz Teknik Üniversitesi

c Hemşire, Trabzon Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterliği Eğitim Birimi

Geliş Tarihi: 23.10.2014 / Kabul tarihi: 17.12.2014

Giriş

Hastaneler, haftada 7 gün 24 saat hizmet veren, verilen hizmetlerin devam edebilmesi için vardiya veya nöbet sistemiyle çalışılan kurumlardır.¹ Vardiya ve nöbet sistemiyle çalışmak beden normal biyolojik ritmiyle çelişerek kişinin çok yönlü zarar görmesine neden olur. Çünkü insan organizması, gündüz saatlerinde uyanık olmak, gece saatlerinde de uyku döneminde olmak gibi bir düzene sahiptir. Bu döngüyü kontrol eden ve sirkadyen ritim adı verilen bu mekanizma vücutta bulunan ve 24 saatlik dilime göre ayarlı olan biyolojik saat tarafından kontrol edilir.² Normal çalışma yaşamı yani “gündüz çalışması”, hem toplumsal saat düzeniyle (eğitim, toplu eğlence ve dinlenme olanakları ile devlet bürokrasisi saatleri) hem de biyolojik saat düzeniyle uyum içindedir. Vardiyalı çalışma şekli her iki saat düzeniyle de çatışmaktadır. Biyolojik saat düzeniyle olan çatışmalar, vardiyalı çalışanın fizyolojik sağlığını etkilerken, toplumsal saat düzeniyle olan çatışmalar psikososyal sorunlara yol açmaktadır.³⁻⁴ Vardiyalı ve nöbetli çalışma sistemlerine yönelik yapılan araştırmalar, bu şekilde çalışmanın çalışanların fizyolojik, psikolojik sağlıklarını, sosyal yaşamlarını, bireysel güvenliği ve hasta güvenliğini olumsuz etkilediğini ortaya koymaktadır.^{1,5,6} Türk Hemşireler Derneği (THD)¹ hemşirelerin çalışma koşulları ile ilgili raporunda, gece ve gündüz değişen saatlerde uzun sürelerle çalışmanın hemşirelerin biyoloji ritimlerini, kendisini olduğu kadar hasta bakımını, güvenliğini, aile ve sosyal yaşantısını etkilediğini bildirmektedir. Benzer şekilde Uluslararası Çalışma Örgütü [International Labour Organization (ILO)]⁷de vardiyalı ve nöbetli çalışma sistemini hemşirelerin çalışma ortamına ait başlıca stresörlerden biri olarak tanımlamaktadır.

Vardiyalı ve nöbetli çalışma nedeniyle düzenli olarak yapılan aktivitelere katılamamak, toplumsal ve sosyal işlerini düzenli yapamamak, mesleki

tatminde azalmaya, strese ve stresle mücadele etme becerilerinin azalmasına yol açabilir. Hemşirelerle yapılan çalışmalarda, vardiyalı ve nöbet şeklinde çalışmanın sosyal faaliyetleri azalttığı, strese neden olduğu ve stresle baş etme becerilerini düşürdüğü bildirilmektedir.⁸⁻¹⁰

Bireylerin çalışma yaşamlarından kaynaklanan streslere verdikleri tepkiler bireyden bireye değişiklik göstermektedir. Bu tepkiler, duygusal düzeyde huzursuzluk, gerginlik, kaygı, öfke, yoğun depresif içerikli duygular (değersizlik gibi), duyu durumunda bozukluklar ve sosyal yaşama uyumsuzluk^{5,11} uykululuk, yorgunluk, bellek ve konsantrasyon bozuklukları,¹²⁻¹⁶ tükenmişlik¹⁷⁻¹⁹ fizyolojik düzeyde gerginlik tipi baş ağrıları, alerjik reaksiyonlar, gastrointestinal rahatsızlıklar, serebrovasküler ve koroner arter hastalıklar, hipertansiyon, diyabet,^{5,20-23} soğuk algınlıklarında artışlar, alkol ve madde bağımlılığı sorunları ve bağışıklık sisteminin zayıflamasına bağlı ortaya çıkan diğer hastalıklardır. Bu belirtilerin iş performansına yansımada ise, dikkat ve konsantrasyon düzeyinde azalma ve bunlarla bağlantılı olarak yapılan işte hataların artması, kişilerarası ilişkilerde bozulma, duyarsızlaşma, iş veriminde düşme, çalışma hızında azalma, sık hastalanma ve rapor alma sıklığında artış dikkati çekmektedir.^{1,6,24,25} Ayrıca vardiyalı ve nöbet şeklinde çalışmanın yürütüldüğü belirli iş kollarında (sağlık hizmetleri gibi) kişiler gece yalnız çalışmak zorunda olabilirler ve işyerinde tek başlarına kalabilirler. Bu şekilde çalışanlar, sunulan hizmetten yararlananlar (hastalar) veya çevrede bulunan diğer kişilerden gelecek saldırı ve şiddete karşı daha korunmasız kalmalarına yol açabilmektedir.^{1,6,7,9} Beyin ve vücudun uykuya ihtiyaç duyduğu bir sırada kendini uyanık kalmaya zorlamak, işyerindeki görevi yerine getirmeye ve sürekli zinde kalmaya çalışmanın yarattığı anksiyete ve stresin bu duruma eklenmesiyle şiddete

uğrama olasılığının artabileceği belirtilmektedir.⁶

Ülkemizde şiddet ile ilgili yapılan çalışmalarda sağlık kurumlarında diğer nedenlerin yanında kadın çalışan olmak, vardiyalı ve tek başına çalışma, ortamın kötü olması, ortamın uygun olmamasına bağlı şiddet uygulayabilecek kişilerle yalnız kalınması, güvenlik önlemlerinin yetersiz olması nedeniyle hemşirelerin yüksek oranda (%65-90) hasta ve yakınları tarafından en çok sözel şiddete maruz kaldıkları tespit edilmiştir.^{26,27,28} Bununla birlikte vardiyalı ve nöbet usulü çalışmanın tüm bu olumsuz etkileri hemşirenin karar verme ve uygulama performansını olumsuz etkileyerek sunduğu bakımın etik yönden güvenliğini de tehlikeye sokmaktadır.¹

Hemşirelik hizmetlerinin daha nitelik ve nicelikli yürütülmesi için hemşirelerin çalışma sistemleri ve çalışma sistemlerinden etkilenme durumlarının tanımlanması önemlidir. Bu çalışma, vardiyalı veya nöbet sistemiyle çalışmanın hemşireler üzerinde etkisi olup olmadığını belirlemek amacıyla gerçekleştirilmiştir.

Gereç ve Yöntem

Araştırmanın Şekli

Bu çalışma, tanımlayıcı bir araştırmadır.

Evren ve Örneklem

Araştırmanın evrenini, Türkiye'nin kuzeydoğusunda yer alan bir metropol ilde (Trabzon) dört kamu ve bir üniversite hastanesinde çalışan 1657 hemşire oluşturmuştur. Örneklem; %5 güvenirlilikte tabakalı oranlı örneklem tekniği kullanılarak seçilen ve çalışmaya katılmayı kabul eden 477 hemşire alınmıştır. Hastanelere ve servislere göre örneklem alınacak hemşire sayısı belirlendikten sonra basit randomizasyon kullanılarak hangi hemşirelerin örneklem alınacağı belirlendi. Poliklinik, laboratuvar ve yönetici konumunda çalışan hemşireler araştırma kapsamına alınmamıştır. Hastanelerde gündüz çalışma saatleri 08:00-16:00, gece çalışma saatleri 16:00-08:00, hafta sonu çalışma saatleri ise bazı

birimlerde 08:00-08:00, bazı birimlerde ise 08:00-16:00 ve 16:00-08:00'dir.

Veri Toplama Aracı

Verilerin toplanmasında literatür çalışması sonucu araştırmacılar tarafından hazırlanan anket formu kullanılmıştır.^{1,5,6,8,9,12,17,26,29,30}

Veri toplama aracında; hemşirelerin kişisel ve mesleki durum değişkenleri (yaş, eğitim, çalıştıkları kurum, mesleki ve kurumsal deneyim, herhangi bir sağlık problemi) ile çalışma sistemleri ve çalışma sistemlerinden etkilenme durumlarına yönelik kapalı ve açık uçlu toplam 19 soru bulunmaktadır. Çalışma sistemleri ve çalışma sistemlerinden etkilenme durumları, geliştirilen 4 boyut ile değerlendirilmiştir. Bu boyutlar çalışma saatlerinin hemşirelerin fiziksel sağlıkları, uyku, yemek düzeni gibi günlük yaşam aktiviteleri, aile ve sosyal yaşamları, psikolojik sağlıkları ve kendi güvenliklerine olan etkilerinden oluşmaktadır.

Verilerin Toplanması

Veriler, araştırma örneklemini oluşturan dört kamu ve bir üniversite hastanesinin hemşirelik hizmetleri müdürleri ile görüşüldükten ve kurumlardan (Trabzon İl Sağlık Müdürlüğünden ve ilgili hastanelerden) resmi yazılı izinler alındıktan sonra Ocak-Haziran 2014 tarihleri arasında toplanmıştır. İzin süreci tamamlandıktan sonra hemşirelik hizmetleri yöneticileriyle tekrar görüşülerek, belirlenen günlerde hastaneler ziyaret edilmiş ve veri toplama aracı katılımında gönüllü olan hemşirelere yüz yüze görüşme yöntemi ile uygulanmıştır. Görüşmeler hemşire odasında yapılmış, her görüşme yaklaşık 30 dakika sürmüştür.

Verilerin Analizi

Veriler, SPSS 17.0 programı kullanılarak analiz edilmiştir. İstatistiksel analizde, hemşirelerin sosyo-demografik özellikleri ve çalışma sistemlerinden etkilenme durumlarını belirlemede frekans ve yüzdelik hesaplamalar, hemşirelerin çalışma sistemleri ve çalışma sisteminden

etkilenme durumları arasında önemli bir fark olup olmadığının belirlenmesinde ki-kare önemlilik testi kullanılmıştır. Sonuçlar $p \leq 0.05$ anlamlılık düzeyinde değerlendirilmiştir.

Araştırmanın Sınırlılıkları

Sonuçların, sadece çalışma yapılan kurumları ve Türkiye'nin bir ilini temsil etmesi araştırmanın sınırlılığı olarak kabul edilmiştir.

Tablo 1. Hemşirelerin bireysel ve iş ile ilgili özellikleri (n=477)

Demografik özellikler	Sayı	%
Yaş grupları		
19 yaş ve altı	32	6.7
20-29 yaş	95	19.9
30-39 yaş	268	56.2
40-49 yaş	73	15.3
50 ve üzeri	9	1.9
Cinsiyet		
Erkek	35	7.3
Kadın	442	92.7
Medeni durum		
Evli	340	71.3
Bekar	37	28.7
Eğitim durumu		
Sağlık Meslek Lisesi	64	13.4
Ön-Lisans	135	28.3
Lisans	240	50.3
Lisansüstü	38	8.0
Çalışma yılı (yıl)		
0-5	101	21.2
6-10	122	25.6
11-14	69	14.5
15 yıl ve üzeri	185	38.8
Çalışma biçimi		
Sürekli gündüz	178	37.2
Gece-gündüz değişen vardiya sistemi	225	47.1
Nöbet usulü (sürekli gece)	75	15.7
Çalıştığı birim		
Servis	313	65.6
Özel dal	164	34.4
Haftada çalışılan saat		
40 saat	308	64.6
45 saat	122	25.6
45 saatten fazla	47	9.9
Herhangi bir sağlık sorunu var mı?		
Evet	168	35.2
Hayır	309	64.8

Bulgular

Hemşirelerin %56.2'si 30-39 yaş grubunda (n=268) olup, %92.7'si kadın (n=442), %71.3'ü evli (n=340), %50.3'ü lisans mezunu (n=240) ve %38.8'i 15 yıl ve üzeri (n=185) hemşirelik yapmaktadır. %47.1'i gece ve gündüz şeklinde (n=225), %64.6'sı servis hemşiresi olarak (n=313)

çalışmaktadır. Hemşirelerin %35.2'sinin bir sağlık sorunu (n=168) [(Varis, venöz yetmezlik (%8.2), bel ve boyun fitiği (%7.8), yüksek tansiyon (%4.1), alerjik hastalıklar (%3.8), migren, baş ağrısı (%3.1), tiroid (2.9), kalp hastalıkları (%2.3), anemi (1.9), romatizmal hastalıklar (%1.7)] vardır (Tablo 1).

Tablo 2. Hemşirelerin çalışma saatlerinin sosyal yaşamları üzerine etkisi (n=477)

Sosyal yaşamınız etkileniyor mu?	Sayı	%
Evet	417	87.4
Hayır	60	12.6
Etkilenme Şekli (n=417)*		
Çocuklara zaman ayıramama, çocuk yetiştirmede zorlanma	159	33.3
Anne, eş, evlat rollerini yerine getirememe	83	17.4
Evin bakım ve düzenini sürdürmede eksiklik	74	15.5
Eş, aile ve komşu ilişkilerini düzenleyememe, ilişkilerde bozulma	181	37.9
Grup dışında kalma (Sosyal izolasyon)	102	21.3
Hayatı planlayamama ve kontrol kaybı yaşama	75	15.7
Kültürel faaliyetlerden yoksun kalma, hobilere zaman ayıramama	62	13.0

Birden fazla seçenek işaretlenmiştir. *Yüzdeler belirtilen "n" üzerinden alınmıştır.

Araştırma kapsamına alınan hemşirelerin %87.4'ü (n=417) çalışma saatlerinin sosyal yaşamları üzerine bir ya da birden fazla olumsuz etkisi olduğunu bildirmişlerdir. Hemşirelerin %37.9'u (n=181) eş, aile ve komşu ilişkilerini düzenleyemediğini ve

ilişkilerinin bozulduğunu, %33.3'ü (n=159) "çocuklarına zaman ayıramadığını ve çocuk yetiştirmede zorlandığını, %21.3'ü (n=102) ise grup dışında kalarak sosyal izolasyona maruz kaldıklarını ifade etmişlerdir (Tablo 2).

Tablo 3. Hemşirelerin çalışma saatlerinin psikolojik sağlıkları üzerine etkisi (n=477)

Psikolojik sağlığınız etkileniyor mu?	Sayı	%
Evet	416	87.2
Hayır	61	12.8
Etkilenme Şekli (n=416)*		
Nöbette tek başına kalmak, desteksiz hissetme ve yalnızlık	59	12.3
Anksiyete, huzursuzluk	125	26.2
Antidepresan kullanımı	30	6.3
Çabuk sinirlenme, hassasiyet, tolerasyon azlığı, ajitasyon	158	33.1
İlgi kaybı (sosyal aktivitelere karşı), mutsuzluk	55	11.4
Suçluluk hissetme (aileye zaman ayıramama nedeniyle)	97	20.3
Psikolojik tükenmişlik, motivasyon eksikliği	153	32.0
Sosyal ayrımcılığa maruz kalma (düzensiz çalışma saatleri nedeniyle)	80	16.8
Dayanıklılık ve mücadele gücünde azalma	43	9.0
Mobbinge maruz kalma	65	13.6

Birden fazla seçenek işaretlenmiştir. *Yüzdeler belirtilen "n" üzerinden alınmıştır.

Hemşirelerin %87.2'si (n=416) çalışma saatlerinin psikolojik sağlıkları üzerine bir ya da birden fazla olumsuz etkisi olduğunu belirtmişlerdir. Hemşirelerin %33.1'i (n=158) çabuk sinirlenme, hassasiyet, de etmişlerdir (Tablo 3).

tolerasyon azlığı, ajitasyon, %32.0'si (n=153) psikolojik tükenmişlik, motivasyon eksikliği, %26.2'si (n=125) anksiyete ve huzursuzluk yaşadıklarını ifa

Tablo 4. Hemşirelerin çalışma saatlerinin fiziksel sağlıkları üzerine etkisi (n=477)

Fiziksel sağlığınız etkileniyor mu?	Sayı	%
Evet	454	95.2
Hayır	23	4.8
Etkilenme Şekli (n=454)*		
Uyku sorunları, uyku uyuyama	273	57.1
Bacak, sırt, bel ağrıları, varis	96	20.4
Yemek vb. rutinlerde bozulma, dengesiz beslenme	136	28.5
Gastrit, ülser vb. hastalıkları	54	11.3
Fiziksel ve zihinsel yorgunluk, halsizlik	284	59.4
Vücut direncinde düşme, hastalık ve iyileşme sürecinde uzama	50	10.5
Kilo alma	23	4.8
İş performansında azalma	112	23.3

Birden fazla seçenek işaretlenmiştir. *Yüzdeler belirtilen "n" üzerinden alınmıştır.

Araştırma kapsamına alınan hemşirelerin %95.2'i (n=454) çalışma saatlerinin fiziksel sağlıkları üzerine bir ya da birden fazla olumsuz etkisi olduğunu

belirtmişlerdir. Hemşirelerin %59.4'ü (n=284) fiziksel ve zihinsel yorgunluk, halsizlik, %57.1'i (n=273) uyku sorunları, uyku uyuyama, %28.5'i (n=136) yemek vb. rutinlerde bozulma, dengesiz beslenme sorunu yaşadıklarını ifade etmişlerdir (Tablo 4).

Tablo 5. Hemşirelerin çalışma saatlerinin kendi güvenlikleri üzerine etkisi (n=477)

Güvenliğiniz etkileniyor mu?	Sayı	%
Evet	370	77.6
Hayır	107	22.4
Etkilenme Şekli (n=370)*		
Dikkat eksikliği, konsantrasyon bozukluğu nedeniyle yaralanmalar	103	21.6
Nöbette ve nöbete gelip giderken saldırıya uğrama korkusu	76	15.9
Hasta ve yakınlarıyla iletişim yönünden çatışmaya girme, sözel şiddete maruz kalma	143	30.0
Hasta ve yakınlarından fiziksel saldırıya maruz kalma	54	11.3

Birden fazla seçenek işaretlenmiştir. *Yüzdeler belirtilen "n" üzerinden alınmıştır. Hemşirelerin %77.6'sı (n=370) çalışma saatlerinin kendi güvenlikleri üzerine bir ya da birden fazla olumsuz etkisi olduğunu ifade etmişlerdir. Hemşirelerin %30.0'u (n=143) hasta ve yakınlarıyla iletişim yönünden çatışmaya

girerek sözel şiddete maruz kaldıklarını, %21.6'ı (n=103) nöbette ve/veya nöbete gelip giderken saldırıya uğrama korkusu yaşadıklarını, %15.9'u (n=76) ise dikkat eksikliği ve konsantrasyon bozukluğu nedeniyle yaralanmalara maruz kaldıklarını belirtmişlerdir (Tablo 5).

Tablo 6. Hemşirelerin çalışma şekline göre etkilenme durumlarının karşılaştırılması (n=477)

Çalışma şekli	Çalışma saatlerinin sosyal/aile yaşamını etkileme durumu		Çalışma saatlerinin psikolojik sağlığı etkileme durumu		Çalışma saatlerinin güvenliklerini etkileme durumu		Çalışma saatlerinin fiziksel sağlığı etkileme durumu	
	Evet %	Hayır %	Evet %	Hayır %	Evet %	Hayır %	Evet %	Hayır %
Gündüz	77.5(138)	22.5(40)	78.1(139)	(21.9)39	66.9(119)	33.1(59)	91.0(162)	9.0(16)
Nöbet (sürekli gece)	93.8(211)	6.2 (14)	93.8(211)	6.2(14)	83.1(187)	16.9(38)	96.4(217)	3.6(8)
Vardiya (Gece-gündüz değişen)	91.9(68)	8.1 (6)	89.2(66)	10.8(8)	86.5(64)	13.5(10)	100.0(74)	0 (0)
X ²	X ² =25,456		X ² =22,237		X ² =19,099		X ² =10,780	
P	P=0.000		P=0.000		P=0.000		P=0.005	

Vardiya ve nöbet şeklinde çalışma şekli ile hemşirelerin sosyal ve aile yaşamının ($X^2=25,456$; $P=0.000$), psikolojik sağlıklarının ($X^2=22,237$, $P=0.000$), güvenliklerinin ($X^2=19,099$, $P=0.000$) ve fiziksel sağlıklarının ($X^2=10,780$; $P=0.005$) etkilenme durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur (Tablo 6).

Tartışma

Hemşireler yaşamları boyunca, vardiyalı ve nöbetli çalışma sisteminin getirdiği güçlüklerle baş etmek durumundadırlar. Araştırmamızda hemşireler çalışma saatlerinin sosyal ve aile yaşamları üzerine bir ya da birden fazla olumsuz etkisi olduğunu belirtmişlerdir (Tablo 2). Vardiyalı ve nöbetli çalışmanın önemli sonuçlarından biri değişen saatlerdeki çalışma düzeninin aile ve sosyal ilişkiler üzerine olan etkileridir. Bu şekilde çalışan bireyler, kendileri için önemli olan diğer kişilerle iletişimlerini azaldığı için sosyal izolasyona maruz kalmakta, aile ve arkadaş çevrelerinden uzaklaşmakta, sosyal ve aile içi rollerini yerine getirmekte güçlük yaşamaktadırlar.^{1,6,8,9,31,32} Çünkü sosyal yaşam ve aile ile ilgili aktivitelerin çoğu akşam saatlerinde veya hafta sonlarında düzenlendiğinden sosyal içerikli eğlence ve kültürel etkinliklere katılmaları veya

arkadaş ilişkileri kurmaları güçleşmektedir. Ayrıca, vardiyalı çalışanların çocukları ile geçirilebilecek zamanın kısıtlılığı, çocukların bakımı ile ilgilenememek, eş ile iletişimde sorunların artması, gündüzleri çalışanlara oranla daha yüksek boşanma oranı, vardiyalı çalışanların aile yaşantısına ilişkin ortak sorunlarından bazılarıdır.^{1,6} Çalışmamıza benzer şekilde Gedikli'de⁹ araştırmasında ikili vardiya çalışanların %45,8'i, üçlü vardiya çalışanların ise %72,4'ü vardiya çalışması nedeni ile sosyal yaşantılarının sık sık ya da sürekli etkilendiğini, bütün işçilerin %27,3'ü, ikili vardiyada çalışanların %46,3'ü, üçlü vardiyada çalışanların ise %60,6'sı vardiyalı çalışma nedeniyle eş ile ilişkilerinin, %33,0'ı ise çocukları ile ilişkilerinin sürekli etkilendiğini belirtmiştir. Bir diğer araştırmada, gece çalışmasının evli ve çocuklu hemşirelerin aile yaşamlarını olumsuz yönde etkilediği, çocuk bakımında zorluk yaşadıkları ve nöbetten sonra ev işleri ile uğraşmak durumunda kalmaları yeterli düzeyde dinlenememelerine neden olduğu bildirilmiştir.³³ Sönmez'in³⁴ araştırmasında ise hemşirelerin duygusal tükenme ve duyarsızlaşma puanlarının sosyal aktiviteye katılma durumu ile ilişkili olduğu; sosyal aktiviteye katılmayanların tükenme ve duyarsızlaşma ortalama

puanlarının, hastane dışında sosyal aktiviteye katılanlara göre yüksek olduğu ve bunun da istatistiksel yönden anlamlı olduğu saptanmıştır. Ayrıca vardiyalı ve nöbetli çalışanların sosyal yaşamlarını etkileyen bir diğer durumun ise kişilerin bayram, tatil ve hafta sonu gibi özel günlerde çalışmak durumunda kalmalarıdır. Ruggiero³⁵ çalışmasında, vardiyalı çalışanlarda hafta sonları ve özel günlerde çalışmanın sosyal yaşamlarını olumsuz etkilediğini belirtmişlerdir.

Araştırmamızda hemşireler çalışma saatlerinin psikolojik sağlıkları üzerine bir ya da birden fazla olumsuz etkisi olduğunu belirtmişlerdir (Tablo 3). Vardiyalı ve nöbetli çalışanlarda yaygın olarak depresyon ve anksiyete bozuklukları, irritabilite, yorgunluk, tükenmişlik, bellek ve konsantrasyon bozuklukları da sürekli gündüz çalışanlara göre daha sıktır.^{1,15,31,36} Ayrıca psikolojik problemlerin oluşmasına engel olacak direncin kaybolması da söz konusudur ve stresle baş etme becerileri zayıflar.³⁶ Bu durum benlik saygısında azalmaya, anksiyete ve huzursuzluğa yol açarak bu kişilerin daha gergin ve asabi mizaca sahip olmalarına neden olabilmektedir.^{1,31,37}

Ardekani ve ark.³⁸ yaptıkları bir çalışmada, çalışmamızın sonuçlarına benzer sonuçlar elde etmişler ve vardiyalı ve nöbet şeklinde çalışan bireylerde anksiyete, huzursuzluk ve depresyonun daha sık görüldüğünü tespit etmişlerdir. Anksiyete düzeyinin vardiyalı sistemde gece çalışan grupta yüksek olduğunu gösteren bir başka çalışmada Kubo ve ark.³⁹ anksiyete düzeyindeki yüksekliğin uyku bozukluklarıyla ilişkili olduğunu bildirmişlerdir. Durmuş ve Günay'ın⁴⁰ çalışmasında ise, haftalık çalışma süresi ve hafta sonu çalışma durumunun iş doyumunu etkilediği ve durumluluk ve süreklilik anksiyetesi ile haftalık çalışma süresi, gece çalışma, hafta sonu çalışma yönünden güçlü bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca gece çalışan hemşirelerin fizik güçlerini zorlayacak ve motivasyonlarını olumsuz

yönde etkileyebilecek koşullarda çalışmaları daha hızlı tükenmelerine neden olmaktadır.⁴¹ Sağlık çalışanları üzerinde yapılan çalışmalarda işle ilgili olarak tükenmişliğe en çok uzun çalışma saatleri, nöbet usulü çalışma ve iş yükünün ağır olması gibi değişkenlerin neden olduğu saptanmıştır.^{17,18,19,32} Ayrıca, tükenmişliğe maruz kalan bireylerde yorgunluk, uykusuzluk, iştahsızlık, baş ağrıları, sindirim güçlükleri gibi fiziksel sorunlar ile birlikte alınganlık gibi duygusal sorunların da sıklıkla görüldüğü bilinmektedir.^{34,41}

Araştırmamızda hemşireler çalışma saatlerinin fiziksel sağlıkları üzerine bir ya da birden fazla olumsuz etkisi olduğunu belirtmişlerdir (Tablo 4). Nöbet ve vardiyalı çalışanlar, uyku-uyanıklık döngüsündeki bozulma ve alışılmış çalışma ve sosyal yaşamının dışına çıkılmasından dolayı pek çok fiziksel sorunlarla karşı karşıyadırlar.^{13,20,34} Karşılaşılan başlıca sorunlar, uyku düzenindeki bozukluklar,^{11,12,13,14,15} kronik yorgunluk, bitkinlik, huzursuzluk, çöküntü, iştah kaybı, kilo kaybı ve düzensiz beslenme gibi sindirim sistemiyle ilgilidir.^{5,6,42,43} Samaha ve ark.³² da çalışmamıza benzer şekilde, gece çalışan bireylerde, baş ve sırt ağrısı gibi somatik belirtilerin kronik yorgunluk şikâyetlerine eşlik ettiğini ve bu durumda fiziksel yetersizliklere yol açtığını bildirmişlerdir. Ergüney ve ark.²⁹ çalışmalarında, hemşirelerin %76,7'inde halsizlik ve yorgunluk, %56,8'inde eklem ve bacak ağrıları, %55,1'inde uykusuzluk yakınmaları olduğunu ve çalışma şeklinin %81,8 oranında yorgunluğa yol açtığını, Zverev ve Misiri⁴⁴ vardiyalı çalışmanın uyku kalitesini olumsuz etkilediğini ve gece vardiyasının etkilerinin ertesi günde yorgunluğa neden olduğunu belirtmişlerdir. Yapılan bir başka çalışmada ise, vardiyalı çalışanların %56,4'ünün "sık sık" ve "sürekli" uyku bozukluğundan şikâyet ettiği, %40,4'ünün ise kendisini yorgun hissettiği belirtilmiştir. Yine aynı araştırmada, araştırma kapsamındaki işçilerin %83,7'si,

vardiyalar halinde yapılan çalışma süresince beslenme düzenlerinin bozulduğunu belirtmişlerdir.⁹ Vardiyalı çalışanlar, çalışma saatleri nedeni ile sağlıklı yiyeceklere ulaşmakta zorluk çeker, bu kişilerde ayaküstü atıştırma eğilimi yüksektir ve bunun sonucu olarak hazımsızlık, iştah kaybı gibi yakınmaların yanı sıra ishal, kabızlık gibi şikâyetlerde de artış gözlenmektedir.^{43,45,51} Özellikle metabolik etkilenme ve beslenme bozuklukları nedeniyle santral obesite sıklığı da artmakta,^{22,47,48} insülin direnci ve metabolik sendrome,^{48,49} diyabet,^{22,50,51} ve gastrointestinal hastalıklar⁴⁵ gündüz çalışanlara göre daha fazladır. Zhao ve Turner,⁴⁸ Person ve Martinson,⁴³ ve Lowden ve ark.⁵¹ çalışmalarında vardiya ve nöbet şeklinde çalışanların günlük beslenme ve yeme alışkanlıklarının bozulduğunu, bu kişilerde obezite riskinin arttığını ve metabolik hastalıkların, peptik ülser gibi gastrointestinal problemlerin daha çok görüldüğünü saptamışlardır.

Araştırmamızda hemşireler çalışma saatlerinin kendi güvenlikleri üzerine bir ya da birden fazla olumsuz etkisi olduğunu belirtmişlerdir (Tablo 5). Hemşirelerin en çok karşı karşıya olduğu risk faktörlerinden biri de psikososyal risklerdir. Bu riskler arasında sayılan şiddet, kişiye fiziksel ya da psikolojik zarar vermeyi amaçlayan bir eylemdir. Sağlık bakım profesyonellerine yönelik şiddetin; ziyaretçiler, hasta ve yakınları, çalışma arkadaşları gibi çok çeşitli kaynakları vardır.^{6,28,46,52} Aynı zamanda sağlık hizmetleri gibi vardiyalı ve nöbet şeklindeki çalışmanın yürütüldüğü iş kollarında kişilerin gece yalnız çalışmak durumunda kalmaları, kadın çalışan olmak, ortamın uygun olmamasına bağlı şiddet uygulayabilecek kişilerle yalnız kalınması, güvenlik önlemlerinin yetersiz olması nedeniyle hastalar veya yakınları tarafından gelecek saldırı ve şiddete karşı daha korunmasızdırlar.⁶ Sağlık kurumlarında şiddet türleri içinde en fazla karşılaşılan şiddet türünün sözel şiddet olduğu bildirilmiştir.^{26,28} ABD’de yapılmış

bir araştırmada hemşirelerin, özellikle hastalar tarafından ve diğer sağlık personelinin üç kat daha fazla şiddete maruz kaldıkları saptanmıştır. Tomev ve ark.⁵³ fiziksel şiddetin %97.4’ünün hasta kaynaklı olduğunu belirtmişlerdir. Araştırmamız da direkt olarak şiddete uğrama durumları incelenmemiş olmakla birlikte hemşirelerin önemli bir kısmı hasta ve yakınlarıyla iletişim yönünden çatışmaya girerek sözel şiddete maruz kaldıklarını belirtmeleri ülkemizde şiddet ile ilgili yapılan çalışma sonuçları ile benzerlik gösterdiği söylenebilir.^{9,26-28}

Ayrıca vardiyalı ve nöbetli çalışma, biyolojik ritimleri bozulan, yorgun, uykusuz bir hemşirenin çalışması hem hasta bakımını hem de kendi güvenliğini de etkilemektedir.¹ Uyku sürecinde bozulma bilişsel süreçlerde azalmaya, kişinin tepki verebilmesi için daha çok zamana ihtiyaç duymasına ve koordinasyonunun azalmasına neden olur. Yapılan çalışmalarda gece boyu süren uykusuzluk hali ile dikkat azalması ve bilişsel işlevlerdeki performansın düşmesi arasında belirgin bir ilişki saptanmıştır.^{1,4,6,54,55}

Bilişsel fonksiyonlardaki düşme hem çalışanın ve hem de hastanın güvenliğini olumsuz etkilemektedir. Güvenlik daha çok vardiyanın ikinci yarısında gece özellikle gece 04-06 saatleri arasında bozulmaktadır.^{1,4,6,9} Yapılan çalışmalarda vardiyalı ve nöbetli değişen saatlerde çalışan sağlık personelinin kötü performansı sonucunda aseptik tekniklere dikkat edilmediği, hatalı ilaç uygulamalarının arttığı ve hasta gereksinimlerinin göz ardı edildiği saptanmıştır.^{1,6,14,54,55} 12,5 saat süren vardiyada çalışan hemşirelerin hata yapma riski, 8,5 saat süren çalışan hemşirelere göre 3 kat daha fazladır. Bununla birlikte dikkat dağınıklığı ve yorgunluk çalışanlar açısından, büyük ölçüde, kesici-delici alet yaralanmaları ile sonuçlanmaktadır. Hemşirelerin yaralanma riski, çalışma süresinin ilk saatinde düşükken, 2. ve 5. saatte yükselmekte, 8. saatten sonra

belirgin olarak artmaktadır.^{1,4,6,9} Ayrıca günde 12 saatten fazla çalışan hemşireler, düzenli çalışma saatleri olan hemşirelere göre iğne yaralanması riski% 50'den % 200'e kadar artmaktadır.^{1,6,9} Rogers ve ark.⁵⁴ ve Old ve ark.⁵⁶ çalışmalarında hatalı tıbbi uygulamaların, ilaç hatalarının ve iğne uçlarıyla ilgili kazaların 8 saatlik bir çalışmaya göre daha fazla arttığını bildirmektedirler.

Çalışma sonuçlarımız, vardiyalı ve nöbet şeklinde çalışmanın, bireylerin fizyolojik, psikolojik sağlıkları, güvenlikleri ve sosyal yaşamları üzerinde olumsuz etkilere yol açtığını bildiren diğer çalışma sonuçları ile uyumlu olduğu söylenebilir.

Kaynaklar

1. THD (Türk Hemşireler Derneği). 7 gün-24 saat / hasta başında Türkiye'de hemşirelerin çalışma koşulları. Ankara: 2008. (Güncelleme tarihi: 10.10.2012; Erişim tarihi: 10.10.2014). http://mebk12.meb.gov.tr/meb_iys.../04111333_trkhemrelerde.docx
2. Çalıyurt O. Sirkadiyen uyku uyanıklık düzenini etkileyen iş ve çalışma gruplarında uyku kalitesinin değerlendirilmesi. [Uzmanlık Tezi]. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Edirne, Türkiye, 1998.
3. Nicholson PJ, D'Auriat DAP. Shiftwork, health, the working time regulations and health assessments. *Occup Med* 1999; 49(3):127-137.
4. Ursavaş A, Ege E. Uyku apne sendromu ve trafik kazaları. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 2004;30 (1):37-41.
5. Knutsson A. Health disorders of shift workers. *Occupatioanal Medicine* 2003; 53:103-108.
6. Yıldız AN, Gedikli FG, Küçükbiçer B. Vardiyalı çalışmalarda iş sağlığı ve güvenliği konuları. Ankara: Türkiye İşçi Sendikaları Konfederasyonu Yayını, Aydoğdu Ofset;2012.
7. International Labour Organization. "What is work place stress?". (Güncelleme tarihi: 10.3.2001; Erişim tarihi: 02.10.2014). <http://www.ilo.org/public/english/protection/safework/stress/whatis.htm>
8. DeMoss C, Mcgrail M, Haus E, Crain L, Asche S. Health and performance factors in health care shiftworkers. *Journal of Occupational Enviromental Medicine* 2004; 46: 1278-1281.
9. Gedikli FG. Otomotiv sektöründe faaliyet gösteren bir işyerinde vardiya sistemi ile yapılan çalışmanın sağlık ve güvenlik üzerine etkileri, [Yüksek Lisans Tezi]. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, Türkiye, 2008.
10. Selvi Y, Özdemir PG, Özdemir O, Aydın A, Beşiroğlu L. Sağlık çalışanlarında vardiyalı çalışma sisteminin sebep olduğu genel ruhsal belirtiler ve yaşam kalitesi üzerine etkisi. *Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi* 2010;23(4): 238-243.
11. Ohayon MM, Lemoine P, Arnaud-Briant V, Dreyfus M. Prevalence and consequences of sleep disorders in a

- shift worker population. *J Psychosom Res* 2002; 53(1):577-583.
12. Akerstedt T, Wright KP. Sleep loss and fatigue in shiftwork and shiftworkdisorder. *Sleep Med Clin* 2009; (4):257-271.
 13. Axelsson J, Akerstedt, Kecklund G, Lowden A. Tolerance to shiftwork how does it relate to sleep and wakefulness? *Int Arch Occup Environ Health* 2004;77:121-9.
 14. Dorrien J, Lamond N, Heuvel C, Pincombe J, Rogers A, Dawson D. A pilot study of the safety implications of australian nurses' sleep and work hours. *Chronobiology International* 2006; 23(6):1149-1163.
 15. Drake CL, Roehrs T, Richardson G, Walsh JK, Roth T. Shiftwork sleep disorder: prevalence and consequences beyond that of symptomatic dayworkers. *Sleep* 2004;27: 1453-1462.
 16. Leproult R.,Colecchia EF, Berardi AM, Stickgold R, Kosslyn SM, Van Cauter E. Individual differences in subjective and objective alertness during sleep deprivation are stable and unrelated. *Am J Physiol Regul Integr Comp Physiol* 2003; 284(2):280-290.
 17. Alimoğlu MK, Dönmez L. Daylight exposure and the other predictors of burnout among nurses in a University Hospital. *International Journal of NursingStudies*2005; 42: 549- 555.
 18. Günüşen N, Üstün B. Turkish nurses perspectives on a programme to reduce burnout. *International Nursing Review* 2009; 56: 237-242.
 19. Oğuzberk M, Aydın A. Ruh sağlığı çalışanlarında tükenmişlik. *Klinik Psikiyatri* 2008;11:167-179.
 20. Costa G. Shift Work and health: current problems and preventive actions. *Saf Health Work* 2010; 1:112-123.
 21. Dochi M, Sakata K. Relationshipbetweenshift-workandhypercholesterolemia in Japan. *Scand J WorkEnvironHealth* 2008; 34:33-39.
 22. Morikawa Y, Nakagawa H, Miura K, Soyama Y, Ishizaki M, Kido T, et al. Effect of shiftwork on body mass index and metabolicparameters. *Scandinavian journal of work, environment & health* 2007; 45-50.
 23. Oishi M, Suwazano Y, Sakata K, Okubo Y, Harada H, Kobayashi E. A longitudinal study on the relationship between shift-work and the progression of hypertension in male workers. *J Hypertens* 2005; 23(12):2173-2178.
 24. McPhaul KM, Lipscomb JA. Workplace violence in health care: recognized but not regulated. *Online Journal of Issues in Nursing*2004;9(3): 7.
 25. Motowido SJ, Packard SJ, Manning MR. Occupational stress its causes and consequences for job performance. *Journal of Applied Psychology* 1986; 7(4): 618-629
 26. Ayrancı U, Yenilmez C, Balci Y, Kaptanoğlu C. Identification of violence in Turkish health care settings. *J Interpers Violence* 2006;21:276-96.
 27. Günaydın N, Kutlu Y. Sağlık kurumlarında çalışan hemşireler arasında iş yeri şiddeti deneyimi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi* 2012; 3:1-5.
 28. Kahrıman İ. Hemşirelerin sözel ve fiziksel şiddete maruz kalma durumlarının belirlenmesi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi* 2014; 5(2):77-83.
 29. Ergüney S, Tan M, Sivrikaya S, Erdem N. Hemşirelerin karşılaştıkları mesleki riskler. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2001; 4(1): 63-73.
 30. İlhan M, Durukan E, Aras, Türkçüoğlu S, Aygün R. Long working hours increase the risk of sharp and needle stick injury in nurses: the need for new policy implication. *Journal of Advanced Nursing* 2006; 56 (5): 563-568.

31. Hughes R, P Stone. The Perils of Shift Work; Evening shift, night shift, and rotating shifts: are they for you? *AJN* 2004; 104(9): 62.
32. Samaha E, Lal S, Samaha N, Wyndham J.(2007). Psychological, lifestyle and coping contributors to chronic fatigue in shift-worker nurses. *Journal of advanced nursing*2007;59(3):221-232.
33. Kostul N. Vardiya ve gece çalışmasının hemşireler üzerindeki etkilerinin incelenmesi. [Yüksek Lisans Tezi], Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, Türkiye, 1996.
34. Sönmez S. Vardiyalı çalışan hemşirelerde horlama, uyku bozuklukları ve iş kazaları. [Uzmanlık Tezi]. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları ABD, Bursa, Türkiye, 2006.
35. Ruggiero JS. Correlates of fatigue in critical care nurses. *Research in Nursing & Health*2003;26(2): 434-444.
36. Saijo Y, Ueno T, Hashimoto Y. Twenty-four-hours shiftwork, depressive symptoms, and job dissatisfaction among Japanese firefighters. *American journal of industrial medicine* 2008;51(5): 380-391.
37. Erkan N. Verimlilik, sağlık ve güvenlik için insan faktörü mühendisliği ergonomi, Ankara: Milli Prodüktivite Merkezi Yayınları; 2003. No: 373.
38. Ardekani ZZ, Kakooei H, Ayattollahi SM, Choobineh A, Seraji GN. Prevalence of mental disorders among shift work hospital nurses in Shiraz, Iran. *Pak J Biol Sci* 2008;11:1605-1609.
39. Kubo T, Maruyama T, Shirane K, Otomo H, Matsumoto T, Oyama I.(2008). Anxiety about starting three-shiftwork among female workers: findings from the female shift-workers' health study. *J UOEH* 2008; 1(30):1-10.
40. Durmuş S, Günay O. Hemşirelerde iş doyumu ve anksiyete düzeyini etkileyen faktörler. *Erciyes Tıp Dergisi* 2007; 29(2):139,146.
41. Demir A. Hemşirelikte tükenmişliğe bir bakış. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2004;7(1):71-78.
42. Güler Ç. Sağlık boyutuyla ergonomi. İstanbul: Palme Yayıncılık; 2004.
43. Persson M, Martensson J. Situations influencing habits in diet and exercise among nurses working nights shift. *Journal of Nursing Management* 2006;14: 414-423.
44. Zverev YP, Misiri HE. Perceived effects of rotating shiftwork on nurses' sleep quality and duration. *Malawi Medica lJournal* 2009; 21(1):19-21.
45. Konturek PC, Brzozowski T, Konturek SJ. Gut clock: implication of circadian rhythms in the gastrointestinal tract. *J Physiol Pharmacol* 2011;62(2):139-50.
46. Lyneham J. Violence in New South Wales emergency departments. *Aust J Adv Nurs*2000;18:8-17.
47. Antunes LC, Levandovski R, Dantas G, Caumo W, Hidalgo MP. Obesity and shiftwork: chronobiological aspects. *Nutrition research reviews* 2010; 23(1):155-168.
48. Zhao I, Turner C. The impact of shiftwork on people's daily health habits and adverse health outcomes. *Australian Journal of Advanced Nursing* 2008; 25(3): 8.
49. Van Amelsvoort LG, Schouten EG, Kok FJ. Duration of shiftwork related to body mass index and waist to hip ratio. *International journal of obesity and related metabolic disorders. Journal of the International Association for the Study of Obesity* 1999;23(9):973-978.
50. Karlsson B, Knutsson A, Lindahl B. Is there an association between shiftwork and having a metabolic syndrome? Results from a population based study of 27 485 people. *Occupational and environmental medicine* 2001;58(11): 747-752.

51. Lowden A, Moreno C, Holmbäck U, Lennernäs M, Tucker P. Eating and shiftwork effects on habits, metabolism, and performance. *Scandinavian journal of work, environment & health* 2010;36(2):150-162.
52. Ünsal Atan Ş, Dönmez S. Hemşirelere karşı işyeri şiddeti. *Adli Tıp Dergisi*, 2011;25:71-80.
53. Tomev L, Daskalova N, Michailova T, Naydenova Z, Ivanova V, Trakieva D. Work place violence in the health sector: Case Study – Bulgaria. Joint Programme on Workplace Violence in the Health Sector. Geneva. *ILO/ICN/WHO/PSI Published* 2003;1-68.
54. Rogers A, Hwang W, Scott L, Aiken L, Dinges D. The working hours of hospital staff nurses and patient safety. *Health Affairs* 2004; 23(4): 202.
55. Seki Y, Yamazaki Y. Effects of working conditions on intravenous medication errors in a Japanese hospital. *Journal of Nursing Management* 2006; 14:128-139.
56. Olds DM, Clarke SP. The effect of work hours on adverse events and errors in health care. *Journal of safety research* 2010;41(2): 153-162.

Ebelik Bölümü Öğrencilerinin Empatik Eğilim Düzeylerinin Belirlenmesi

Determination of Empathic Tendency Levels of Students Receiving Education in the Department of Midwifery

Hediye BEKMEZCI^a, Çiğdem Büşra YURTTAŞ^a, Hava ÖZKAN^a

ÖZET **Amaç:** Ebelik Bölümü öğrencilerinin empatik eğilimlerini değerlendirmek amacıyla gerçekleştirilmiştir. **Yöntem:** Tanımlayıcı türde olan araştırmanın örneklemini, Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümünde 2013-2014 öğretim yılında öğrenim gören 175 öğrenciden gönüllü olarak araştırmaya katılan 150 öğrenci oluşturmuştur. Veriler, araştırmacılar tarafından oluşturulan “Tanıtıcı Bilgi Formu” ve “Empatik Eğilim Ölçeği” kullanılarak toplanmıştır. SPSS paket programında ortalama, yüzdelik, t testi ve varyans analizi ile değerlendirilmiştir. **Bulgular:** Araştırma kapsamındaki öğrencilerinin yaş ortalamasının 20.05±1.48 olduğu, %40.0’ının birinci sınıf olduğu, %83.3’ünün okul öncesi eğitim almadığı, %48.7’sinin en uzun süre ilde yaşadığı, %74.0’ının orta düzeyde gelire sahip olduğu, %79.3’ünün çekirdek aileye sahip olduğu, %75.4’ünün aile içinde demokratik, güven verici ortamda yetiştirildiği ve %49.3’ünün akademik başarısının orta seviyede olduğu saptanmıştır. Öğrencilerinin %52.0’sinin daha önce empatik eğilim hakkında bilgisi olmadığı ve empatik eğilim hakkında bilgi alanlar içinde %93.1’inin üniversitede ders olarak aldığı saptanmıştır. **Sonuç:** Öğrencilerin tanıtıcı özellikleri ve empatik eğilim hakkında bilgi durumları ile empatik eğilim puan ortalamaları arasında anlamlı fark olmadığı belirlenmiştir. Öğrencilerin empatik eğilimlerinin orta düzeyde olduğu tespit edilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Empati, empatik eğilim, ebelik öğrencileri, ebelik eğitimi.

ABSTRACT Objective: This study was conducted to assess the empathic tendencies of students receiving education in the Department of Midwifery. **Method:** The sample group of this descriptive study consisted of 150 midwifery students who voluntary to participate in the study among 175 students receiving education in the Department of Midwifery at the Faculty of Health Sciences in the school year of 2013-2014. The data were collected using the “Introductory Information Form”, which was formed by the researchers, and the “Empathic Tendency Scale”. It was assessed by using the mean, percentage, t test and the analysis of variance in the SPSS package software. **Results:** It was determined that students included in the study had an age average of 20.05±1.48, 40.0% were first grade students, 83.3% had not received a preschool education, 48.7% lived in a province for the longest time, 74.0% had middle income, 79.3% had nuclear family, 75.4% were raised in a democratic and safe family environment, and 49.3% had a moderate-level academic achievement. It was also found that 52.0% of students had not previously had information about the empathic tendency and among students who received information about the empathic tendency, 93.1% had the knowledge through university courses. **Conclusion:** No significant difference was determined between the descriptive characteristics of students and their knowledge about the empathic tendency and ETS mean scores. The empathic tendencies of students were moderate.

Keywords: Empathic tendency, midwifery students, midwifery education.

^aAtatürk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Bölümü

Geliş Tarihi:19.10.2014 / Kabul Tarihi:02.01.2015

Yazışma adresi:Hediye Bekmezci, Atatürk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Bölümü, hediye.bekmezci@hotmail.com

Giriş

İnsan; yaşamı boyunca çevresiyle etkileşirken öğrendiklerini, çevresindeki diğer insanlara ve kendinden sonra gelen kuşaklara aktarabilen, toplumsal bir varlıktır. Bunu sağlayan ise insanın sahip olduğu iletişim yeteneğidir.¹ Etkili kişilerarası ilişkiler kurma, yardım etme ve danışmanlık becerileri bir ebenin edinmesi gereken davranışlardır ve kaliteli ebelik bakımının ön koşullarıdır. Anlaşılma temel insan gereksinimlerinden biridir ve bireyi doğru bir şekilde anlama ebe/hemşirenin empati becerisiyle ilişkilidir.^{2,3}

Empati, bir fikir almak ya da başkalarının duygularını anlama yeteneğidir. Empati, başka insanların duygularını yaşadığımız anlamına gelmez, diğer insanların duygularını deneyimlerimiz yardımıyla anlamak anlamına gelir. Empati, kendi kişiliğini yok ederek başka bir kişiliğe girmek anlamını kapsamamaktadır. Bireylerin gerçeği nasıl algıladıkları hakkında bir duyguya sahip olabilmek için ruhen ve zihnen bu yönde hareket etmektir.⁴ Empati kurma sürecinin ilk adımı etkin dinlemedir. Empati kurulacak kişi mümkün ve gerekli olduğu kadar çok kanaldan dinlenmeli, düşünceleri, tutumları ve duyguları anlaşılmalı çalışmalıdır. Etkin dinleme yapabilmek empati kurmayı önemli ölçüde kolaylaştırır ama empati kurmak için bu tek başına yeterli değildir. Empati kurmak için, özellikle tutum ve duyguların anlaşılmasına odaklanılmalıdır.²

Ebeler ve hemşireler hastalara empatik bir tutumla yaklaştıklarında onların gereksinimlerini daha doğru saptayabilir ve bakım gereksinimlerini etkili bir şekilde karşılayabilirler. Ebe ve hemşire tarafından anlaşıldığını hisseden birey önemsendiğini, ona güvenildiğini ve değer verildiğini düşünür. Bu durumda ebenin/hemşirenin bireye ulaşması kolaylaşır ve birey ebenin/hemşirenin bakımını kabul eder. Dolayısıyla bireyselleşmiş bakım ve olumlu tedavi edici ortam sağlanmış olur. Bireye verilen

bu tür bir hizmet sonrasında iyileşme hızı artar, tedavinin olumsuz sonuçları azalır.^{2,3,5-7} Öz; hemşirelerin danışana yardımcı olabilmelerinin, empatik eğilime sahip olmaları ve empatik becerilerini yeterli düzeyde geliştirmeleri ile mümkün olacağını vurgulamaktadır.⁸

Empatik eğilim bireyin empati yapabilme potansiyelidir. Empatik eğilim, danışanın duygularını anlama ve duygusal yaşantılarından etkilenme yeteneği, yardım etme isteği olarak belirtilmektedir. Rogers; empatik eğilimi, sosyal duyarlılık olarak tanımlamıştır. Sosyal duyarlılığın bir kişilik özelliği olduğunu ve her insanda bulunmadığını, sosyal duyarlılığa sahip bireylerin daha fazla empatik olabileceklerini ve empatiyi kolayca öğrenebileceklerini belirtmiştir.⁹ Dökmen; empatik eğilim ile yardım etme davranışı arasında olumlu bir ilişki olduğunu ve empatik eğilimi yüksek insanların yardım davranışını daha fazla gösterdiklerini belirtmektedir.¹⁰ Empatik eğilim, kişinin günlük hayatta empati kurma potansiyelidir. Empatik eğilim, karşıdaki kişinin hissettiği duyguları anlayabilme ve bu kişilerin duygusal yaşantılarından etkilenme yeteneğini yani, o bireyin duygusal boyutta yerine geçebilme yatkınlığını ve yardım etme isteğini içerir.¹¹

Bireyin günlük yaşamda, yardım edicilik düzeyini belirleyen empatik eğilimin kazanılması uzun bir süreç gerektirir.¹² Öz¹³ yaptığı bir çalışmada; haftada iki saat olmak üzere 10 haftalık sürede verilen empati eğitimi sonucunda hemşirelerin empatik iletişim becerilerinin geliştiği, buna karşılık empatik eğilim düzeylerinin değişmediğini belirtmiştir.¹² Empatinin önemli bir boyutunun taklit etme olduğu, davranış, biliş ve duygulanımda benzerlikler oluşmasına olanak sağladığı, taklidin sosyal çevremizi algılama ve iletişim kurmada etkisinin yüksek olduğu ifade edilmektedir.¹⁴

Ülkemizde literatür incelendiğinde hemşirelik öğrencilerinin empatik eğilimlerine yönelik araştırmaların olduğu,

fakat ebelik öğrencileri ile ilgili bu konuda yeterli çalışmanın olmadığı görülmüştür. Bu gereksinim doğrultusunda araştırma, ebelik bölümü öğrencilerinin empatik eğilimlerini değerlendirmek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

Gereç ve Yöntem

Tanımlayıcı tipte olan çalışma; Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü öğrencileri ile 2013-2014 eğitim-öğretim bahar yarıyılında gerçekleştirilmiştir. Ebelik bölümünün öğrenim süresi 4 yıl, 8 sönestr olup, teorik ve uygulamalı eğitimi içermektedir. Çalışmanın evrenini 175 ebelik öğrencisi oluşturmaktadır. Formları hatalı dolduran, verilerin toplandığı tarihte okulda bulunmayan ve çalışmaya katılmayı kabul etmeyen öğrenciler örneklem dışı bırakılmış ve 150 öğrenci ile çalışma tamamlanmıştır.

Veri Toplama Araçları

Bu çalışmada kullanılacak veri toplama araçları; araştırmacılar tarafından oluşturulan “Tanıtıcı Bilgi Formu” ve “Empatik Eğilim Ölçeği” dir.

Tanıtıcı Bilgi Formu; Araştırma verilerinin toplanması için araştırmacılar tarafından oluşturulan öğrenci ebelerin sosyo-demografik özelliklerini içeren (15 soruluk) tanıtıcı bilgi formu kullanılmıştır. Tanıtıcı Bilgi Formunda öğrencilerin sınıfı, yaşı, aile tipi, ekonomik durumu, ailesinin eğitim durumu, büyüdüğü yetiştiği yer, akademik başarı algısı, bilgisayar kullanma durumu, empati konusunda eğitim alıp almadığı ile ilgili sorular yer almaktadır.

Empatik Eğilim Ölçeği (EEÖ); Prof. Dr. Üstün Dökmen tarafından 1988 yılında geliştirilmiş olan ölçek kişilerin günlük yaşantılarındaki empati kurma potansiyellerini ölçmek üzere geliştirilmiş likert tipi bir ölçektir. Empatik Eğilim Ölçeğinin geçerlik güvenilirlik çalışması yapılmış olup, güvenilirlik katsayısı 0,82 olarak bulunmuştur. Yapılan bu çalışmada cronbach alfa kat sayısı 0.75 olarak belirlenmiştir. Birey, her bir

maddenin yanındaki 1’den 5’e kadar olan sayılardan birini işaretleyerek, ilgili maddedeki görüşe ilişkin katılımlarını ifade etmektedirler. İşaretlenen sayılar o maddeye ilişkin puanları oluşturmaktadır. Alınabilecek en yüksek toplam puan 100, en düşük puan 20’dir. Toplam puanın yüksek olması empatik eğilimin yüksek olduğu anlamını taşır. Doğru anlatımlardan oluşan maddelerin puanlanması; Tamamen aykırı (1 puan), Oldukça aykırı (2 puan), Kararsızım (3 puan), Oldukça uygun (4 puan), Tamamen uygun (5 puan) olarak belirtilmiştir.

Empatik eğilim ölçeğinde bazı ifadeler kişilerin “evet” deme eğilimlerini önlemek için negatif yazılmıştır ve tersine dönmüş ifadelerdir. Evet deme eğilimini önlemek için 3, 6, 7, 8, 11, 12, 13, 15. sırada yer alan ifadeler tersten yazılmıştır. Bu maddelere ilişkin puanlama ise; Tamamen aykırı (5puan) olmak üzere Tamamen uygun (1puan) olarak belirlenmiştir.

Verilerin Toplanması

Veriler 01.04.2014 ile 03.05.2013 tarihleri arasında araştırmacılar tarafından yüz yüze görüşme yöntemi ile toplanmıştır. Öğrencilere veri toplama araçları ile ilgili açıklamalar yapılarak araştırmanın amacı açıklanmıştır.

Verilerin Analizi

Verilerin analizi SPSS 18.00 istatistik paket programı ile yapılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde ortalama, yüzdelik, t testi ve varyans analizi kullanılmıştır.

Çalışmanın Etik Yönü

Çalışmanın yapılabilmesi için araştırmanın yapılacağı fakültenin “Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Etik Kurulu” ndan ve ilgili fakülteden izin alınmıştır.

Araştırmaya katılan kişilerin isim bilgilerinin verilmemesine etik olarak dikkat edilmiştir.

Araştırmaya katılan bireylere araştırmaya katılma ya da katılmama

konusunda özgür oldukları konusunda bilgilendirilmiştir.

Bulgular

Araştırma kapsamındaki ebelik öğrencilerinin yaş ortalamasının 20.05 ± 1.48 olduğu bulunmuştur.

Araştırma kapsamındaki ebelik öğrencilerinin tanıtıcı özellikleri incelendiğinde; öğrencilerinin %40.0'nın birinci sınıf olduğu, %83.3'ünün okul öncesi eğitim almadığı, %48.7'sinin en uzun süre ilde yaşadığı, %74.0'nın orta düzeyde gelire sahip olduğu, %52.7'sinin annesinin ve %44.7'sinin babasının ilkokul mezunu olduğu, %79.3'ünün çekirdek aileye sahip olduğu, %75.4'ünün aile içinde demokratik, güven verici ortamda yetiştirildiği, %49.3'ünün akademik başarısının orta seviyede olduğunu, %55.3'ünün günlük 1 saat bilgisayar kullandığı saptanmıştır (Tablo 1).

Araştırma kapsamına alınan öğrencilerin tanıtıcı özelliklerine göre EEÖ toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında; 1. sınıf öğrencilerin puan ortalaması 69.10 ± 8.48 , 4. sınıf öğrencilerin ise puan ortalaması 70.29 ± 10.17 olduğu ve aradaki farkın anlamlı olmadığı tespit edilmiştir ($p > 0.05$, tablo 1).

Öğrencilerin okul öncesi eğitim alma durumları ile EEÖ toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması değerlendirildiğinde; eğitim alan öğrencilerin puan ortalaması 69.84 ± 7.15 , almayanların 68.80 ± 9.33 olarak bulunmuş ve aradaki farkın anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($p > 0.05$, tablo 1).

Öğrencilerin ebelik eğitimine başlamadan önceki yaşadığı yere göre EEÖ toplam puan ortalamaları incelendiğinde; köyde yaşamış olan öğrencilerin 70.44 ± 8.80 , ilçede yaşamış olanların 66.93 ± 8.15 ve ilde yaşamışların ise 69.73 ± 9.47 olduğu ve aradaki farkın anlamlı olmadığı bulunmuştur ($p > 0.05$, Tablo 1).

Öğrencilerin annelerin eğitim durumu ile EEÖ toplam puan ortalamaları

karşılaştırıldığında; okuryazar olmayan annelerin puan ortalaması 68.72 ± 9.36 , ilkokul mezunu olanların puan ortalaması 69.29 ± 8.45 , ortaokul mezunu olanların puan ortalaması 70.71 ± 11.20 , lise mezunu olanların puan ortalaması 65.30 ± 8.35 olduğu ve aradaki farkın anlamlı olmadığı bulunmuştur ($p > 0.05$, tablo 1).

Öğrencilerin babalarının eğitim durumu ile EEÖ toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması incelendiğinde; okuryazar babaların puan ortalaması 68.50 ± 5.87 , ilkokul mezunu olanların 68.83 ± 9.33 , ortaokul mezunu olanların 68.25 ± 8.47 , lise mezunu olanların 70.03 ± 10.08 , üniversite mezunu olanların 69.41 ± 8.76 olduğu ve aradaki farkın anlamlı olmadığı bulunmuştur ($p > 0.05$, Tablo 1).

Öğrencilerin aile tipi ile EEÖ toplam puan ortalamaları değerlendirildiğinde; çekirdek ailede yaşayan öğrencilerin puan ortalaması 69.26 ± 8.60 , geniş ailede yaşayan öğrencilerin puan ortalaması 67.90 ± 10.44 olarak bulunmuş ve aradaki farkın anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($p > 0.05$, Tablo 1).

Ebeveynlerin çocuk yetiştirme tarzı ile EEÖ toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında; ilgisiz, kayıtsız, tutarsız aileler 70.42 ± 8.75 , demokratik, güven verici, destekleyici aileler 69.02 ± 9.26 ve baskıcı, otoriter, disiplinli aileler ise 67.86 ± 7.99 olarak belirlenmiş ve aradaki farkın anlamlı olmadığı bulunmuştur ($p > 0.05$, Tablo 1).

Öğrencilerin akademik başarılarını algılama durumları ile EEÖ toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında; durumunu kötü olarak algılayan öğrencilerin puan ortalaması 69.84 ± 7.09 , orta düzeyde algılayanların 68.71 ± 8.91 ve iyi düzeyde algılayanların 69.11 ± 9.53 olarak bulunmuş ve aradaki farkın anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($p > 0.05$, Tablo 1).

Tablo 1. Ebelik öğrencilerinin tanıtıcı özelliklerinin EEÖ puan ortalamaları ile karşılaştırılması

Özellikler(n=150)	N	%	EEÖ Ort±SS	Test ve p değeri
Devam Ettiği Sınıf				
1. Sınıf	60	40.0	69.10±8.48	F=0.380 p>0.05
2. Sınıf	35	23.3	68.25±10.05	
3. Sınıf	24	16.0	68.04±7.14	
4. Sınıf	31	20.7	70.29±10.17	
Okul Öncesi Eğitim Alma Durumu				
Aldım	25	16.7	69.84±7.15	t=-0.522
Almadım	125	83.3	68.80±9.33	p>0.05
Uzun Süre Yaşanılan Yer				
Köy	29	19.3	70.44±8.80	F=1.905 p>0.05
İlçe	48	32.0	66.93±8.15	
İl	73	48.7	69.73±9.47	
Algılanan Gelir Düzeyi Durumu				
Düşük	21	14.0	70.00±9.07	F=0.597 p>0.05
Orta	111	74.0	68.51±8.83	
İyi	18	12.0	70.66±10.08	
Annenin Eğitim Durumu				
Okuryazar Değil	47	31.3	68.72±9.36	F=0.771 p>0.05
İlkokul	79	52.7	69.29±8.45	
Ortaokul	14	9.3	70.71±11.20	
Lise	10	6.7	65.30±8.35	
Babanın Eğitim Durumu				
Okuryazar	10	6.7	68.50±5.87	F=0.167 p>0.05
İlkokul	67	44.7	68.83±9.33	
Ortaokul	31	20.6	68.25±8.47	
Lise	30	20	70.03±10.08	
Üniversite	12	8.0	69.41±8.76	
Aile Tipi				
Çekirdek Aile	119	79.3	69.26±8.60	t=0.747
Geniş Aile	31	20.7	67.90±10.44	p>0.05
Ebeveynlerin Çocuk Yetiştirme Tarzı				
İlgisiz, kayıtsız, tutarsız	14	9.3	70.42±8.75	F=0.355 p>0.05
Demokratik, güven verici, destekleyici	113	75.4	69.02±9.26	
Baskıcı, otoriter, disiplinli	23	15.3	67.86±7.99	
Akademik Başarı Algı Durumu				
Kötü	13	8.7	69.84±7.09	F=0.097
Orta	74	49.3	68.71±8.91	p>0.05
İyi	63	42.0	69.11±9.53	
Günlük Bilgisayarda Geçirilen Süre				
Bir saat	83	55.3	69.59±7.97	F=0.824 p>0.05
İki saat	35	23.4	67.28±10.24	
Üç saat ve üzeri	32	21.3	69.25±10.07	

Tablo 2 Ebelik Öğrencilerinin empatik eğilim hakkındaki bilgi durumlarının EEÖ puan ortalamaları ile karşılaştırılması

Özellikler(n=150)	n	%	EEÖ Ort ±SS	Test ve p değeri
Empatik Eğilim Hakkında Bilgi Alma Durumu				
Aldım	72	48.0	69.29±8.23	t=-0.406
Almadım	78	52.0	68.69±9.69	p>0.05
Empatik Bilgi Alma Türü (72)				
Üniversitede Ders Olarak	67	93.1	69.32±8.30	F=0.252
Kitaplar	2	2.7	73.00±7.07	p>0.05
Seminer	3	4.2	70.33±14.01	

Öğrencilerin günlük bilgisayarda geçirdiği süre ile EEÖ toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması incelendiğinde; bir saat geçiren öğrencilerin puan ortalaması 69.59±7.97, iki saat geçirenlerin puan ortalaması 67.28±10.24, üç saat ve üzeri geçirenlerin puan ortalaması 69.25±10.07 olarak belirlenmiş ve aradaki farkın anlamlı olmadığı bulunmuştur (p>0.05, tablo 1).

Araştırmaya katılan öğrencilerinin empatik eğilim konusundaki bilgi alma durumları incelendiğinde; öğrencilerinin %52.0'nın daha önce empatik eğilim hakkında bilgisi olmadığı ve empatik eğilim hakkında bilgi alanlar içinde %93.1'inin üniversitede ders olarak aldığı saptanmıştır (Tablo 2).

Öğrencilerin empatik eğilim konusundaki bilgi alma durumları ile EEÖ toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında; bilgi alan öğrencilerin puan ortalaması 69.29±8.23, almayan öğrencilerin puan ortalaması 68.69±9.69 olarak bulunmuş ve aradaki farkın anlamlı olmadığı belirlenmiştir (p>0.05, Tablo 1).

Öğrencilerin empatik bilgi alma türü ile EEÖ toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması incelendiğinde; üniversitede ders olarak alan öğrencilerin puan ortalaması 69.32±8.30, kitaplardan bilgi alan öğrencilerin puan ortalaması 73.00±7.07, seminer olarak alan öğrencilerin puan ortalaması 70.33±14.01 olarak belirlenmiş ve aradaki farkın anlamlı olmadığı bulunmuştur (p>0.05, Tablo 1).

Tartışma

Ebelik bölümü öğrencilerinin empatik eğilim puan ortalamaları incelendiği bu çalışmada, öğrencilerin empatik eğilim puan ortalamasının orta düzeyde 68.98±8.99 olduğu görülmüştür. Çakmak Demirbaş¹⁵ üniversite öğrencileri arasında yaptığı çalışmada aynı ölçeğin puan ortalaması 70.36±8.40 olarak, Piji Küçük¹⁶ müzik öğretmeni adayları arasında yaptığı çalışmada 71.04±9.59 olarak, Öz'ün⁸ son sınıf hemşirelik öğrencileri arasında yaptığı çalışmada ise 70.25±8.20 olarak belirtmiştir. Sunulan araştırmalarda elde edilen empatik eğilim puan ortalamaları, yapılan bu çalışma bulguları ile benzer niteliktedir. Ebelik öğrencilerinin hasta bakımında temel oluşturacak olan empatik eğilimlerinin orta düzeyde olması, bu düzeyin daha ileri eğitimlerle geliştirilebilmesi açısından önemlidir. Öğrencilerin ölçek ortalamasının üzerinde bir puan almış olmalarına rağmen ölçekten alınabilecek en yüksek puanın 100 olması ve sağlık hizmetlerinin temel felsefesinin yardım etmeyi amaçlaması düşünüldüğünde, öğrencilerin empatik eğilimlerinin istendik düzeye ulaşması için geliştirilmesi gerekliliği ön görülmektedir.¹⁷

Çalışmada birinci sınıf öğrencilerin empatik eğilim puan ortalamaları 69.10±8.48, dördüncü sınıf öğrencilerin ise 70.29±10.17 olarak tespit edilmiştir. Mete ve Gerçek³ yaptığı çalışmada birinci sınıf öğrencilerinin empatik eğilim puan ortalamaları 74.19±8.26, dördüncü sınıf 76.63±7.53 olarak bildirilmesi araştırma

bulgularını desteklemektedir. Bu sonuç; ebe adayların devam ettikleri sınıfların empatik eğilimi etkilemediğini göstermektedir.

Öğrencilerin aile tipi, uzun süre yaşanan yere göre empatik eğilim puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Benzer şekilde öğrenciler arasında yapılan diğer çalışmalarda da tanıtıcı özellikler ile empatik eğilim puan ortalamaları arasında anlamlı bir ilişki bulunmadığı belirtilmiştir.^{5,18,19} Sabancıoğulları ve ark.⁵ öğrencilerin empatik eğilim puanları üzerinde mezun oldukları lise türü dışında diğer bireysel ve aile özelliklerinin etkisi bulunmadığını belirtmektedir.

Araştırmada, akademik başarı algı durumları ile EEÖ toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması sonucu aradaki farkın anlamlı olmadığı belirlenmiştir. Öz⁸ empatik eğilim ve akademik başarı arasında pozitif yönde, istatistiksel olarak anlamlı olmayan bir ilişki olduğunu bildirmiştir. Araştırma sonuçları benzerlik göstermektedir.

Araştırmada öğrencilerin, empatik eğilim konusundaki bilgi alma durumları ile EEÖ toplam puan ortalamaları arasında anlamlı fark olmadığı belirlenmiştir. Dizer ve İyigün²⁰ yoğun bakım hemşireleri arasında yaptığı çalışmada hemşirelerin empati ile ilgili derse/konferansa katılma durumu ile empatik eğilim puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadığı belirtmişlerdir. Mete ve Gerçek³ hemşirelik öğrencileri arasında yaptığı çalışmada da eğitim ile empatik eğilim puanlarının değişmediği belirtilmiştir. Karaca ve ark.²¹ hemşirelik birinci sınıf öğrencilerine verilen empatik beceri eğitim programının empatik eğilim ve empatik becerilerinin gelişmesine etkisini belirlemek amacıyla yaptığı çalışmada, empatik eğilim puan ortalaması eğitim öncesi ön test ortalaması 68.45±6.81 iken eğitim sonrası son test ortalaması 70.64±8.38 olduğunu belirtmiştir. Bu sonuçlar araştırma bulgularını desteklemektedir. Empatik

eğilim, empatinin duygusal boyutunu oluşturmada olup doğuştan gelen bir kişilik özelliğidir. Empatik eğilimin bir beceri ya da bilişsel gelişimden çok tutum gelişimi ve kişilik değişimi gerektirmektedir. Bu özelliklerinden dolayı değiştirilmesi çok güçtür ve bunun için daha uzun süreli bir eğitime ihtiyaç vardır.³ Her ne kadar bir kişilik özelliği olsa da empatik eğilim ve empatik beceri, mesleki eğitim sırasında kazandırılmalı ve mesleki uygulamalarla da geliştirilmelidir.¹³

Sonuç ve Öneriler

Öğrencilerin devam ettiği sınıf, okul öncesi eğitim alma, uzun süre yaşadığı yer, algılanan gelir düzeyi, anne-baba eğitim durumu, aile tipi, ebeveynlerin çocuk yetiştirme tarzları, akademik başarı algı durumu ve günlük bilgisayarda geçirilen süre ile empatik eğilim puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Öğrencilerin empatik eğilim puan ortalamalarına göre empatik eğilimlerinin orta düzeyde olduğu tespit edilmiştir.

Ebelik eğitiminde temel amaç, profesyonel ebelik uygulamalarının öğrenilmesidir. Öğrencilerin ebelik mesleğine özgü bilgi, beceri ve uygulamaları öğrenmesinin yanında etkili kişilerarası ilişkiler ve empati kurabilme, yardım etme, danışmanlık becerileri gibi temel becerileri de benimsemesi gerekmektedir. Bu nedenle, yüksek öğretim alan öğrencilerin empatik eğilim, empati ve iletişim becerilerinin belirlenmesi ve becerileri geliştirmeye yönelik derslerin etkinliğinin artırılması önemlidir. Bu etkinliği artırmaya yönelik öğrencilere; psikodrama, didaktik, model alma, sanat, yaratıcılık, iletişim vb. gibi konularda müfredat programına eklenecek seçmeli derslerin sunulması yararlı olabilir. Ayrıca çalışma sonuçlarının öğrencilerle paylaşılması farkındalığı arttırarak motivasyonu güçlendirmeye katkı sağlayabilir.

Kaynaklar

1. Akça Ay F. Sağlık uygulamalarında temel kavramlar ve beceriler [Basic concepts and skills in medical practice]. 1. Baskı, İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2013. p.72,106.
2. Cevahir R, Çınar N, Sözeri C, Şahin S, Kuşuoğlu S. Ebelik öğrencilerinin devam ettikleri sınıflara göre empatik becerilerinin değerlendirilmesi [Evaluation of the empathic skills of midwifery students with respect to the classes they are attending]. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi 2008; 3(7):6-7.
3. Mete S, Gerçek E. PDÖ yönetimiyle eğitim gören hemşirelik öğrencilerinin empatik eğilim ve becerilerinin incelenmesi [The examination of empathic tendency and skills on nursing students who are educated with pbl method]. C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2005; 9(2): 11-17.
4. Badea L, Pana NA. The role of empathy in developing the leader's emotional intelligence. Theoretical and Applied Economics 2010; 543(2): 69-78.
5. Sabancıoğulları S, Kelleci M, Doğan S, Gölbaşı Z. Entegre eğitim programında öğrenim gören hemşirelik öğrencilerinin empatik eğilim düzeylerinin yıllara göre incelenmesi [The empathic tendency in nursing students educated with integrated method according to the years] . Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2007;11(2):1-6.
6. Üstün B. Çünkü iletişim çokşeyi değiştirir! [Because communication has more changed]. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2005; 8: 88-94.
7. Reynolds W, Scott B. Do nurses and other professional helpers normally display much empathy? Journal of Advanced Nursing 2000; 31: 226-234.
8. Öz F. Son sınıf öğrencilerin empatik eğilimleri, empatik becerileri ve akademik başarıları arasındaki ilişki [The relations between empathic tendency, empathic skills and academic performance of senior students of nursing]. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 1998;2(2): 32-38.
9. Rogers CR. Empatik olmak değeri anlaşılmamış bir varoluş şeklidir [Be empathic is a way of being undigested value]. Çeviren: Akkoyun F. A.Ü. Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi 1983;16(1):103-124.
10. Dökmen Ü. İletişim çatışmaları ve empati [Contact conflict and empathy]. 39. Basım, İstanbul: Sistem Yayıncılık; 2008. p. 119-150.
11. Çiçek A. Sağlık çalışanlarının empatik eğilim ve becerilerinin değerlendirilmesi [The evaluation of empathic tendencies and skills of health staffs] [Yüksek Lisans Tezi]. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü [Institute of Medical Sciences, Marmara University], İstanbul, Türkiye, 2006.
12. Öz F. Hemşirelikte özgecilik [Altruism in nursing]. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 1998; 2(1): 53-58.
13. Öz F. Hemşirelerin Empatik iletişim becerisi ve eğilimine eğitimin etkisi [Effect of training on nurses' empathic skills and empathic tendency] [Doktora Tezi]. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü [Institute of Medical Sciences, Hacettepe University], Doktora Tezi, Ankara, 1992.
14. Van Baaren RB, Decety J, Dijksterhuis A, Van Der Leij A, Van Leeuwen ML. Being imitated: Consequences of nonconsciously showing empathy. Decety J, Ickes W. (Eds), The social neuroscience of empathy. Cambridge, MA, USA: MIT Press. 2009: 31-42.
15. Çakmak A, Demirbaş A. Review of the emphatic tendencies of university students in terms of some variables. International Journal of Humanities

- and Social Science 2014; Vol. 4, 7(1); 29-33.
16. Küçük Piji D. Müzik öğretmeni adaylarının empatik eğilimleri ile iletişim becerileri arasındaki ilişkinin incelenmesi [Determination of the relationship between empathic tendencies and communication skills in music teacher candidates] . 2nd International Conference on New Trends in Education and Their Implications Antalya:Sistem Kitabevi; 2011. p. 935-942.
 17. Yiğitbaş Ç, Deveci SE, Açık Y, Ozan AT, Oğuzöncül AF. Sağlık eğitimi alan bir grup öğrencinin empatik eğilim ve becerisi [The empathic tendency and empathic skills of a group of students receiving health education]. S.D.Ü Sağlık Bilimleri Dergisi 2013;4(1):7-13.
 18. Tutuk A, Al D, Doğan S. Hemşirelik öğrencilerinin iletişim becerisi ve empati düzeylerinin belirlenmesi [Determining communication skills and emphatic levels of nursing students]. C. Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi 2002; 6 (2): 36-41.
 19. Dereboy Ç, Harlak H, Gürel S, Gemalmaz A, Eskin M. Tıp eğitiminde eşduyumu öğretmek [Teaching empathy in medical education]. Türk Psikiyatri Dergisi 2005; 16(2):83-89.
 20. Dizer B, İyigün E. Yoğun bakım hemşirelerinde empatik eğilim düzeyleri ve etkileyen faktörler [The empathic tendency in the critical care nurses and the factors affecting]. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2009; 12(1):9-19.
 21. Karaca A, Açıköz F, Akkuş D. Eğitim ile empatik beceri ve empatik eğilim geliştirilebilir mi?: bir sağlık yüksekokulu örneği [Retrospective evaluation of the urgency of patients admitted to the emergency department by ambulance]. Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 2013; 4(3): 118-122.

Göğüs Cerrahisi Hastalarının Yoğun Bakım Gereksinimlerinin İncelenmesi***Investigation of Intensive Care Requirements of Thoracic Surgery Patients**Besey ÖREN^a, Işık KAYMAK^b, Gülçin BOZKURT^a

ÖZET Giriş: Göğüs cerrahisi uygulanan hastaların sıklıkla yoğun bakıma gereksinimi olabilir. Yoğun bakıma yatmak, hastaların hastanede kalış süresini arttırdığı gibi komplikasyonların gelişmesi bakımından da risk oluşturur. Çalışma göğüs cerrahisi olan hastaların yoğun bakım ihtiyaçlarını belirlemek ve etkili parametreleri incelemek amacıyla yapıldı. **Gereç Yöntem:** Tanımlayıcı ve kesitsel nitelikteki çalışma verileri, İstanbul'da bir Üniversite Hastanesinin, Göğüs Cerrahisi Kliniği'nde, Temmuz 2007-Ocak 2010 tarihleri arasında hastaların dosyaları incelenerek, retrospektif olarak elde edildi. Çalışmanın evren ve örneklemini belirlenen tarihler arasında göğüs cerrahisi kliniğine başvuran 813 hasta oluşturdu. Verilerin istatistiksel değerlendirilmesinde ki kare testi kullanıldı, $p < 0.05$ anlamlı olarak değerlendirildi. **Bulgular:** Çalışma grubundaki hastaların %66.6'sı erkek, yaş ortalamaları 46.69 ± 19.11 ve hastanede kalış süreleri ortalama 5.3 ± 4.8 idi. Hastaların $n=624$ 'üne cerrahi girişim yapılmıştı. En sık yapılan cerrahi girişim torakotomi %37.3 idi. Torakotomi yapılan hastaların %38.6'sına lobektomi yapılmıştı. En çok pnömonektomi (%72) ve lobektomi (%30) ameliyatı yapılan hastaların yoğun bakım gereksinimi olmuştu. Yoğun bakıma yatış nedeni en sık ameliyat sonrası takipti (%7). Yoğun bakıma gereksinim duyma durumu ile, yaş, cinsiyet, ameliyat türü, yaşadığı yer, sigara içme durumu, ek hastalık türleri arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde ilişki bulundu ($p < 0.05$). **Sonuç:** Göğüs cerrahisi uygulanan hastalar yüksek oranda yoğun bakıma gereksinim duymuştur. Bu hastaların çoğunluğunun ileri yaşlarda olması, sigara içiyor olması, ikincil bir hastalığının olması yoğun bakım gereksinimini arttırmış olabilir.

Anahtar Kelimeler: Göğüs cerrahisi, hasta profili, yoğun bakım gereksinimi

ABSTRACT Introduction: Patients undergoing thoracic surgical operation occasionally need intensive care during the early postoperative period. However, intensive care unit admission may inherently lead to complications and prolonged hospital stay. Aim of the study to identify the patients who need intensive care and define the parameters that indicate the necessity for intensive care **Methods:** A total of 813 patients who were operated on for a thoracic disease between July 2007 and January 2010 in the thoracic surgical clinic of a university hospital were retrospectively analyzed. The chi-square test was used. $p < 0.05$ was considered statistically significant. **Results:** Mean age was 46.7 ± 19.1 years, 66.6% of the patients were male, and mean length of hospital stay was 5.3 ± 4.8 days. Six hundred twenty-four patients were operated on. A thoracotomy was performed in 37.3% of patients. Ninety patients (38.6%) had lobectomy. Seventy-two percent of pneumonectomy patients were admitted to ICU, whereas 30% of lobectomy patients stayed in ICU. The most common cause of ICU admission was postoperative follow-up (7%). Smoking, old age, sex, type of surgery, places they live were found to be a predictive factor for ICU need ($p < 0.05$). In addition, comorbid patients were more frequently followed in ICU. **Conclusions:** Thoracic surgery patients frequently requirement ICU care. Smoking, old age, and having comorbid diseases seemed to increase ICU need.

Key Words: Thoracic Surgery, patients profile, requirement for Intensive care unit

^a İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü

^b İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Göğüs Cerrahisi Kliniği

*4th EfCCNa Congress and FASAIÖ Spring Congress, 24-26 March 2011, Copenhagen/ Denmark'da poster bildiri olarak sunulmuştur.

Geliş Tarihi:12.12.2014 / Kabul Tarihi: 14.01.2015

Yazışma Adresi: Yard. Doç. Dr. Besey Ören, Adres: İ.Ü. Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü

Demirkapı Cad. Karabal Sk. Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi Bahçesi içi 34740

Bakırköy/İSTANBUL/TÜRKİYE E mail: besey_oren@yahoo.com

Giriş

Göğüs cerrahisinde, akciğerin iyi ve kötü huylu lezyonlarının teşhis ve tedavisinde sıklıkla bir çok cerrahi yöntem kullanılır.^{1,2} Göğüs cerrahisi hastalarında ameliyat öncesi dönemde %1-2 oranında mortalite ve postoperatif dönemde en sık %30-60'ında kardiyopulmoner komplikasyon gelişmektedir.³ Göğüs cerrahisinde risk faktörleri; erkek cinsiyet, ileri yaş, çoklu travma, kronik sigara kullanımı, kronik akciğer hastalıklarının varlığı ve altta yatan kalp hastalığı gibi komorbid durumlar, kontrolsüz diyabet, böbrek yetmezliği ve ümmin yetmezlikler olarak bildirilmektedir.⁴ Göğüs cerrahisi hastalarının sıklıkla yoğun bakıma gereksinimi olabilir. Yoğun bakım gereksinimi olan hastalar, normal bakım ve tedavinin yeterli olmadığı, organ ve sistem fonksiyonları kısmen veya tamamen bozulmuş, mortalite riski yüksek olan kişilerdir.⁵

Yoğun bakım üniteleri kritik bakım ve tedavi gereksinimi olan ve yakın gözlem gereken hastaların izlendiği birimlerdir.⁶ Göğüs cerrahisi uygulanan yüksek riskli hastalar için ameliyat sonrası yoğun bakım desteği sağlanır.⁷ Yapılan araştırmalar, göğüs cerrahisi sonrası yoğun bakım ünitesinde (YBÜ) izlenen hastalarda mortalite oranlarının düştüğünü bildirmektedir.⁸ Geçmişte pnömonektomi gibi majör ameliyatlardan sonra hastalar rutin olarak yoğun bakıma alınırken, maliyetlerin yüksek olması ve yoğun bakımdan kaynaklanan riskleri azaltılmak için son yıllarda birçok hasta yoğun bakıma alınmadan göğüs cerrahisi servislerinde tedavi edilmektedir.⁹ Bu maliyet ve yoğun bakım risklerini azaltmak bakımından doğru bir yaklaşım olarak değerlendirilse de gereksinim duyan hastaların yoğun bakımda takip edilmesi önemlidir. Bu çalışmada göğüs cerrahisi hastalarının yoğun bakım gereksinimleri ve niçin gereksinim duydukları araştırılarak, yoğun bakım yataklarının hasta profiline uygun planlanması amaçlandı.

Gereç Yöntem

Tanımlayıcı ve kesitsel nitelikteki çalışmanın verileri, İstanbul'daki bir Üniversite Hastanesinin, Göğüs Cerrahisi kliniğinde, Temmuz 2007-Ocak 2010 tarihleri arasında yatan hastaların dosyaları incelenerek retrospektif olarak elde edildi. Çalışmanın evren ve örneklemini belirlenen tarihler arasında göğüs cerrahisi kliniğine başvuran 813 hasta oluşturdu.

Veri toplama aracı olarak araştırmacılar tarafından hazırlanan 27 sorudan oluşan anket formu kullanıldı. Araştırmacılardan iki tanesi Kasım- Aralık 2010 tarihleri arasında, haftanın iki günü ilgili hastanenin arşivinde hastaların dosyalarını inceleyerek her bir hasta için hazırlanan soru formunu doldurdu. Daha sonra soru formuna kaydedilen bilgiler bilgisayar ortamına aktarıldı.

Çalışma verilerinin elde edilmesi için üniversite hastanesi ve göğüs cerrahisi kliniğinden izin alındı. Elde edilen veriler SPSS paket programı kullanılarak ortalama, frekans, ki-kare testleri ile değerlendirildi. İstatistiksel anlamlılık düzeyi %95'lik güven aralığında, p<.05 olarak kabul edildi.

Bulgular

Göğüs Cerrahisi kliniğine yatan hastaların dağılımı incelendiğinde; 30 aylık sürede N: 813 hastanın kliniğe başvurduğu, bu hastaların %66.6'sının erkek, %33.4'nün kadın ve yaş ortalamalarının 46.69±19.11 olduğu, %68.3'ünün evli ve %46.9'unun ilkökul mezunu olduğu belirlenmiştir.

Göğüs cerrahisi kliniğine yatırılan hastaların (n:624) %76.7'sine cerrahi girişim uygulanmazken, (n:189) %23.3'üne uygulandığı saptandı. Hastaların %7.8'ine ise tanı amaçlı girişimler uygulanmıştı. Hastanede yatış süresinin ameliyat öncesi 2.73±2.79 gün, ameliyat sonrası 5.33±4.80 gün olduğu tespit edilmiştir.

Cerrahi girişim uygulanan hastalara (n:624) en sık yapılan ameliyatların sırasıyla; torakotomi (n:233) %37.3, mediastinoskopi (n:172) %27.6, göğüs duvarı deformiteleri ile (n:103) %16.5, VATS (Video assisted thoracoscopic surgery-Video yardımcı cerrahi girişim) (n:84) %13.5 olduğu görülmüştür. Torakotomi yapılan hastaların (n:90) %38.6'sına lobektomi, (n:65) %27.9'sine

Wedge rezeksiyonu ve segmentektomi, (n:21) %9'una toraks duvarı revizyonu, (n:25) %10.7'sine pnömonektomi uygulanmıştı. Hastaların (n:32) %13.8'ine ise bu ameliyatlar dışında yer alan cerrahi girişimler yapılmıştı. En sık görülen ikincil hastalıklar, farklı organ kanserleri (%5.9) ile hipertansiyon (%4.6). olarak tespit edilmiştir.

Tablo 1. Göğüs cerrahisi hastalarına uygulanan medikal girişimler (n= 813)

Medikal Girişimler	n	%
Göğüs tüpü /Dren	437	53.7
Mesane kateteri	282	34.6
Epidural katater	31	3.8
Santral kateter	30	3.6
PCA-IV (İntravenöz hasta kontrollü analjezi-Intravenous Patient Controlled Analgesia)	108	13.2
Neo-adjuvan tedavi	88	10.8

*Bir hastaya birden fazla girişim uygulanmıştır.

Göğüs cerrahisi hastalarına uygulanan girişimler en çok; (n:437) %53.7 Göğüs tüpü uygulaması, (n:282) %34.6 mesane kateteri ve (n:108) %13.2 PCA-IV uygulamasıydı (Tablo1). Göğüs cerrahisi uygulanan hastaların (n:82) %10.1'i yoğun bakıma kabul edilmişti. Yoğun bakıma yatış nedenleri incelendiğinde; (n:57) %69.6'sinin ameliyat sonrası takip için, (n:10) %12.2'sinin kardiyak problemler, (n:5) %6'sının akut solunum yetmezliği nedeniyle yatırıldığı belirlendi. Yoğun bakıma diğer yatış nedenleri ise asidoz gelişmesi, kanama, kan gazı değerlerinin bozulması, hipotansiyon, genel durumun

bozulması, idrar çıkışının azalması ve akciğer ödemi gibi nedenlerdi. Yoğun bakıma kabul edilen hastaların (n:46) %56.1'inin yoğun bakımda bir gün kaldığı ve en uzun yatan hastanın ise 13 gün kaldığı belirlendi. Göğüs cerrahisi uygulanan hastalardan en çok pnömonektomi (n:18) %72.0 ve lobektomi (n:31) %30.12 yapılanların yoğun bakıma yattığı belirlendi (Tablo2).

Göğüs cerrahisi hastalarının yoğun bakıma yatışı ile hastalık tanısı arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde ilişki bulundu ($p<0.05$).

Tablo 2. Yoğun bakıma yatan hastalara uygulanan operasyonlar ve tıbbi tanıların karşılaştırılması (n= 82)

Operasyonlar	Yoğun Bakıma Yatan				Toplam		X ² p	
	Var		Yok					
	n	%	n	%	n	%		
Mediastinoskopi/Bronkoskopi/ Biopsi	4	2.1	186	97.9	190	23.4	1.194** .27	
VATS	3	3.6	81	96.4	84	10.3		
Torakotomi	7	6.1	108	93.9	115	14.1		
Lobektomi	31	30.1	72	69.9	103	12.7		
TOS (Torasik Çıkış Sendromu Ameliyatı)	1	5.0	19	95.0	20	2.5		
Pnomonektomi	18	72.0	7	28.0	25	3.1		
NUSS (Göğüs Duvarı Deformite Ameliyatı)	-	-	88	100	88	10.8		
Ameliyat dışı girişimler	1	5.0	19	95.0	20	2.5		
Plevral Effüzyon	6	2.3	253	97.7	259	31.9		
Operasyon iptal	2	9.1	20	90.9	22	2.7		
Diğer nedenler	9	100	-	-	9	10.9		
Hastalık Tanıları								
Mediastinal LAM	3	2.5	118	97.5	121	14.8		60.38** .00
Plevral Efüzyon	6	5.6	102	94.4	106	13.0		
Kitle	66	19.4	275	80.6	341	41.9		
Pektus ekska/karina	1	1.0	103	99.0	104	12.8		
Pnömotoraks	1	2.2	44	97.8	45	5.5		
Kist Hidatik	2	15.4	11	84.6	13	1.6		
Diğer	3	3.6	80	96.4	83	12.4		

** X²: Ki-Kare ,***Gözlerde 5'ten küçük beklenen sayı olduğu için Fisher tam ki-kare testi yapılmıştır.

*Bir hastaya birden fazla operasyon uygulanmıştır

Göğüs cerrahisi uygulanan hastalardan en çok pnömonektomi (n:18) %72.0 ve lobektomi (n:31) %30.12 yapılanların yoğun bakıma yattığı

belirlendi (Tablo2). Göğüs cerrahisi hastalarının yoğun bakıma yatışı ile hastalık tanısı arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde ilişki bulundu (p<0.05).

Tablo 3. Göğüs cerrahisi hastalarının yoğun bakıma yatışını etkileyen faktörlerin karşılaştırılması (n=813)

Özellikler	Yoğun Bakım İhtiyacı				Toplam	X ²	p
	Var		Yok				
Yaş	n	%	n	%	n	%	
15 yaş ve altı	1	2.4	41	97.6	42	5.2	26.51*** .00
16-45 yaş	13	4.3	288	95.7	301	37.0	
46-65 yaş	42	12.9	283	87.1	325	40.0	
66 yaş ve üstü	26	17.9	119	82.1	145	17.8	
Cinsiyet							
Kadın	18	6.6	253	93.4	271	33.3	5.317** .02
Erkek	64	11.8	478	88.2	542	66.7	

* X²: Ki-Kare,**Gözlerde 25'ten küçük gözlenen sayı olduğu için Yates Düzeltmeli Ki-kare testi yapılmıştır. *** Gözlerde 5'ten küçük beklenen sayı olduğu için Fisher tam ki-kare testi yapılmıştır.

Göğüs cerrahisi hastalarının yoğun bakıma yatışı ile yaş ve cinsiyet arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde ilişki bulundu ($p<0.05$). Enfeksiyon gelişme

oranı (n:27) %3.3 idi ve en sık karşılaşılan enfeksiyon etkeni ise (n:4) %0.4 Escherichia coli olarak tespit edildi.

Tablo 4. Göğüs cerrahisi hastalarında enfeksiyon gelişmesi ile ilişkili risk faktörlerinin karşılaştırılması (n=81)

Özellikler	Enfeksiyon		Yok		Toplam		X ²	p
	Var							
Yaş	n	%	n	%	n	%		
45 yaş altı	5	1.5	338	98.5	343	42.2	6.41*	.01
46 yaş üstü	22	4.7	448	96.3	470	57.8		
Cinsiyet								
Kadın	3	1.1	268	98.9	271	33.3	6.206**	.01
Erkek	24	4.4	518	95.6	542	66.7		
Sigara								
İçen	20	4.6	413	95.4	433	53.3	10.02**	.18
İçmeyen	7	1.8	373	98.2	380	46.7		
Ek Hastalık								
Hipertansiyon	7	5.3	125	94.7	132	16.2		
Diabet	1	3.7	26	96.3	27	3.3		
KOAH	-	-	23	100	23	2.8	8.516**	.28
TBC-Kanser	2	7.3	66	97.0	68	8.3		
Hastalık yok	13	2.8	452	97.2	465	57.2		
Diğer	1	1.4	97	98.6	73	9.0		

X²: Ki-Kare,*Gözlerde 25'ten küçük gözlenen sayı olduğu için Yates Düzeltmeli Ki-kare testi yapılmıştır. ** Gözlerde 5'ten küçük beklenen sayı olduğu için Fisher tam ki-kare testi yapılmıştır.

Yoğun bakıma yatan hastaların yaşları ve cinsiyetleri ile enfeksiyon gelişmesi arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde ilişki olduğu ($p<0.05$), sigara içme durumu ile ek hastalıklara sahip olma durumu bakımından bir ilişki olmadığı ($p<0.05$) görüldü (Tablo 4).

Tartışma

Göğüs cerrahisi kliniğine yatırılan hastaların büyük çoğunluğu (%76.7) ameliyat edilmişti. En sık yapılan ameliyatlara sırasıyla; torakotomi (%37.3), mediastinoskopi (%27.6) ve göğüs duvarı deformiteleriydi (%16.5).

Göğüs travması geçiren hastaların çoğunluğuna büyük cerrahi girişim yapılmadan, tüp torakostomi uygulanarak tedavi edilebilmektedir. Hemodinamik stabilitenin sağlanamadığı olgularda torakotomi yapılması önerilmektedir.

Literatürde acil torakotomi oranlarının %10-71 gibi geniş bir yelpazede olduğu bildirilmektedir.¹⁰ Bu çalışmada da diğer araştırma bulgularına benzer olarak, torakotomi göğüs cerrahisinde en sık uygulanan operasyondur.

Torakotomi yapılan hastaların %38.6'sına lobektomi, %27.9'sine Wedge rezeksiyonu ve %10.7'sine pnömonektomi yapılmıştı. Padoto ve Heredt 2009'da yaptıkları metanaliz çalışmasında göğüs cerrahisi hastalarının %67 oranında lobektomi, %6.5 oranında pnömonektomi yapıldığını belirtmişlerdir.⁹ Çalışma grubumuzdaki hastalarda da Padoto ve Heredt'in sonuçlarına benzer şekilde torakotomi yapılan hastalarda oransal farklılık olmakla birlikte en sık lobektomi uygulanmıştı.

Göğüs cerrahisi hastalarının, cerrahinin diğer alanlarından daha çok

yoğun bakıma kabul edildiği belirlenmiştir.⁷ Mevcut çalışmada göğüs cerrahisi uygulanan hastaların %10.1'i yoğun bakıma kabul edilmişti. Göğüs cerrahisi uygulanan hastalardan, pnömonektomi (%72) ve lobektomi (%30.1) yapılanların en çok yoğun bakım desteğine gereksinimi olduğu belirlendi (Tablo 2). Yoğun bakıma yatış nedenleri; sıklıkla %69.6 ameliyat sonrası takip, %12.2 kardiyak problemler ve %6 akut solunum yetmezliği olarak belirlendi. Padoto ve Heredt göğüs cerrahisi hastalarının %5.2'sinin kardiyak problemlerle ve %11.6'sının pulmoner problemlerle, yoğun bakıma kabul edildiğini saptamıştır. Padoto ve Heredt solunumsal problemleri daha yüksek oranda bildirmektedir. Çalışma grubundaki hastaların yoğun bakıma yatış endikasyonlarının farklı olması hasta kayıtlarının eksik tutulmuş olması ile açıklanabilir.

Erkek cinsiyet ve ileri yaşın göğüs cerrahisi hastalarının yoğun bakıma yatışı için risk faktörleri arasında olduğu ve erkek cinsiyette göğüs cerrahisinin daha yaygın olduğu bildirilmiştir.^{2,4,9} İleri yaştaki hastalarla yapılan bir çalışmada göğüs cerrahisi sonrası; kardiyak, pulmoner ve renal komplikasyonlar nedeniyle yoğun bakımda ölümlerin yüksek olduğu belirtilmiştir.¹¹

Benzer şekilde araştırma grubumuzdaki göğüs cerrahisi hastalarında erkek cinsiyetin ve ileri yaşın yoğun bakım riskini arttırdığı belirlendi (Tablo3).

Yoğun bakım üniteleri, nazokomiyal infeksiyonların en sık görüldüğü birimlerdir. Hastanenin diğer bölümlerine yatırılan hastalara göre YBÜ'ne yatırılan hastalarda gelişen nozokomiyal infeksiyonlar beş-on kat daha fazladır.

Kaynaklar

1. Norman M et al. Improved lung function and quality of life following increased elastic recoil after lung volume reduction surgery in

Yoğun bakım hastasının kritik olmayan bir hastaya göre %20-28 oranında infeksiyon riskinin arttığı bildirilmektedir.^{12,13}

Ursavaş ve ark. yoğun bakımda izlenen hastalarda ileri yaş ve eşlik eden hastalıkların nazokomiyal enfeksiyonları arttırdığını saptamıştır.⁶ Martin ve ark. yoğun bakıma yatan erkek hastalarda kadınlara göre sepsisin daha sık gözlemlendiğini belirlemiştir.¹⁴ Benzer çalışma sonuçlarında olduğu gibi çalışma grubumuzdaki hastalarda da infeksiyonun anlamlı farkla erkeklerde (%4.4) ve 46 yaş üstü (%4,7) hastalarda geliştiği görüldü (Tablo 4).

Sınırlılıklar: Tek merkezli bir çalışma olması, verilerin elde edilme şeklinin retrospektif olması, yoğun bakım endikasyonlarının genel olarak belirtilmesi ve kayıtların eksik tutulma olasılığının olması çalışmanın sınırlılıkları olarak değerlendirildi.

Sonuç

Göğüs cerrahisi hastalarının 1/10'u yoğun bakımda yatmıştır. Göğüs cerrahisi hastalarında ileri yaş, sigara içme yoğun bakıma yatış ve enfeksiyon gelişmesi açısından risk faktörüdür. Göğüs cerrahisi hastalarının tedavi, takip ve bakımında hekim ve hemşirelerin bu risk faktörlerini her hastada gözden geçirmesi önemlidir. Ayrıca göğüs cerrahisi birimleri olan hastanelerin, bu hastaların yoğun bakım ihtiyaçlarını göz önünde bulundurarak planlama yapmaları yoğun bakım yataklarının daha verimli kullanımını sağlayacaktır. Yapılacak çalışmaların değişik merkezlerde planlanması, yoğun bakım ihtiyacı bakımından merkezler arası farklılıkların olup olmadığını göstermesi bakımından önemlidir.

emphysema. Respiratory Medicine 1998;92:653-658.

2. Naithani U, Bajaj P, Bhatnagar N, Prasad N. One year prospective analysis of morbidity and mortality associated with thoracic surgery.

- Anaesth, Pain & Intensive Care 2011; 15(2): 86-92.
3. Wada H, Nakamura T, Nakamoto K, Maeda M, Watanabe Y. Thirty-day operative mortality for thoracotomy in lung cancer. *J Thorac Cardiovasc Surg* 1998;115:70-73.
 4. Ohbuchi T, Morikawa T, Takeuchi E, Kato H. Lobectomy: video-assisted thoracic surgery versus posterolateral thoracotomy. *Jpn J Thorac Cardiovasc Surg* 1998; 46:519-22.
 5. Nadir A, Şahin E. Hemotoraks, pnomotoraks ve şilotoraks (Hemothorax, pneumothorax, and chylothorax). *TTD Toraks Cerrahisi Bulteni (Bulletin of Thoracic Surgery)*. 2010;1(1); 39-44.
 6. Ursavaş A, Ege E, Yüksel E G, Atabey M, Coşkun F, Yıldız F, Ayhan S, Özyardımcı N. Solunumsal yoğun bakım ünitesinde mortaliteyi etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi (The evaluation of the factors affecting mortality in respiratory intensive care unit). *Yoğun Bakım Dergisi (Turkish Journal of Intensive Care Medicine)* 2006;6(1):43-48.
 7. Rhodes A, Moreno RP, Metnitz B, Hochrieser H, Bauer P, Metnitz P. Epidemiology and outcome following post-surgical admission to critical care. *Intensive Care Med* 2011;37:466-1472.
 8. Whitson BA, D'Cunha J. The thoracic surgical intensivist: the best critical care doctor for our thoracic surgical patients. *Semin Thoracic Surg* 2011;23:12-13.
 9. Pedoto A, Heerdt PM. Postoperative care after pulmonary resection: postanesthesia care unit versus intensive care unit. *Current Opinion In Anaesthesiology* 2009;22:50-55.
 10. Ülkü R. Toraks travmalı hastada acil departman torakotomisi ve tüp torakostomi (Thoracic trauma patients of emergency department thoracotomy and tube thoracostomy). *TTD Toraks Cerrahisi Bulteni (Bulletin of Thoracic Surgery)* 2010;1(1); 19-28.
 11. Kabbani L, Escobar G, Knipp B, et al. APACHE III score on ICU admission predicts hospital mortality after open thoracoabdominal and open abdominal aortic aneurysm repair. *Ann Vasc Surg* 2010; 24:1060–1067.
 12. Çaylan R. Enfeksiyon kontrolüne yönelik genel önlemler (General precautions on infection control) *Yoğun Bakım Dergisi (Turkish Journal of Intensive Care Medicine)* 2006;6(Ek 1):8-10.
 13. Bakır M. Yoğun Bakım Ünitesinde Enfeksiyon Kontrolü (Infection control in intensive care unit). *Yoğun Bakım Dergisi (Turkish Journal of Intensive Care Medicine)* 2003;3(2):102-117.
 14. Martin GS, Mannino DM, Eaton S, Moss M.N. The Epidemiology of sepsis in the United States from 1979 through 2000. *Engl J Med* 2003;348:1546-1554.

Sağlık Çalışanı Gözüyle Hizmet Kalite Standartlarının Etkinliğinin Değerlendirilmesi

Evaluation of the Effectiveness of Service Quality Standards with Eyes of Health Employee

Yeliz DOĞAN MERİH^a, Pınar GÜNGÖR^b, Meryem YAŞAR KOCABEY^b,
Ayşegül SAMATLI^b, Çiğdem EMUCE^b, Hülya EKŞAN^b, Şebnem ÖZDEM^c

ÖZET Amaç: Kapsamlı ve sistematik standartların, bölümler bazında oluşturulmuş kriterlerinin sağlık çalışanları tarafından olumlu ve olumsuz yönlerinin değerlendirilmesini, iyileştirici önerilerin belirlenmesini sağlamak amacıyla bu çalışma gerçekleştirilmiştir. **Yöntem:** Çalışma, 2012 yılı içerisinde bir özel dal eğitim ve araştırma hastanesinde Hizmet Kalite Standartları (HKS) ve bu yönde gerçekleştirilen denetimlere yönelik sağlık çalışanlarının görüşlerini belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yürütülmüştür. Araştırmanın örneklemini, araştırmaya katılmayı kabul eden ve HKS gereğince tüm bölümleri karşılayan 30 sağlık çalışanı oluşturmuştur. Veriler araştırmacılar tarafından oluşturulan anket formunun yine alanda yetkin araştırmacılar tarafından katılımcılarla birebir yapılan kapsamlı odak grup görüşmesi sonrasında doldurulması ile toplanmıştır. Elde edilen veriler SPSS programı ile yüzdeler olarak değerlendirilmiştir. **Bulgular:** Katılımcıların çalıştıkları birimlerin kriterlerine yönelik, spesifik analizlerinin ortak yönleri değerlendirildiğinde; HKS'nin olumlu yönleri içerisinde, ortak dil ve standartların oluşturulması, hasta ve çalışan güvenliği uygulamalarının şekillenmesi ve kullanılması, risk oranlarının azaltılması, önleyici uygulamaların aktifleşmesi, kayıt güvenliği sağlanarak sağlık alanına yönelik etkin bir değerlendirme ortamı oluşturulması ifadelerinin ağırlıklı yer aldığı saptanmıştır. HKS'nin olumsuz yönleri arasında ise çok benzer ve tekrarlı kayıtların oluşturulması bu nedenle zaman yönetiminde aksama, denetimler sırasında sadece belirli meslek gruplarına (hemşire ağırlıklı) yönelik denetimlerin gerçekleştirilmesi bu nedenle standartların tüm meslek gruplarında benimsenme oranının azalması, fazla maliyet oranları, denetimler sonrasında bazı kriterlere yönelik yaşanan sıkıntılarla ilgili geribildirim mekanizmasının aktif hale dönüştürülmemesi, standartların iyileştirilmesi için çalışanların görüşlerinin alınmaması gibi ifadeler yer almıştır. **Sonuç:** Sağlık çalışanlarının HKS uygulamalarını değerlendirmek için verdikleri puanların dağılımına baktığımızda, %75,3 oranıyla uygulamaların etkinliğini iyi olarak nitelendirmişler ve uygulamalara ait memnuniyetlerini ifade etmişlerdir.

Anahtar kelimeler: Hizmet Kalite Standartları, Sağlık Çalışanları, Değerlendirme

ABSTRACT Aim: Main aim is; partitions created on the basis of criteria positive-negative evaluation by health workers and determination of remedial proposals. **Methods:** Our study was carried out to, teaching and research hospital in 2012 in a special branch of the Service Quality Standards and to determine the opinions of health employments for controls. The study sample, formed by 30 health workers. The data, generated to fill the questionnaire by researchers and filling was collected after the one on one group interviews with the participants. The obtained, evaluated percentage with the program SPSS. **Results:** The participants specific analysis on the criteria of their departments was evaluated; the following statements were the most common ones: The service quality standards positive impacts; A common language was created, standards were determined, it lead to shape and use of the patience and health care workers security applications, it decreased the percentage of the risk and activated preventive applications. The service quality standards enabled us to carry out effective evaluations and provided the registration safety. The negative impacts of the service quality standards; The time management was disrupted by the similar and repetitive registrations, the standards were not internalized by all of the occupational groups since the inspections only were held towards the nurses, it has high cost ranges, after the inspections the feedback mechanism was not activated on some criteria's problematic sides, the opinions of the ones who are working to improve the standards was not taken. **Conclusion:** When the distribution of the points was checked, it has seen that 75,3 % of the health care workers said the service quality standards application is useful and they are content with the application.

Key Words: Service quality standards, health workers, evaluations.

¹ Dr., Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, yelizmrh@gmail.com, Gsm: 05445219151

^bSorumlu yazar ve yazışma adresi: Uzm.hem., Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, p_gungor18@hotmail.com

^c Odm., Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, zhkhalite@gmail.com
Geliş Tarihi:17/12/2014 Kabul Tarihi:28/01/2015.

*Çalışma 02-04 Mayıs 2013 tarihinde Ankara'da düzenlenen IV. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresinde sözlü bildiri olarak sunulmuştur

Giriş

Tıp bilimin ve teknolojinin zaman içinde sürekli gelişmesi ve sağlık profesyonellerinin bu gelişmeler doğrultusunda hizmet sunmayı istemeleri, insan yaşamı ile direkt ilgili olan sağlık hizmetlerinde sıfır hatanın ya da en az hatanın olmasının gerekliliğini gündeme getirmiştir. Sağlık kuruluşlarının performanslarının yükseltilmesi için sağlık hizmetlerinden yararlanacak bireylerin beklentilerinin karşılanması gibi gereklilikler dünya genelinde, sağlık kuruluşlarında kaliteli hizmet sunumunun gelişmesini sağlamıştır.¹

Dünyada çeşitli ülke örnekleri incelendiğinde, sağlık hizmetlerinin kalitesinin artırılmasına yönelik yapılan çalışmaların artık daha çok ulusal kalite ve akreditasyon sistemleri üzerinden yürütülmekte olduğu görülmektedir. Çünkü ülkelerin sağlık sistemlerinin ihtiyaçları, öncelikleri, farklı beklentileri ve uluslararası akreditasyon sistemlerinin getirdiği mali yük gibi sebepler dünyada pek çok ülkenin sağlıkta ulusal bir kalite sistemi kurmasına sebep olmuştur.^{2,3}

Ülkemizde 2003 yılında Sağlıkta Dönüşüm Programı ile kalite hizmet sunumu çalışmaları başlamıştır. Ülkemize özgü ilk ulusal standart HKS'dir. HKS çalışmaları, 2003 yılında Sağlık Bakanlığı tarafından başlatılmış ve 2005 ilk set hali oluşturulmuş, 2011 yılından itibaren ise ülkemizdeki tüm hastanelerde kullanılmaya başlanmıştır.⁴ Türkiye'de 2011 yılında yürürlüğe giren Kurum Performans ve Kalite Yönergesi ile tüm hastaneler HKS'yi uygulamaya ve hastaneler Hizmet Kalite Belgesiyle belgelendirmeye başlamıştır. Bu yönergenin amacı, sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi, kaliteli ve verimli sağlık hizmet sunumunun sağlanması için sağlık kurum ve kuruluşlarının kurumsal performansının ölçülmesine yönelik olarak

Gereç ve Yöntemler

Çalışmamız, 2012 yılı içerisinde bir özel dal eğitim ve araştırma hastanesinde

ölçülebilir ve karşılaştırılabilir performans, kalite ve diğer kriterler ile hizmet sunum şartlarının belirlenmesi, halkın görüşlerinin bu sürece yansıtılması suretiyle kurumsal performans katsayısının tespitine ve hizmet sunumu açısından belgelendirilmesine ilişkin usul ve esasları düzenlemektir.⁵

Hastanelerde yürütülen kalite çalışmalarının başarısı çalışanların katılımı ve desteği ile yakından ilişkilidir. Çalışan katılımının yüksek olduğu kurumlarda, kalite iyileştirme sürecinde istenik sonuçlara ulaşma ve kalite kültürünün oluşması daha kısa zamanda gerçekleşir. Günümüzde çalışanlar, kendilerini ilgilendiren her türlü kararın görüşülmesine ve sonuçlandırılmasına aktif olarak katılıp, düşüncelerini ifade etmek, bu konularda fikirlerinin alınmasını talep etmektedirler. Bu nedenle, katılımı, yetki devrini, kişisel ve örgütsel gelişmeyi teşvik eden bir ortamın oluşturulması ve kaliteyi destekleyen ödül sistemlerinin benimsenmesi, çalışanların tüm potansiyel yeteneklerinden yararlanma ve geliştirmeye yönelik bir yönetim tarzı belirlenmelidir.⁶

Temelinde hasta ve çalışan güvenliği olan hizmet kalite standartları içerisinde sağlık hizmetinde rol alan iç müşterilerin ve faydalanan dış müşterilerin düşüncelerinin ve memnuniyetinin esas alınması önemlidir. Memnuniyet ve beklenti değerlendirmeleri hastanenin ve performansın ölçümü bakımından büyük önem arz etmektedir. Sağlık hizmetlerinin sunum tarzının ancak hizmet sürecine katkıda bulunan çalışanlar ve hizmeti alan hastalardan gelen görüşler çerçevesinde şekillendirilebileceği bir gerçektir.⁷

Çalışmamız bölümler bazında oluşturulmuş kriterlerinin sağlık çalışanları tarafından olumlu ve olumsuz yönlerinin değerlendirilmesini, iyileştirici önerilerin belirlenmesini sağlamak amacıyla gerçekleştirilmiştir.

Hizmet Kalite Standartları ve bu yönde gerçekleştirilen denetimlere yönelik sağlık çalışanlarının görüşlerini belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yürütülmüştür.

Araştırmanın örneklemini, araştırmaya katılmayı kabul eden ve Hizmet Kalite Standartları gereğince tüm bölümleri karşılayan 30 sağlık çalışanı oluşturmuştur. Katılımcıların seçiminde dikkat edilen nokta; HKS kriterlerinin dört boyutunu kapsayan “Kurumsal Hizmet Yönetimi, Sağlık Hizmeti Yönetimi, Destek Hizmeti Yönetimi ve İndikatör Yönetimi” sürecinde yer alan tüm bölümlerin hizmet sunumunda çalışan 1 yönetici, en az bir çalışanın bu grup içerisinde olmasıdır.

Bulgular

Araştırma kapsamına alınan sağlık çalışanlarının %36.7’sinin 24-30 yaş grubunda yer aldığı, %80’inin lisans ve

Veriler katılımcıların sosyo-demografik özelliklerini, hasta ve çalışan güvenliği uygulamaları konusundaki görüşlerini, HKS değerlendirme görüşlerini, hata bildirimine yönelik görüşlerini belirlemeye yönelik 20 soruluk anket formu ile toplanmıştır. Anket formları alanda yetkin araştırmacılar tarafından katılımcılarla sürecin etkin bir şekilde değerlendirilmesi için birebir yapılan kapsamlı odak grup görüşmesi sonrasında doldurulmuştur. Elde edilen veriler SPSS programı ile yüzdelik olarak değerlendirilmiştir.

üzere eğitim aldığı, %33.4’ünün hemşire olduğu, HKS gereğince tüm bölümlerden katılımın sağlandığı belirlenmiştir.

Tablo 1. Katılımcıların hasta ve çalışan güvenliğine yönelik tanımları

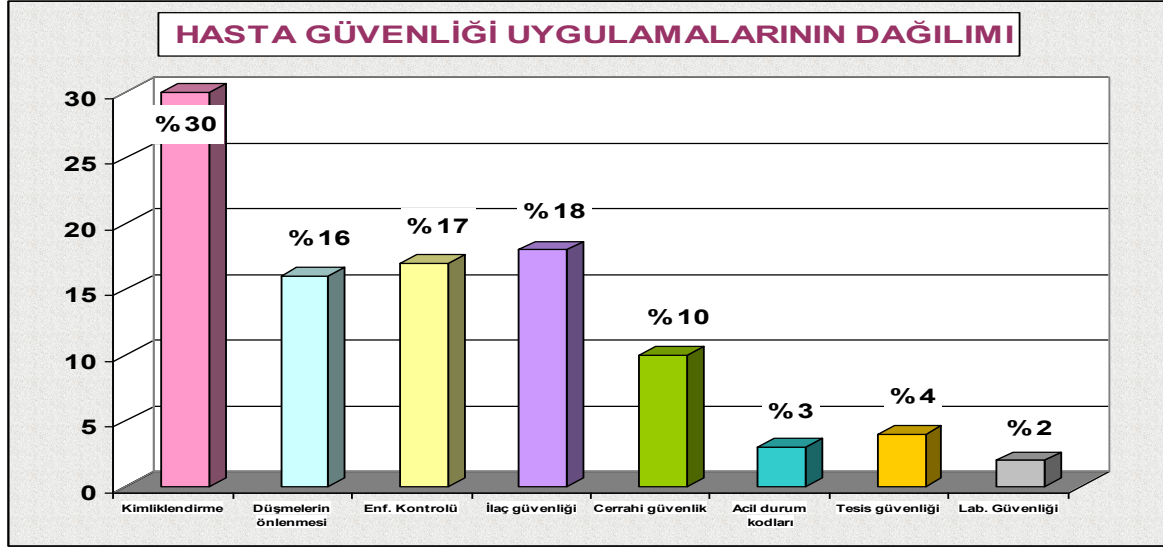
HASTA GÜVENLİĞİ NEDİR?	Sayı	%
Hasta güvenliği; sağlık çalışanlarının hasta bakımı uygulamalarına destek olmak ve kolaylık sağlamak amacıyla yapılan uygulamaların tamamı	5	16,4
Hasta güvenliği; sağlık hizmetlerinin kişilere vereceği olası zararı önlemek amacıyla alınan önlemlerin tamamı	22	73,6
Hasta güvenliği; hastaların kendilerine zarar gelmemesi için aldıkları önlemlere sağlık çalışanları tarafından destek olunması	3	10,0
ÇALIŞAN GÜVENLİĞİ NEDİR?	Sayı	%
Çalışan güvenliği; sağlık çalışanlarının göreceği zararı önlemek amacıyla sağlık kuruluşları ve bu kuruluşlardaki çalışanlar tarafından alınan önlemler	21	70,0
Çalışan güvenliği; sağlık çalışanlarının uygulamalarında kolaylık sağlamak amacıyla yapılan uygulamaların tamamı	3	10,0
Çalışan güvenliği; çalışanların kendilerine zarar gelmemesi için aldıkları önlemlere kurum politikalarının destek olması	6	20,0
Toplam	30	100,0

Katılımcıların %73,6’sı temelde hasta güvenliğini sağlık hizmetlerinin kişilere vereceği zararı önlemek ve %70 oranında çalışan güvenliğini, çalışanlara gelebilecek zararı önlemek olarak tanımladıkları saptanmıştır (Tablo 1). Katılımcılar hasta ve çalışan güvenliğine ait rollerini tanımlarken %66,6 oranında sürecin tamamında rolleri olduğunu ifade etmişlerdir (Tablo 2).

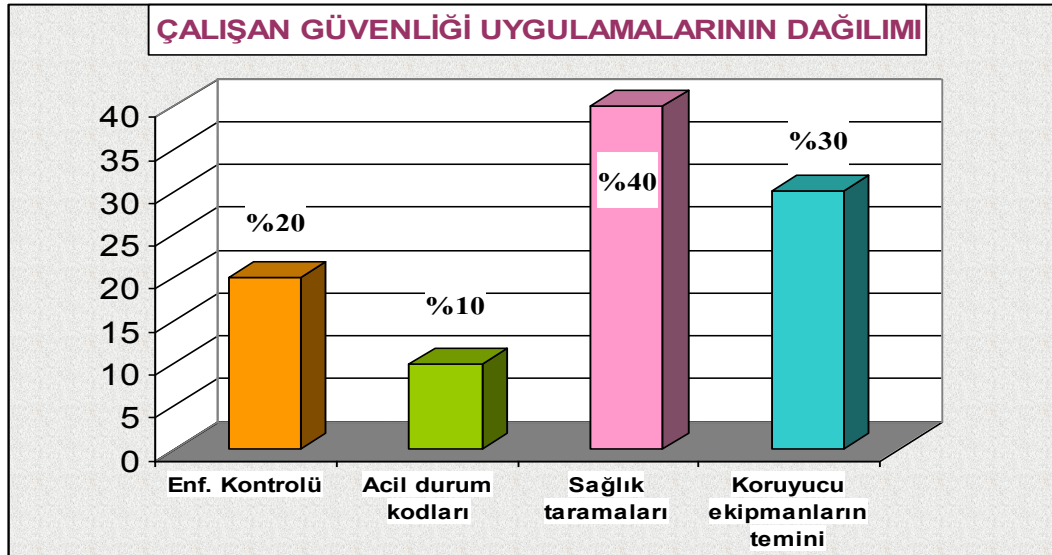
Çalışmada katılımcılar daha önce kısmi olarak bulunan ama HKS ile daha da şekillenen hasta güvenliği uygulamalarını 8 başlık altında toplamışlar ve en fazla %30 ile kimliklendirmeyi birinci sırada, %18 ile ilaç güvenliğini ikinci sırada ve %17 ile enfeksiyon kontrolünü üçüncü sırada belirtmişlerdir (Grafik 1).

Tablo 2. Katılımcıların hasta ve çalışan güvenliğine yönelik rolleri

HASTA VE ÇALIŞAN GÜVENLİĞİ ROLLERİ	Sayı	%
Hasta ve çalışan güvenliğine ait riskleri belirleyen, önlemeye yönelik uygulamalarını planlayan, uygulayan ve değerlendiren	20	66,6
Oluşturulmuş hasta ve çalışan güvenliği uygulamalarının gerçekleştirilmesine destek olan	10	33,4
Toplam	30	100,0



Grafik 1. Katılımcıların hastanelerinde uygulanan hasta güvenliği uygulamalarına yönelik görüşleri



Grafik 2. Katılımcıların hastanelerinde uygulanan çalışan güvenliği uygulamalarına yönelik görüşleri

Çalışmada katılımcılar daha önce kısmi olarak bulunan ama HKS ile daha da şekillenen çalışan güvenliği uygulamalarını 4 başlık altında toplamışlar ve en fazla

%40 ile sağlık taramalarını birinci sırada, %30 ile koruyucu ekipmanların teminini ikinci sırada ve %20 ile enfeksiyon kontrolünü üçüncü sırada belirtmişlerdir (Grafik 2).

Tablo 3. HKS'nin hasta ve çalışan güvenliğine getirileri

HASTA VE ÇALIŞAN GÜVENLİĞİNE GETİRİLERİ	Sayı	%
Hizmet kalite standartları bölümümüz hasta ve çalışan güvenliği uygulamalarının şekillenmesinde, standartlarının belirlenmesinde ve aktif uygulanmasında faydalı oldu	20	66,6
Hizmet kalite standartları bölümümüz hasta ve çalışan güvenliği uygulamalarının var olan prosedürlerinin uygulanmasına yardımcı oldu	1	3,4
Hizmet kalite standartları bölümümüz mevcut hasta ve çalışan güvenliği uygulamalarının eksik yanlarını görmemizi ve tamamlamamızı sağladı	9	30,0
Toplam	30	100,0

Katılımcılar HKS'nin hasta ve çalışan güvenliğine genel olarak getirilerini, %66.6 oranı ile "HKS bölümümüz hasta ve çalışan güvenliği uygulamalarının şekillenmesinde, standartlarının belirlenmesinde ve aktif uygulanmasında faydalı oldu" şeklinde ifade etmişlerdir (Tablo 3).

Tablo 4. HKS'nin çalışan gözüyle olumlu ve olumsuz yönleri

HKS OLUMLU YÖNLERİ	Sayı	%
Ortak dil ve Standartların oluşturulmasını sağladı	19	25.0
Hasta ve çalışan güvenliği uygulamalarının şekillenmesini ve kullanılmasını sağladı	25	33.0
Risk oranlarının azaltılmasını sağladı	8	10.5
Önleyici uygulamaların aktifleşmesi sağlandı	7	9.2
Sağlık alanına yönelik etkin bir değerlendirme ortamı oluşturuldu	11	14.5
Kayıt güvenliği sağladı	6	7.8
Toplam	76*	100.0
HKS OLUMSUZ YÖNLERİ	Sayı	%
Benzer ve tekrarlı kayıtların oluşturulması bu nedenle zaman yönetiminde aksama	28	34,6
Denetimler sırasında sadece belirli meslek gruplarına (hemşire ağırlıklı) yönelik denetimlerin gerçekleştirilmesi bu nedenle standartların tüm meslek gruplarınca benimsenme oranının azalması	15	18.5
Fazla maliyet oranları	10	12.4
Denetimler sonrasında bazı kriterlere yönelik yaşanan sıkıntılarla ilgili geribildirim mekanizmasının aktif hale dönüştürülmemesi	15	18.5
Standartların iyileştirilmesi için çalışanların görüşlerinin alınmaması	13	16.0
Toplam	81*	100.0

* Birden fazla seçenek belirtilmiştir.

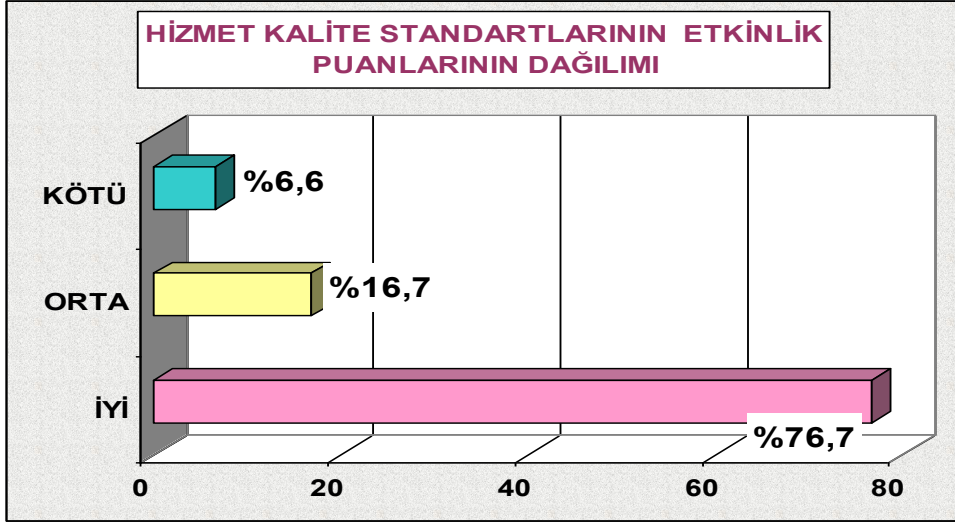
Çalışmada katılımcılar HKS'nin genel olarak değerlendirmesini yapmışlar ve HKS'nin bölümlerine ait kriterleri baz alarak olumlu ve olumsuz yönlerini ifade etmişlerdir. HKS'nin olumlu yönleri içerisinde %33 oranı ile "Hasta ve çalışan güvenliği uygulamalarının şekillenme-

sini ve kullanılmasını sağladı" ilk sırada yer almıştır, bunu standartları oluşturdu, etkin değerlendirme ortamı sağladı, riskleri azalttı ifadeleri izlemiştir.

HKS'nin olumsuz yönleri içerisinde ise %34,6 oranı ile "Benzer ve tekrarlı kayıtların oluşturulması bu

nedenle zaman yönetiminde aksama” ilk sırada yer almıştır, bunu sadece belirli meslek gruplarının (ağırlıklı hemşireler) denetlenmesi, denetim kriterleri ve denetim süreci ile ilgili geribildirim mekanizmasının yetersiz olması ifadeleri izlemiştir (Tablo 4). Sağlık çalışanlarının

HKS uygulamalarını değerlendirmek için verdikleri puanların dağılımına baktığımızda, %76,7 oranıyla uygulamaların etkinliğinin iyi olarak nitelendirildiği ve uygulamalara ait memnuniyetlerinin iyi olduğu belirlenmiştir (Grafik 3).



Grafik 3. Katılımcıların HKS'nin etkinliğine yönelik puanlarının dağılımı

Tartışma

Sağlık hizmeti sunumu, kişilerin yaşam kalitesini ve mutluluğunu doğrudan etkileyen bir alan olarak görülmelidir. Bu kapsamda sağlık hizmetlerinin düzeyi, ülkelerin gelişmişlik düzeyinin de bir göstergesi olarak kabul edilmektedir. Hastanelerde kalite çalışmaları, hastanelerin bu fonksiyonlarının gerçekleştirilmesini sağlayan süreçlerle doğrudan ilişkilidir. Bu süreçler; teşhis, tedavi ve bakım süreçleri ile bunları destekleyen alt süreçlerden oluşmaktadır.⁸ Hizmetlere duyulan gereksinim, kaliteli hizmete olan gereksinimi de beraberinde getirmiştir. İnsanlar, ihtiyaç duydukları hizmetlerin en iyisini almak ve tatmin olmak isterler. Bu nedenle hizmet üretirken, mutlaka kaliteyi gözetmek gerekmektedir. Ancak ürün kalitesi, fiziksel ve somut değişkenlerle belirlendiği halde, hizmet kalitesini ölçmek zordur. Hizmetin kalitesini ölçen, onu alan insanlardır. Dolayısıyla hizmetin kalitesi, insandan insana değişen bir özellik göstermektedir. Hizmet kalitesinin yükselmesinin ya da verilen hizmetin tatmin edici olmasının anahtarı, o hizmeti alanlardadır.⁹

Sağlık hizmetlerinin bireye ve topluma elde edilen en son profesyonel bilginin ışığında ve arzu edilen sağlık sonuçlarına ulaşacak şekilde sunulmasına sağlıkta kalite denir. Sağlık kuruluşları ulusal alanda rekabet ederken, uluslararası alanlardan hasta çekmek için çaba sarf etmektedir. Tüm bu uğraşlar sağlık kuruluşlarını kaliteli hizmet sunma anlayışına itmektir.¹⁰

Çalışma, hasta ve çalışan güvenliği temelinde kaliteli hizmet sunma ve hizmetin etkin değerlendirilmesi sürecinde çalışanların görüşlerini belirlemek amacı gerçekleştirilmiştir. Araştırma kapsamına alınan sağlık çalışanlarının %36.7'sinin 24-30 yaş grubunda yer aldığı, %80'inin lisans ve üzeri eğitim aldığı, %33.4'ünün hemşire olduğu, HKS gereğince tüm bölümlerden katılımın sağlandığı belirlenmiştir. Çalışmada katılımcıların

daha önce hasta ve çalışan güvenliği konusunda %83 oranında eğitim aldığı belirlenmiştir. Katılımcıların %73,6'sı temelde hasta güvenliğini sağlık hizmetlerinin kişilere vereceği zararı önlemek ve %70 oranında çalışan güvenliğini, çalışanlara gelebilecek zararı önlemek olarak tanımladıkları saptanmıştır (Tablo 1). Katılımcılar hasta ve çalışan güvenliğine ait rollerini tanımlarken %66,6 oranında sürecin tamamında rolleri olduğunu ifade etmişlerdir (Tablo 2).

Kalite eğitimlerinin amacı sadece bilgi ve beceri kazandırmak değildir. Bunun yanında çalışanların yaşam kalitesini geliştirerek çalışma sevgisini artırmaktır. İşini severek yapan çalışanların ürettiği ürünlerin müşteri tatminindeki payı da artacaktır. Kurumlarda uygulanan kalite programları, her seviyedeki çalışanın daha fazla katılım ve sorumluluk almasını gerektirmektedir. Çalışanların daha fazla sorumluluk almaları için, daha fazla bilgi ve becerilerle donatılması gerekmektedir. Çalışanların iletişim becerileri, grup dinamikleri, istatistik yöntemleri gibi, çok farklı alanlarda kendilerini geliştirilmelerine olanak sağlayacak ortamlar sağlanmalıdır. Bunun karşılanabilmesi için eğitim tüm kalite programlarının temelini oluşturmaktadır.¹¹ Sağlık çalışanları hasta tedavi ve bakımının her alanında hasta güvenliği ile iç içe durumdadır. Bu bağlamda; hasta güvenliğinin savunulması, risk ve riskin azaltılması, istenmeyen olayların rapor edilmesi, tüm çalışanların görevleri arasındadır.⁸

Karaca ve ark. tarafından hemşirelerin hasta güvenliği kültürü üzerine yönelik yaptıkları çalışmada; hemşirelerin %76,2'sinin hasta güvenliğiyle ilgili eğitim aldıklarını belirttikleri, eğitim alanlardan %91,3'ünün alınan bu eğitimleri yeterli gördükleri saptanmıştır.¹² Blendon ve arkadaşları tarafından sağlık çalışanlarının hasta güvenliği ve tıbbi uygulama hataları konularındaki algılamaları değerlendirilmiştir. Çalışmada elde edilen

verilere göre, Çalışmaya katılanların %44'ü hasta güvenliği ile ilgili yeterli bilgisi olduğunu belirtmiştir. Bilgilerinin sınırlı olduğunu ifade edenlerin oranı %36, yetersiz olduğunu belirtenlerin oranı %20'dir. Büyük çoğunluk (%51) konu ile ilgili hiçbir eğitim almadığını bildirirken, gönüllülerin %17'si yüksek öğrenim sırasında, %16'sı sürekli eğitim sürecinde ve yine %16'sı özel ilgisi nedeni ile kişisel eğitim aldıklarını ifade etmişlerdir. Bu çalışmada sağlık çalışanlarının hasta güvenliği ile ilgili bilgilerinin sınırlı olduğu ortaya çıkmıştır. Bu konuda yüksek öğrenim sırasında eğitim aldığını belirtenlerin (%17) büyük çoğunluğu yüksek hemşirelik okulu mezunlarıdır. Tıp fakültelerinde bu konular ile ilgili eğitim bütün dünyada yetersiz kalmaktadır. Bu çalışmada da hekimlerimizin çoğu hasta güvenliği ile ilgili bilgilerini sürekli eğitim veya kendi kendine eğitim ile elde etmişlerdir. Hasta ve çalışan güvenliği konusunda farkındalığın ve uygulamalar konusunda katılımcılığın artırılmasında eğitimin önemli bir yeri vardır. Eğitimin örgün eğitim zamanında başlatılıp hastane içi hizmet içi eğitimlerle pekiştirilmesi sürecin etkinliğini daha fazla arttırabilir.¹³ Sonuçlarımızda hasta ve çalışan güvenliği eğitimi alanların oranının %83 olması ve bu eğitimlerin hastanemizden alınması hasta ve çalışan güvenliği kültürümüzde eğitimin önemli bir yere sahip olduğunun bir göstergesi olmuştur.

Çalışmada katılımcılar daha önce kısmi olarak bulunan ama HKS ile daha da şekillenen hasta güvenliği uygulamalarını 8 başlık altında toplamış ve en fazla %30 ile kimliklendirmeyi birinci sırada, %18 ile ilaç güvenliğini ikinci sırada ve %17 ile enfeksiyon kontrolünü üçüncü sırada belirtmişlerdir (Grafik 1). Katılımcılar çalışan güvenliği uygulamalarını ise 4 başlık altında toplamış ve en fazla %40 ile sağlık taramalarını birinci sırada, %30 ile koruyucu ekipmanların teminini ikinci sırada ve %20 ile enfeksiyon kontrolünü üçüncü sırada belirtmişlerdir (Grafik 2).

Sağlık Bakanlığı, 2011 yılında yayımladığı "Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanmasına Dair Yönetmelik" ile sağlık kuruluşlarında hasta ve çalışan güvenliği için güvenli hizmet sunumu ve güvenli bir ortam sağlanmasına, hizmet sunumunda kalitenin artırılmasına, sağlık kurumunda hasta ve çalışanlar için muhtemel risklerin belirlenmesine, bu risklerin giderilmesi için uygun yöntem ve tekniklerin belirlenmesine ve hizmet içi eğitimler ile güvenli hizmet sunumu ve güvenli çalışma ortamının sürdürülebilirliğinin sağlanmasına yönelik usul ve esasları belirlemiştir.⁵ Literatürde hasta güvenliği hedefleri; hasta kimliğinin doğrulanması, sağlık hizmeti sunan ekibin kendi içerisindeki iletişimi, ilaç güvenliği, sağlık bakımıyla ilgili enfeksiyonların önlenmesi, tedavide uzlaşma, hastaların düşmesinin önlenmesine yönelik girişimler, cerrahi yarıklar, hasta katılımı, bası yaraları, risk değerlendirme odaklı hizmet sunumu, hastanın durumundaki değişime hızlı yanıt verebilme (hantallıktan uzak yapılanma), anlaşılması zor ya da yanlış anlaşılmaya açık kısaltmalar ve yanlış taraf cerrahisini önlemeye yönelik protokoller gibi çok değişik konulardan oluşmaktadır. Hekimlerin liderliğinde özellikle hasta güvenliği ile ilgili standartların gözden geçirilmesi, hasta güvenliği hedeflerinin belirlenmesi ve beklenmeyen olay bildirimlerinin ele alınması hasta güvenliği alanının izlenmesi ve geliştirilmesi açısından önem taşımaktadır.¹⁴

Çalışanların hasta güvenliği konusundaki görüşleri içerisinde, hasta güvenliği kriterleri arasında önemli bir yere sahip olan ve risklerin büyük bir çoğunluğunun önlenmesini sağlayan uygulamaları (kimliklendirme, ilaç güvenliği ve hastane enfeksiyonlarını önleme) ilk sıralarda ifade etmeleri hasta güvenliği konusunda farkındalığın sağlanması açısından dikkat çekicidir. Sonuçlarımız literatür bilgileri ile paralellik göstermiştir.

Hasta güvenliği kadar çalışan güvenliği de HKS'nin önemli bir

parçasıdır. Çalışan güvenliği uygulamalarının aynı zamanda hukuki bir boyutu da vardır. Yönetim çalışan güvenliğini ilgilendiren tehlikelerin tespiti ve oluşabilecek zararların azaltılmasına yönelik çalışmaları yapmak zorundadır.¹⁵ Sadece yönetimin çalışan güvenliği ile ilgili düzenlemeler getirmesi bu konuda istenilenin elde edilmesi için yeterli değildir. Çalışanların da bu sistemi benimsemeleri, hatta doğrudan katılımları gerekir. Çalışanlar, kendi güvenliklerinin sağlanmasında önemli bir role sahiptir. Çalışanlar, görüş ve önerilerini yönetime ileterek, olay bildiriminde bulunarak, memnuniyet anketlerini gerçekçi doldurarak, kayıtların düzgün tutulmasını sağlayarak, sağlık taramalarını takip ederek, eğitimlere katılarak ve yeni eğitim programları önererek hem kendileri için hem de hastalar için daha güvenli ortamlar oluşmasına katkıda bulunabilirler.⁶

Araştırmamızda katılımcıların çalışan güvenliği kriterleri konusunda literatürle uyumlu kriterleri ifade etmeleri, eğitimlere düzenli katılmaları, süreci iyileştirmeye yönelik görüşlerde bulunmaları, güvenlik raporlama uygulamasına aktif katılmaları kendilerini sürecin birer parçası olarak gördüklerinin ve katılımcı bir yaklaşım sergilediklerinin bir göstergesi olmuştur.

Katılımcılar HKS'nin hasta ve çalışan güvenliğine genel olarak getirilerini, %66.6 oranı ile "HKS bölümümüz hasta ve çalışan güvenliği uygulamalarının şekillenmesinde, standartlarının belirlenmesinde ve aktif uygulanmasında faydalı oldu" şeklinde ifade etmişlerdir (Tablo 3).

Çalışmamızda katılımcılar HKS'nin genel olarak değerlendirmesi yapmışlar bölümlerine ait kriterleri baz alarak olumlu ve olumsuz yönlerini ifade etmişlerdir. HKS'nin olumlu yönleri içerisinde %33 oranı ile "**Hasta ve çalışan güvenliği uygulamalarının şekillenmesini ve kullanılmasını sağladı**" ilk sırada yer almıştır, bunu standartları oluşturdu, etkin değerlendirme ortamı sağladı, riskleri

azalttı ifadeleri izlemiştir. Bozkurt ve ark. "Kurumsal Performans Denetimlerinin Eğitim Ve Araştırma Hastanelerinin İyileştirmelerine Etkisi" üzerine yönelik yaptıkları çalışmada; Hastane çalışanları gözüyle, kurumsal performans denetimlerinin kurum üzerine etkileri değerlendirilmiş, sonuçta denetimlerin hastanenin fiziki altyapı ve süreç iyileştirmelerine olumlu katkılar sağladığı, çalışanların katılım ve inançlarının arttırıldığı belirlenmiştir.¹⁶

Gürcü ve ark. HKS'nin kurum kalitesine sağladığı katkı ile ilgili yöneticilerin görüşlerini aldığı çalışmada, Yöneticilerin HKS uygulamalarının kurum kalitesine oldukça önemli katkı sağladığı konusunda hemfikir olduğu, standartların memnuniyet düzeyini artırdığını, kurumun kendini ölçme ve değerlendirmesine imkân sağladığını, uygulanan anketlerin objektif bir nitelik taşıdığını bildirdikleri belirlenmiştir. HKS uygulamalarının yapılan işleri kolaylaştırdığı sonucu ortaya çıkmıştır. Diğer bir sonuç kurumlar arası rekabete olumlu katkı sağladığı yönündedir.¹⁷ Bu çalışmada katılımcılar HKS'nin olumsuz yönlerini ilk sırada %34,6 oranı ile "Benzer ve tekrarlı kayıtların oluşturulması bu nedenle zaman yönetiminde aksama" olarak belirtmişler. Olumsuz yönleri içerisinde ayrıca belirli meslek gruplarının (ağırlıklı hemşireler) denetlenmesi, denetim kriterleri ve denetim süreci ile ilgili geribildirim mekanizmasının yetersiz olması ifadelerine de yer vermişlerdir. (Tablo 4).

Çalışanlar HKS'nin iyileştirilmesi gereken yönleri konusunda, katılımcılar özellikle hizmet kayıtlarında tekrara yol açabilecek alanların daha net ve zaman yönetime uyan şekilde revize edilmesi, kalite denetimleri sırasında kriterlerin değerlendirilmesi aşamasında kurum çalışanlarının tamamının sürece entegre edilmesi ve değerlendirme ekibinin bu konuda hassas davranarak ortak dil oluşturması hususunda önerilerde bulunmuşlardır. Değerlendirmelerin tek meslek grubu (ağırlıklı olarak hemşirelik) üzerinden yürütüldüğü geleneksel

yaklaşımdan uzak durulması ve değerlendirme süreci sonrası deneyimlenen denetimle ilgili kurum çalışanlarının öneri ve geribildirimlerinin de alındığı objektif bir değerlendirme sürecinin oluşturulması ifade edilen konular arasında yer almıştır.

HKS uygulamalarına yönelik çalışanların eleştirilerinin olması doğaldır. Önemli olan çalışanların bu yöndeki eleştiri, görüş ve önerilerini mevcut uygulamayı geliştirecek şekilde dile getirmesidir. Söz konusu geri bildirimlerin düzenleyiciler tarafından dikkate alınması ile daha iyiye ulaşılması sağlanacaktır. Çalışanların hastane verimliliğinin artırılması yönündeki çalışmalara inançlı ve gönüllü olarak katılımı sağlanmalı, hastane personeli sürekli geliştirme, kalite çemberleri ve eğitim süreçlerinin ayrılmaz parçaları olmalıdırlar.

Sağlık çalışanlarının HKS uygulamalarını değerlendirmek için verdikleri puanların dağılımına baktığımızda, %76,7 oranıyla uygulamaların etkinliğinin iyi olarak nitelendirildiği ve uygulamalara ait memnuniyetlerinin iyi olduğu belirlenmiştir (Grafik 3). Çakır ve Tütüncü tarafından İzmir ili hastanelerinde hasta güvenliği algısı ile ilgili kamuya bağlı altı hastanede çalışan 803 kişi ile yapılan çalışmada, katılımcıların %46,3'ü çalıştıkları hastanede hasta güvenliğinin iyi olduğunu, %31,1'i ne iyi ne kötü olduğunu ve %22,4'ü ise kötü olduğunu belirtmişlerdir.¹⁴ Tansüyer'in Malatya'da bir üniversite hastanesinde yaptığı çalışmada, sağlık personelinin %17,3'ü hasta güvenliği derecesini mükemmel, %17,9'u çok iyi, %59,3'ü kabul edilebilir bulurken %4,6'sı zayıf, %0,9'u başarısız bulmuştur.¹⁸ Çakır'ın İzmir'de yaptığı bir çalışmada hasta güvenliği derecesi ISO 9001:2000 belgesine sahip hastane çalışanlarında 3,92 ile çok iyi ve kabul edilebilir arasında bir değer çıkarken, bu belgeye sahip olmayan hastanelerde 2,75 ile kabul edilebilir ve zayıf arasında çıkmıştır.¹⁹ Karaboğa ve Bahçecik eğitim ve araştırma hastanelerindeki

çalışmalarında, hemşirelerin %48,7'si birimlerini hasta güvenliği derecesi konusunda kabul edilebilir; özel hastanelerdeki hemşirelerin %51'i çok iyi bulduğu, hemşirelerin hasta güvenliği kültürü algılamalarının orta düzeyde olduğunu belirledi.²⁰

Hasta güvenliği kültürünün yerleştirilebilmesi ve iyileştirilebilmesi için tüm çalışanların hasta güvenliği ile ilgili algı ve tutumlarının ölçülmesi (kültür surveyi) ve bu ölçümlerin aralıklarla tekrar yapılması önerilmektedir.¹⁰ Ölçümlerden elde edilen sonuçlar, yönetici ve liderlere, hasta güvenliği ile ilgili çalışanların kaygıları ve kalite ile ilgili iyileştirme yapılacak alanları belirlemede çok yararlı bilgiler vermektedir. Ayrıca, bu sonuçlar diğer kurumlarla yapılacak karşılaştırmalarda da kullanılabilir.²¹

Singla ve arkadaşları tarafından hasta güvenliği kültürü ölçmeye yönelik araçların irdelendiği çalışmada, 13 tane ölçme aracı değerlendirilmiş; bu araçların her birinin içerik, soru sayısı, araç geliştirme süreci ve uygulama yapılacak hedef kitle yönünden farklılıklar gösterdiği belirtilmiştir. Bundan başka, bu ölçme araçlarında bazı sınırlılıkların olduğu ve konu ile ilgili daha fazla çalışmalara gereksinim olduğu bildirilmiştir.²² Konu ile ilgili ulusal literatür tarandığında ise hasta güvenliği kültürü ile ilgili gerçek çıktıları öngörmeye veya sonuçları en iyi şekilde analiz etme ve yorumlamada sınırlı sayıda çalışmaya rastlanmıştır.

Sonuç ve Öneriler

Bu çalışma sonucunda;

- ✓ Katılımcıların daha önce hasta ve çalışan güvenliği konusunda %83 oranında eğitim aldığı, HKS'yi uygun ve sürekli iyileşmeyi sağladığı için gerekli gördükleri,
- ✓ Katılımcıların daha önce kısmi olarak bulunan ama HKS ile daha da şekillenen hasta güvenliği uygulamalarını 8 başlık altında topladıkları ve en fazla %30 ile

- kimliklendirmeye birinci sırada yer verdikleri,
- ✓ Katılımcıların daha önce kısmi olarak bulunan ama HKS ile daha da şekillenen çalışan güvenliği uygulamalarını 4 başlık altında topladıkları ve en fazla %40 ile sağlık taramalarını birinci sırada belirttikleri,
 - ✓ HKS'nin olumlu yönleri içerisinde %33 oranı ile **"Hasta ve çalışan güvenliği uygulamalarının şekillenmesini ve kullanılmasını sağladı"** ibaresine ilk sırada yer verdikleri,
 - ✓ HKS'nin olumsuz yönleri içerisinde ise %34,6 oranı ile **"Benzer ve tekrarlı kayıtların oluşturulması bu nedenle zaman yönetiminde aksama"** ibaresine ilk sırada yer verdikleri,
 - ✓ Sağlık çalışanlarının HKS uygulamalarını değerlendirmek için verdikleri puanların dağılımına baktığımızda, %76,7 oranıyla uygulamaların etkinliğinin iyi olarak nitelendirildiği ve uygulamalara ait memnuniyetlerinin iyi olduğu belirlenmiştir. Araştırmada, sağlık çalışanlarının HKS konusunda bilgi seviyelerinin yeterli olduğu saptanmıştır.

Bu değerlendirmelerin ışığında hastanelerde hasta ve çalışan güvenliği kültürünü oluşturmak ve standartların etkinliğini arttırmak için bazı öneriler geliştirilmiştir.

- ✓ Tüm çalışanların hizmet standartları, hasta ve çalışan güvenliği konusunda sürekli eğitilmesi,
- ✓ Her hastanenin kalite yol planı hazırlaması ve uygulaması,
- ✓ Sağlık çalışanlarının değerlendirme ve standartlara yönelik eleştiri, görüş ve önerilerini mevcut uygulamayı geliştirecek şekilde dile getirmesinin sağlanması,
- ✓ Söz konusu geri bildirimlerin düzenleyiciler tarafından dikkate

alınması ile daha iyiye ulaşılmasının sağlanması,

- ✓ Sağlık çalışanlarının kalite yönetimi felsefesine inançlı ve gönüllü olarak katılımının sağlanması,
- ✓ HKS'nin iyileştirme sürecinde değerlendirmeye yönelik kapsamlı çalışmaların yapılması önerilir.

Kaynaklar

1. Bal A, Çalış A, Tosun F, Yılmaz H, Memiş R, Yıldız A. ve Ark., Giresun Prof. Dr. A. İlhan Özdemir Eğitim Ve Araştırma Hastanesinde Çalışanların Hasta Güvenliği Algısı. II. Uluslararası Sağlıkta Performans Ve Kalite Kongresi Kitabı.; 2010;1:551-563.
2. Fener S, Kahraman B, Şengül H, Semiz MM, Taşkın Eğici M. "Kurumsal Performans Denetimlerinin Eğitim Ve Araştırma Hastanelerinin İyileştirmelerine Etkisi" III. Uluslararası Sağlıkta Performans Ve Kalite Kongresi Sözel Bildiriler Kitabı, Ankara, 2011;132-145.
3. Vangeest JB, Cummins DS. An Educational Needs Assessment For Improving Patient Safety: Results Of A National Study Of Physicians And Nurses, National Patient Safety Foundation. White Paper Report 3, 2003.
4. Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı, Hastane Hizmet Kalite Standartları Kitabı, Pozitif Matbaa Ltd. Şti. Ankara,2011;3-5.
5. T.C. Sağlık Bakanlığı, Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanmasına Dair Yönetmelik, Ankara, 2011.
6. İşlek, E. Bir Özel Dal Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Hasta Güvenliğini Tehdit Eden Olayların ve Olası Nedenlerinin Tanımlanması, Sağlık Yönetimi

- Ana Bilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, 2009; 1-8.
7. Uğurluoğlu Ö, Çelik Y. Sağlık Sistemleri Performans Ölçümü, Önemi ve Dünya Sağlık Örgütü Yaklaşımı, Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 2005; 8-1, s. 3-29.
 8. Kavuncubaşı Ş, Esatoğlu A. Sağlık Hizmetlerinin Kalitesinin Hemşirelik Hizmetleri Açısından Değerlendirilmesi, Hemşirelik ve Ebelik Eğitimi ve Uygulamalarında Toplam Kalite Yönetimi, Erciyes Üniversitesi Yayınları, 1998; 11-12.
 9. Karahan K. Hizmet Pazarlaması, Beta Yayın Dağıtım A.Ş. İstanbul:2006; s.38.
 10. Akalın E. Hasta Güvenliği Kültürü: Nasıl Geliştirebiliriz? Ankem Dergisi, 2004; 18: s.12-13.
 11. Altınok M. Toplam Kalite Yönetimi İlkeleri Çerçevesinde İşletmelerde Eğitim İhtiyaçları Tespiti ve Uygulamalı Bir Örnek. Balıkesir Üniversitesi İşletme ABD. Yüksek Lisans Tezi. Balıkesir, 2005; 21-25.
 12. Karaca A, Arslan H. Hemşirelik Hizmetlerinde Hasta Güvenliği Kültürünün Değerlendirilmesine Yönelik Bir Çalışma, SHYD. 2014; s. 9-18.
 13. Blendon RJ, Desroches CM, Brodie M, et al. Views Of Practicing Physicians And The Public On Medical Errors, N Engl J Med, 2002; 347:1933-40.
 14. Çakır A, Tütüncü Ö. İzmir İli Hastanelerinde Hasta Güvenliği Algısı. II. Uluslar Arası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi Bildiri Kitabı, Antalya, 2010; 2, s.189-204.
 15. Hakeri H. Sağlık Çalışanı Güvenliği ve Hukuksal Sorumluluk, Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi, 2010; 1: s. 53-59.
 16. Bozkurt İ. Halil Şengül H, Orman H, Katırcı Fener S, Kahraman B, Taşkın Eğici M. 2006 Yılından İtibaren Hizmet Kalite Standartlarının Kamu Hastanelerine Etkisi, III. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi, Sözel Bildiriler Kitabı, Ankara, 2011; s.162-176.
 17. Gürcü M, Baştürk F, Ömer Yıldız Ö. Yozgat İli Hizmet Kalite Standartlarının Etkinliği ve Kalite Çalışmalarıyla İlgili Hastane Yöneticilerinin Değerlendirmeleri, III. Uluslararası Sağlıkta Performans Ve Kalite Kongresi Sözel Bildiriler Kitabı, Ankara, 2011; s.145-162.
 18. Tansüyer T. Hasta Güvenliği ve Tıbbi Hatalar Konusunda Sağlık Personelinin Görüşlerini Belirlemeye Yönelik Bir Alan Araştırması. Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi, Ankara, 2010; 15-17.
 19. Çakır A. Hasta Güvenliği Kültürü İle Kalite Yönetim Sistemi Arasındaki İlişkinin Analizi. Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir, (2007);36-37.
 20. Karaboğa Gündoğdu S, Bahçecik N. Hemşirelerde Hasta Güvenliği Kültürü Algılamasının Belirlenmesi, Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 2012; 15-2.
 21. Kocaman G. Hemşirelik Hizmetlerinde Hasta Güvenliği-Uluslararası Hemşirelik Konseyi ICN, İzmir, 2007; s.30.
 22. Gökdoğan F, Yorgun S. Sağlık Hizmetlerinde Hasta Güvenliği ve Hemşireler, Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 2010; 13(2):53-59.

Hemşirelik Öğrencilerinin Eleştirel Düşünme Eğilimleri ve Etkileyen Faktörler

Critical Thinking Disposition of Nursing Students and Affecting Factors

Sevim ÇELİK^a, Feyzullah YILMAZ^b, Fatma KARATAŞ^b, Betül AL^b,

Nurgül Saniye KARAKAŞ^b

ÖZET

Amaç: Bu araştırmanın amacı hemşirelik öğrencilerinin eleştirel düşünme eğilimlerini ve etkileyen faktörleri belirlemektir. **Yöntemler:** Kesitsel tipte tanımlayıcı araştırma, Bülent Ecevit Üniversitesi Hemşirelik Bölümü öğrencileriyle (n=323) gerçekleştirildi. Veriler Kişisel Bilgi Formu ve Kaliforniya Eleştirel Düşünme Eğilimi Ölçeği ile toplandı. Veriler sayı, yüzde, ortalama, standart sapma, student t testi, tek yönlü ANOVA testi, Mann Whitney U testi, Kruskal Wallis testi ve Pearson Korelasyon analizi ile değerlendirildi. **Bulgular:** Öğrencilerin eleştirel düşünme eğilimi puan ortalamaları 239.70±27.24 olarak belirlendi. Bayan öğrencilerin (p=0.03), ikinci sınıf öğrencilerinin (p=0.002), öğrenci kulüplerine üye olan (p=0.007), kitap okumayı seven (p=0.000), kütüphaneye giden (p=0.03), yılda 4 ve üzeri bilimsel etkinliğe katılan öğrencilerin (p=0.002) eleştirel düşünme eğilimleri toplam puan ortalamasının en yüksek olduğu bulundu. **Sonuç:** Hemşirelik öğrencilerinin eleştirel düşünme eğilimlerinin düşük düzeyde olduğu ve yaş, cinsiyet, sınıf, kitap okuma, kütüphaneye gitme gibi demografik özelliklerinin eleştirel düşünme eğilimlerini etkilediği saptandı.

Anahtar Kelimeler: Hemşirelik öğrencisi, eleştirel düşünme, Kaliforniya Eleştirel Düşünme Eğilimi Ölçeği

ABSTRACT

Aim: The purpose of this study was to determine the dispositions of critical thinking of nursing students and affecting factors. **Methods:** This cross-sectional descriptive study was conducted with Nursing Department students (n= 323) of Bülent Ecevit University. Data were collected by Personality Survey Form and The California Thinking Disposition Inventory. Data were evaluated by percentage, mean, standard deviation, student t test, one way ANOVA, Mann Whitney U test, Kruskal Wallis, and Pearson correlation analyze. **Results:** The critical thinking disposition mean score of the nursing students was determined as 239.70±27.24. It was found that female students (p=0.03), 2nd year students (p=0.002), students who are members of clubs (p=0.007), students who like to read the book (p=0.000) students who are going to library (p=0.03), students who have participated four and more scientific activity (p=0.002) a year were higher the dispositions of critical thinking. **Conclusion:** It was found that nursing students had low level the critical thinking disposition and had demographic features such as age, gender, class, like to read the book and go to library of nursing students were effect the critical thinking disposition.

Key Words: Nursing Student, critical thinking, The California Thinking Disposition Inventory

^a Doç. Dr., Bülent Ecevit Üniversitesi, Zonguldak Sağlık Yüksekokulu, Hemşirelik Bölümü

^b Hemşire, Bülent Ecevit Üniversitesi, Zonguldak Sağlık Yüksekokulu, Hemşirelik Bölümü Mezunu

Geliş Tarihi:12.11.2014/ Kabul Tarihi:03.01.2015

Yazışma Adresi: Doç. Dr. Sevim Çelik, Bülent Ecevit Üniversitesi, Zonguldak Sağlık Yüksekokulu, Hemşirelik Bölümü, sevimakcel@yahoo.com

Giriş

Teknoloji ve diğer alanlarda sürekli gelişim ve değişim gerçekleşen çağımızda, bu değişimlere uyumun sağlanması tüm meslek grubu çalışanları için önemlidir. Böylesine hızlı değişimin yaşandığı bir dünyada görev yapacak meslek üyelerinin, gelişmelere ve yeniliklere kolaylıkla uyum sağlayabilen, bilgiyi seçebilen, yeni fikirler üretebilen, sosyal ve kültürel anlamda bilgi sahibi olabilen, diğer meslektaşlarıyla iletişim halinde bulunabilen bireyler olması beklenmektedir. Özellikle insan sağlığı ile ilgilenen hemşirelerin elde ettikleri verileri niteliklerine göre derleyebilmeleri, ayırtılabilmeleri ve sonuçlar elde edebilmeleri için eleştirel düşünme gibi özel becerilere sahip olması gerekmektedir.¹⁻⁹

Amerikan Felsefe Birliği'nin (APA) tanımına göre eleştirel düşünme; yorum, analiz, değerlendirme ve çıkarsama ile sonuçlanan anlamlı ve kişisel olarak düzenlenmiş yargıdır.¹⁻⁹ Eleştirel düşünme; karar verme, yönetim, klinik yargı, profesyonel başarı ve etkili iletişimi etkileyen önemli bir özelliktir ve hemşirelerin istedik, güvenli hasta bakım sürecinin her basamağında kullanmaları gerekir.^{4-6,10-12} Meslekleri gereği bireyin yaşamını etkileyen kritik kararları uygulamak zorunda kalan hemşirelerin, eleştirel düşünme becerilerini geliştirmeleri geleneksel bakım yaklaşımının dışına çıkabilmeleri için şarttır. Değişen rolleri çerçevesinde hemşirenin görevi sadece yatak başı bakım hizmeti olarak görülmemektedir. Artık hemşireler; bilimsel bilgiye ulaşmak için araştıran, elde ettiği bilgiyi beceriye aktarırken zihinsel ve entelektüel gücünü kullanan ve kanıta dayalı uygulamaları önemseyen bir disiplinin üyesi olarak kabul edilmektedir.^{4,7,11} Bu doğrultuda ulusal ve uluslararası tüm hemşirelik kuruluşları, eleştirel düşünme gücünü hemşirelik uygulamalarının temel ögesi olarak kabul etmekte ve hemşirelikte aranan evrensel bir davranış olarak nitelendirmektedir.^{1,3}

Hastaya güvenilir, etkili ve kaliteli hemşirelik bakımı verebilmek için hastanın gereksinimlerini saptayarak, gerekli hemşirelik uygulamalarını hemen algılayabilecek bilgi derinliğine sahip hemşire yetiştirmeye katkıda bulunmasından dolayı, hemşirelik eğitiminde eleştirel düşünme çok önemli bir unsurdur.^{1,3,13,14} Bu nedenle hemşirelik öğrencilerinde eleştirel düşünmeyi teşvik edici, etkin eğitim ve öğretim sağlayan eğitim yaklaşımlarını araştırmak ve uygulamak hemşire eğitimcilerinin temel sorumluluğudur. Bu sayede hemşirelik öğrencilerinin problem çözme becerileri gelişerek sağlık bakım sisteminde oluşabilecek hızlı değişimlerle başa çıkabilmesi mümkün olacaktır.¹⁵

Yapılan çalışmalar, öğrencilerin eleştirel düşüncelerinde sosyo demografik özelliklerinin ve öğretim programının önemli olduğunu göstermiştir.¹⁶⁻¹⁸ Bu araştırma Zonguldak Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik bölümü öğrencilerinin eleştirel düşünme eğilimlerini ve etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Gereç ve Yöntem

Araştırmanın Tipi

Kesitsel tipte tanımlayıcı bir araştırmadır.

Evren ve Örneklem

Araştırmanın evrenini 2013-2014 eğitim öğretim yılı bahar yarısında okuyan Bülent Ecevit Üniversitesi Zonguldak Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik bölümü öğrencileri oluşturdu (N=436). Araştırmada örnekleme yöntemine başvurulmayıp evrene ulaşılması hedeflendi. Araştırmaya katılmaya gönüllü, Türkçe konuşup anlayabilen ve yazabilen, iletişim problemi olmayan, araştırmanın yapıldığı tarihlerde devamsızlık yapmayan 323 öğrenci ile araştırma gerçekleştirildi. Araştırmanın yapıldığı tarihlerde devamsızlık yapan ve araştırmaya katılmaya gönüllü olmayan 126 öğrenci örneklem dışı bırakıldı. Araştırmaya katılım oranı %74.1 olarak hesaplandı.

Verilerin Toplanması

Veriler, öğrencilerin tanıtıcı özelliklerine ilişkin sorulardan oluşan anket formu ve “California Eleştirel Düşünme Eğilimi Ölçeği” (The California Critical Thinking Disposition Inventory) (CCTDI) kullanılarak toplandı.

Anket formu: Araştırmacı tarafından ilgili literatür ışığında^{4,19-21} hazırlanan anket formu, öğrenci hemşirelerin sosyo-demografik verilerini ve eleştirel düşünme eğilimlerini etkileyebilecek değişkenleri içeren 22 sorudan oluşmaktadır.

California Eleştirel Düşünme Eğilimi Ölçeği: Orjinali Facione ve ark. tarafından 1998 yılında geliştirilen ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması 2003 yılında Kökdemir²² tarafından yapılmıştır. Ölçekte 51 tanımlayıcı ifade ve 6 alt boyut bulunmaktadır. Doğruyu arama, açık fikirlilik, analitiklik, sistematiklik, kendine güven ve meraklılık adı altında altı alt boyutu bulunan ölçek 6’lı Likert tipi bir ölçektir. Ölçekte “hiç katılmıyorum ifadesine 1”, “katılmıyorum ifadesine 2” “kısmen katılmıyorum ifadesine 3”, “kısmen katılıyorum ifadesine 4”, “katılıyorum” ifadesine 5”, “tamamen katılıyorum ifadesine 6” puan verilmektedir. Ölçekten alınan puan arttıkça eleştirel düşünme eğilimi de artmaktadır. “California Eleştirel Düşünme Eğilimleri Ölçeği”ne göre 240’ın altında puan alanların düşük, 240-300 arasında puan alanların orta ve 300’ün üzerinde puan alanların yüksek eleştirel düşünme sahip oldukları kabul edilmektedir. Ölçeğin toplam Cronbach alfa kat sayısı 0.88 olarak bulunmuştur. 22 ifade (5, 6, 9, 11, 15, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 25, 27, 28, 33, 36, 41, 43, 45, 47,49, 50) negatif olarak değerlendirilmekte ve ters çevrilerek hesaplanmaktadır. Ölçek puanı yükseldikçe eleştirel düşünme eğilimleri yükselmektedir. Alt ölçeklerin değerlendirmesinde, bir alt ölçekte yer alan sorulardan elde edilen toplam puan, soru sayısına bölünmekte ve 10 ile

çarpılmaktadır. Bir alt ölçekten 40 puan altı düşük, 40-50 arası orta ve 50 puan üstü yüksek eleştirel düşünme eğilimini göstermektedir.

Veri Toplama Süreci

Veriler 24.02.2014-28.02.2014 tarihleri arasında araştırmacılar tarafından toplandı. Uygulama öncesi temel meslek derslerinin sorumlu öğretim elemanlarından izin alınarak araştırmanın uygulanacağı tarih ve saatler birlikte belirlendi. Planlanan tarihlerde öğrencilerin buldukları sınıflarda veri toplama araçları uygulanmadan önce, araştırmacılar tarafından öğrencilere araştırmaya ilişkin bilgi verildi, araştırmaya katılımın gönüllülük ilkesine bağlı olduğunu bildirildi ve öğrencilerden sözel onayları alındı. Anketler araştırmacı tarafından kontrol edilerek tekrar geri toplandı.

Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmadan elde edilen veriler SPSS 13.0 for windows (Scientific Package for Social Statistics) paket programı kullanılarak bilgisayara girildi ve değerlendirildi. Verilerin analizinde tanımlayıcı istatistiksel yöntemlerin yanı sıra grup ortalamaları arasındaki farkın incelenmesinde iki bağımsız grupta student t testi ve Mann Whitney U testi, üç ve üzeri gruplarda tek yönlü ANOVA varyans analizi; homojen olmayan gruplarda Kruskal-Wallis testi, sayısal değişkenlerin birbirleriyle ilişki derecesinin belirlenmesinde Pearson Korelasyon testi kullanıldı. Anlamlılık p<0.05 düzeyinde değerlendirildi.

Etik Yaklaşım

Araştırma öncesi Bülent Ecevit Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu’ndan (11/02/2014 tarihli 14 nolu karar), Zonguldak Sağlık Yüksekokulu Müdürlüğü’nden yazılı izin alındı. Öğrenciler araştırmanın amaçları doğrultusunda bilgilendirildi ve sözel onayları alındı.

Bulgular

Öğrencilerin %79.3'ünün bayan, yaş ortalamasının 21.64 ± 2.03 ve %99.7'sinin bekar olduğu, %47.4'ünün 3-4 kardeşe sahip olduğu, %31.9'unun birinci sınıfta, %24.5'inin de dördüncü sınıfta okuduğu, %43.3'ünün düz liseden ve %37.5'inin de kolej/Anadolu lisesinden mezun oldukları belirlendi. %72.4'ünün hemşirelik bölümünü isteyerek ve %64.7'sinin akademik ortalamalarının 2.01-3 arasında olduğu saptandı.

Öğrencilerin ailevi özellikleri değerlendirildiğinde, %40.6'sının babasının ve %60.1'inin annesinin ilkokul mezunu oldukları, %29.1'inin babasının işçi olarak çalıştığı, annelerinin tamamına yakınının (%90.7) ev hanımı oldukları, %58.5'inin ailenin ekonomik durumunu

orta düzey olarak belirttikleri saptandı. Aynı tabloda öğrencilerin %33.7'sinin ailesinin ilçede yaşadıkları ve çoğunluğunun demokratik aile yapısına sahip olduklarını bildirdikleri belirlendi.

Araştırmada öğrencilerin %13.9'unun öğrenci kulüplerine üye olduğu ve üye oldukları kulübün büyük çoğunlukla (%86.1) sağlık kulübü olduğu saptandı. Çoğunluğunun (%74.3) kitap okumayı sevdiğini, en fazla oranda roman okumayı sevdiğini (%82.5) belirlendi. Öğrencilerin %69'unun kütüphaneye gittikleri ve kütüphaneye çoğunlukla (%86.5) ders çalışmak üzere gittikleri bulundu. Araştırmada ayrıca, öğrencilerin çoğunlukla konsere (%60.1) ve tiyatroya (%49.2) gitmedikleri belirlendi.

Tablo 1. Eleştirel Düşünme Eğilimi Ölçeği Puan Ortalamaları

	X±SD
Toplam Ölçek Puanı	239.70±27.24
Alt Ölçekler	
Doğruyu Arama	33.83±7.41
Açık Fikirlilik	38.81±7.71
Analitiklik	44.10±7.35
Sistematiklik	40.62±8.13
Kendine Güven	39.72±7.86
Meraklılık	42.67±7.61

Öğrencilerin 239.70 ± 27.24 puan ile düşük düzeyde eleştirel düşünme eğilimine sahip oldukları belirlendi. Eleştirel düşünme eğilimi ölçeğinden, en yüksek puan ortalamasını analitik, en düşük ise doğruyu arama alt ölçeğinden aldıkları

saptandı. Öğrencilerin doğruyu arama, açık fikirlilik, kendine güven alt ölçeğinde düzeylerinin düşük; analitiklik, sistematiklik, meraklılık alt ölçeğinde ise orta düzeyde olduğu belirlendi (Tablo 1).

Tablo 2. Bireysel özellikler ile eleştirel düşünme eğilimi ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması (n=323)

	X±SD	İstatistiksel Test	p
Yaş (21.64±2.03)	239.70±27.24	r=0.14	p=0.01*
Kardeş Sayısı (2.98±1.47)	239.70±27.24	r=0.72	p=0.19
Cinsiyet			
Kadın	241.30±27.38	t=2.07	p=0.03*
Erkek	233.60±25.98		
Sınıfı			
1.sınıf	234.62±25.29		
2.sınıf	246.83±29.86	F=5.18	p= 0.002*
3.sınıf	233.52±25.36		
4.sınıf	244.90±26.56		
Kaldığı Yer			
Aile ile	242.23±26.88		
Evde, yalnız	223.42±21.19		
Yurtta arkadaşları ile	239.78±27.63	KW= 7.40	p=0.19
Akraba yanında	247.66±26.87		
Evde arkadaşları ile	239.22±26.80		
Diğer	268.95±53.38		
Mesleği İsteyerek Seçme			
Evet	241.06±27.70	t=1.45	p=0.14
Hayır	236.15±25.81		
Hemşireliği Tercih Sırası (4.98±6.28)	239.70±27.24	r=-0.02	p=0.66
Son Dönem Akademik Ortalama			
1-2	227.60±24.76		
2.01-3	239.82±26.62	F= 2.33	p=0.09
3.01-4	242.02±28.66		

*p<0.05

Bayan öğrencilerin (p=0.03), ikinci sınıfta okuyanların (p=0.002) eleştirel düşünme eğilimlerinin istatistiksel anlamlı şekilde daha yüksek olduğu, öğrencilerin yaş ortalamaları ile eleştirel düşünme puan ortalamaları arasında pozitif yönde

istatistiksel anlamlı ilişki olduğu (p=0.01) saptandı. Öğrencilerin diğer bireysel özellikleri ile eleştirel düşünme eğilimleri arasında istatistiksel anlamlı farklılık bulunmadı (Tablo 2).

Tablo 3. Öğrencilerin kulüp üyelikleri, kitap okuma ve kütüphaneye gitme alışkanlıkları ile eleştirel düşünme eğilimi ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması (n=323)

	Evete	Hayır	t	p
	X±SD	X±SD		
Kulübe Üyelik Durumu	249.791±28.90	238.07±26.65	2.70	0.00*
Üye Olunan Kulüpler				
Tiyatro	246.49±32.25	239.44±27.05	0.87	0.38
Sağlık	251.61±27.46	238.16±26.87	2.85	0.00*
Kitap Okumayı Sevme	243.05±28.11	230.03±21.96	4.31	0.00*
Deneme	247.49±24.62	239.19±27.36	1.32	0.18
Biyografi	250.54±22.14	238.68±27.48	2.21	0.02*
Roman	242.72±27.87	234.07±25.59	2.70	0.00*
Eğlence - Mizah	243.93±30.43	238.62±26.31	1.41	0.15
Popüler Bilim	255.07±30.19	238.01±26.41	3.41	0.00*
Kültür Sanat	257.49±27.72	237.05±26.19	4.68	0.00*
Bilim Kurgu	237.61±31.49	240.48±25.52	-0.83	0.40
Felsefe	242.72±27.87	234.07±25.59	2.70	0.00*
Siyaset - Politika	250.60±30.16	238.38±26.61	2.52	0.01*
Mesleki	258.09±28.16	238.09±26.60	3.65	0.00*
Kütüphaneye Gitme Durumu	242.76±27.16	232.90±26.28	3.04	0.00*
Kütüphaneye Gitme Nedenleri				
Ders Çalışma	242.40±27.68	235.70±26.17	2.17	0.03*
Kaynak Tarama	246.27±27.23	238.08±27.04	2.16	0.03*
Kitap Okuma	244.43±31.08	238.90±26.51	1.28	0.19
Ödünç Kitap Alma	250.19±27.20	236.22±26.40	4.07	0.00*
İnternete Girme	234.36±25.10	240.21±27.42	-1.08	0.27

*p<0.05

Tablo 3 incelendiğinde; öğrenci kulüplerine üye olanların (p=0.00); sağlık kulübüne üye olanların (p=0.00); kitap okumayı sevenlerin (p=0.00), biyografi (p=0.02), roman (p=0.00), popüler bilim (p=0.00), kültür-sanat (p=0.00), felsefi (p=0.00) ve mesleki (p=0.00) kitapları okuyanların; kütüphaneye gidenlerin

(p=0.03), kütüphaneye ders çalışmak (p=0.03), kaynak taramak (p=0.03) ve ödünç kitap almak (p=0.00) için gidenlerin istatistiksel anlamlı şekilde eleştirel düşünme eğilimi toplam puan ortalamasının en yüksek olduğu bulundu (Tablo 3).

Tablo 4. Öğrencilerin ailevi özellikleri ile eleştirel düşünme eğilimi ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması (n=323)

	X±SD	İstatistiksel test p	
Baba Eğitim Düzeyi			
Okur yazar değil	227.23±8.02	KW= 3.04	p=0.69
Okur-yazar	237.34±30.12		
İlkokul mezunu	237.57±25.00		
Ortaokul mezunu	240.71±27.85		
Lise mezunu	242.52±28.68		
Üniversite mezunu	240.28±30.79		
Anne Eğitim Düzeyi			
Okur yazar değil	246.32±26.88	KW=3.26	p=0.66
Okur-yazar	241.03±27.28		
İlkokul mezunu	238.52±26.95		
Ortaokul mezunu	242.57±27.43		
Lise mezunu	241.02±28.99		
Üniversite mezunu	227.28±24.79		
Baba Mesleği			
İşsiz	235.77±28.00	KW=9.17	p=0.05
İşçi	242.04±25.90		
Memur	244.23±27.45		
Öğretmen	213.40±8.55		
Diğer	237.82±27.86		
Anne Mesleği			
Ev hanımı	239.94±27.13	KW= 3.87	p=0.42
İşçi	246.66±29.50		
Memur	227.35±2.75		
Öğretmen	219.50		
Diğer	234.23±30.04		
Ailenin Ekonomik Durumu			
Düşük	230.50±26.13	KW=6.09	p=0.10
Orta	238.96±27.18		
İyi	243.47±26.59		
Yüksek	231.49±32.57		
Ailenin Genel Yapısı			
Demokratik	239.61±27.22	KW=9.06	p= 0.17
Otoriter	249.63±25.69		
Tutarsız	239.05±18.55		
İlgisiz/kayıtsız	262.05±52.96		
Aşırı koruyucu	232.95±29.49		
Aşırı hoşgörülü	227.16±29.54		
Diğer	229.50		
Ailenin Yaşadığı Yer			
Büyükşehir	238.87±28.69	F= 0.19	p= 0.89
Şehir	241.58±29.09		
İlçe	239.19±26.03		
Köy	238.65±21.53		

Öğrencilerin ailevi özellikleri ile eleştirel düşünme eğilimleri arasında

istatistiksel anlamlı farklılık saptanmadı (Tablo 4).

Tablo 5. Öğrencilerin sosyal ve bilimsel etkinliklere katılma durumları ile eleştirel düşünme eğilimi ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması (n=323)

Sosyal Etkinlik	Katılmıyor	Ayda bir kez	Ayda iki kez	Ayda üç kez	Ayda dört kez ve daha fazla	İstatistiksel Test	p
	X±SD	X±SD	X±SD	X±SD	X±SD		
Sinema	237.19±29.77	238.72±26.22	245.22±27.19	232.14±27.68	238.64±26.94	F=1.97	p=0.09
Tiyatro	238.33±27.23	242.20±26.58	234.43±29.81	240.32±26.03	258.28±20.32	KW=6.10	p=0.19
Konser	238.54±26.58	243.23±28.54	227.24±30.16	236.20±27.28	237.84±20.25	KW=4.76	p= 0.31
Bilimsel Etkinlik	Katılmıyor	Yılda bir kez	Yılda iki kez	Yılda üç kez	Yılda dört kez ve daha fazla	İstatistiksel Test	p
	X±SD	X±SD	X±SD	X±SD	X±SD		
Kongre	238.34±27.51	243.35±24.44	247.86±28.48	252.73±34.81	249.80±50.62	KW=2.77	p=0.59
Sempozyum	237.37±27.44	245.78±25.40	240.55±24.41	256.12±27.05	249.80±50.62	KW=7.70	p=0.10
Panel	236.85±27.73	242.13±25.60	240.05±21.96	252.18±24.23	270.81±25.16	KW=15.00	p= 0.00*
Seminer	238.24±27.41	240.28±25.63	234.23±31.20	244.69±18.52	254.82±31.87	KW=6.26	p=0.18

*p<0.05

Yılda 4 ve üzeri bilimsel panele katılanların ($p=0.00$) istatistiksel anlamlı şekilde eleştirel düşünme eğilimi toplam puan ortalamasının en yüksek olduğu saptandı. Diğer sosyal ve bilimsel etkinlikler katılma durumları ile eleştirel düşünme eğilimleri arasında anlamlı farklılık bulunmadı (Tablo 5).

Tartışma

Çalışmada öğrencilerin düşük düzeyde eleştirel düşünme eğilimine sahip oldukları, doğruyu arama, açık fikirlik, kendine güven düzeylerinin düşük; analitiklik, sistematiklik, meraklılık alt ölçeğinde ise orta düzeyde olduğu belirlendi. Hemşirelik öğrencilerinin en yüksek analitik alt ölçeğinden, en düşük olarak da doğruyu arama alt ölçeğinden puan aldıkları saptandı. Ülkemizde hemşirelik öğrencileri üzerinde yapılan eleştirel düşünme becerisi çalışmalarında da, hemşirelik öğrencilerinin eleştirel düşünme eğilimlerinin zayıf olduğu görülmüştür.^{4,13,23,21-27} Buna karşın hemşirelik öğrencilerinin eleştirel düşünme eğilimlerinin orta düzeyde olduğu ifade edilen bazı çalışmaların da olduğu dikkati çekmiştir.^{7,19,20,21} Özdelikara ve arkadaşları⁷, Fidancı ve arkadaşlarının²³ çalışmalarında da öğrencilerin ortalama en yüksek puanı analitik düşünmeden aldıkları bildirilmiştir. Öğrencilerde doğruyu arama alt boyutu puanı Özdelikara ve arkadaşlarının⁷ ve Profetto-McGrath²⁷ çalışmalarında düşük bulunmuşken, Fidancı ve arkadaşlarının²³ çalışmalarında orta düzeyde olduğu bildirilmiştir. Öğrencilerin eleştirel düşünme puan ortalamasının düşük olması, hemşirelik okullarında, öğrencilerin eleştirel düşünme becerilerinin geliştirilmesine yönelik öğretim planlarının, bilimsel ve sosyal aktivitelerin oluşturulması gerekliliğini göstermiştir. Ayrıca çalışmada öğrencilerin en yüksek puanı analitik düşünmeden almaları, öğrencilerin hemşirelik okullarına matematik, fen puanları ile yerleşmelerinin etkili olduğu düşünülmektedir. Doğruyu arama boyutundaki düşük puan

ortalamasının öğrencilerin ölçeğin diğer bir alt boyutu olan kendine güven boyutundan düşük puan almaları nedeniyle kaynaklandığı düşünülmektedir.

Literatürde, eleştirel düşünme becerisinin eğitim süresince geliştirildiğine yönelik çalışma sonuçları farklılık göstermektedir. Bazı çalışmalarda, öğrencilerin okudukları sınıflara göre eleştirel düşünme gücünün arttığı belirlenmiştir.^{11,26} Zaybak ve Khorshid²⁶ da 4. sınıf öğrencilerinin diğer sınıflarda okuyan öğrencilere göre anlamlı şekilde eleştirel düşünme düzeylerinin yüksek olduğunu bildirmişlerdir. Özkan⁸ ise çalışmasında istatistiksel anlamlı farklılık oluşturmamakla birlikte öğrencilerin 1. sınıftan 3. sınıfa doğru eleştirel düşünme beceri puanlarının arttığını, 4. sınıfta düşüş gerçekleştiğini bildirmiştir. Bu güncel çalışmada hemşirelik 2. ve 4. sınıf öğrencilerinin diğer sınıflarda okuyan öğrencilere göre eleştirel düşünme eğilimlerinin daha yüksek olduğu saptandı. Birinci sınıfta üniversiteli olma, bölüme arkadaşlara ve şehre alışma, mesleğe alışmaya çalışma, daha sonraki yıllarda yoğun ders ve uygulama programı, sosyal aktivitelere fazla zaman ayıramama ve hemşirelik müfredatın eleştirel düşünmeyi destekleyecek yapıda olmaması bu sonucun ortaya çıkmasında temel nedenler olabilmektedir.

Çalışmada kız öğrencilerin eleştirel düşünme eğilimlerinin istatistiksel anlamlı şekilde daha yüksek olduğu saptandı ($p=0.03$). Bu sonuç; kız öğrencilerin, daha detaycı, meraklı, sistematik ve analiz-sentez becerisi daha yüksek olduğunu göstermiştir. Ay ve arkadaşlarının³, Öztürk ve Ulusoy'un²¹ çalışmalarında da, kız öğrencilerin erkek öğrencilerden daha yüksek eleştirel düşünme becerisine sahip oldukları belirtilmiştir. Özkan⁸ çalışmasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmamakla birlikte erkek öğrencilerin daha yüksek eleştirel düşünme eğilimlerine sahip oldukları bildirilmiştir. Akkuş ve arkadaşları¹ ise çalışmalarında cinsiyet ile

eleştirel düşünme eğilimleri arasında anlamlı fark olmamasına karşın kız öğrencilerin daha yüksek eleştirel düşünme eğilimine sahip olduklarını vurgulamışlardır.

Güncel çalışmada öğrencilerin yaş ortalamaları ile eleştirel düşünme eğilimleri arasında pozitif yönde anlamlı ilişki saptandı. Bu sonuç, yaş ilerledikçe öğrencilerin gerek klinik ortamda gerekse de sosyal ortamda deneyimlerinin artmasının bir göstergesi olabilir. Öztürk ve Ulusoy'un²¹ çalışmalarında da benzer sonuç elde edildiği görülmüştür. Zaybak ve Khorshid²⁶, Kantek ve arkadaşlarının²⁴ çalışmalarında ise öğrencilerin yaşları ile eleştirel düşünme gücü arasında ilişki olmadığı bildirilmiştir.

Öğrenci kulüplerine üye olan, kitap okumayı sevenlerin, biyografi, roman, popüler bilim, kültür-sanat, felsefi ve mesleki kitapları okuyanların; kütüphaneye gidenlerin, kütüphaneye ders çalışmak, kaynak taramak ve ödünç kitap almak için gidenlerin istatistiksel anlamlı şekilde eleştirel düşünme eğilimi toplam puan ortalamasının en yüksek olduğu bulundu. Çalışmada ayrıca tiyatro, sinema ve konser gibi sosyal aktivitelere gitmeyenlere göre gidenlerin istatistiksel anlamlı olmamakla birlikte eleştirel düşünme eğilimlerinin daha yüksek olduğu saptandı. Bu sonuçlar, öğrenciler için sosyal etkinliklere katılmanın eleştirel düşünmeyi olumlu yönde etkileyen bir etken olduğu söylenebilir. Önceki çalışmalarda da kitap okuma, sosyal ve bilimsel etkinliklerde bulunan öğrencilerin eleştirel düşünme puan ortalamaları, diğer öğrencilere göre daha yüksek olduğu bulunmuştur.^{8,26,28,29}

Yılda 4 ve üzeri bilimsel panele katılanların istatistiksel olarak anlamlı şekilde eleştirel düşünme eğilimi toplam puan ortalamasının en yüksek olduğu saptandı. Fidancı ve arkadaşlarının çalışmasında²³, üniversitelerde verilen teorik eğitimin öğrenciye ezberleyici değil sorgulayıcı ve klinik sahada karar verme

yetisini kazandırıcı bir kimlik kazanması, eleştirel düşünmede, katkısı olan eleştirel okumanın mutlaka öğrencilere kazandırılması, öğrencilerin meslek alanında farklı bakış açıları geliştirebilmeleri adına mesleki araştırmalara katılmaları ve yapılmış araştırma sonuçlarının takip etmeleri konusunda teşvik edilmeleri gerektiği belirlenmiştir.

Sonuç ve Öneriler

Elde edilen bulgular, hemşirelik bölümünde okuyan öğrencilerin eleştirel düşünme düzeylerinin düşük olduğunu göstermiştir. Ayrıca yaş ilerledikçe öğrencilerin eleştirel düşünme eğilimlerinin arttığını, kız öğrencilerin eleştirel düşünme eğilimlerinin daha fazla olduğunu, öğrencilerin kulübe üye olmalarının, kitap okumalarının, kütüphaneye gitme durumlarının, bilimsel etkinliklere katılma durumlarının eleştirel düşünme eğilimlerinde olumlu etkisi olduğunu göstermiştir.

Bu sonuçlar doğrultusunda; hemşirelik eğitiminde öğrencilerin eleştirel düşünme becerilerini geliştiren eğitim yöntemlerinden yararlanılması, kütüphanesi yetersiz olan yüksek okulda bu eksikliğin giderilmesi, öğrencilerin kulüplere ve bilimsel etkinliklere katılmalarının desteklenmesi önerilebilir.

Yazarların Sorumlulukları

Araştırmanın tasarımı SÇ; verilerin toplanması FY, FK, BA, NSK; verilerin analizi SÇ, makalenin yazımı SÇ, FY tarafından yapılmıştır.

Kaynaklar

1. Akkuş Y, Kaplan F, Kaçar N. Kars Sağlık Yüksekokulu hemşirelik öğrencilerinin eleştirel düşünme düzeyleri ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi 2010; 5(15): 103-112.
2. Atay S, Ekim E, Gökkaya S, Sağım E. Sağlık Yüksekokulu öğrencilerinin eleştirel düşünme

- becerileri. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi 2009;16(1): 39-46.
3. Ay Ş, Akgöl H. Eleştirel düşünme gücü ile cinsiyet, yaş ve sınıf düzeyi. Kuramsal Eğitimbilim 2008;1(2): 65-75.
 4. Bulut S, Ertem G, Sevil Ü. Hemşirelik öğrencilerinin eleştirel düşünme düzeylerinin incelenmesi. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2009;2:27-38.
 5. Çıtak EA, Uysal G. Kavram analizi: eleştirel düşünme. Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi 2012; 9(3):3-9.
 6. Kılıç N, Taşçı S. Hemşirelik eğitimi ve eleştirel düşünme. Mersin Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi 2009, 5(2): 187-195.
 7. Özdelikara A, Bingöl G, Görgeç Ö. Hemşirelik öğrencilerinin eleştirel düşünme eğilimleri ve bunu etkileyen faktörler. İ.Ü.F.N. Hem. Dergisi 2012; 20(3):219-226.
 8. Özkan S. Hemşirelik öğrencilerinin eleştirel düşünme becerileri. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Kıbrıs, Yakın Doğu Üniversitesi, 2011.
 9. Potter PA. Critical thinking in nursing practice. In: Potter PA, Perry AG (eds). Fundamentals of Nursing. 7th ed. St.Louis: Mosby incorporation, 2009: 215-230.
 10. Dikmen YD, Usta YY. Hemşirelikte eleştirel düşünme. S.D.Ü Sağlık Bilimleri Dergisi 2013; 4(1): 31-38
 11. Dolgun G, Erdoğan S. Hemşirelikte yaratıcılık eleştirel düşünme ve bulgularının yorumlanması. Anadolu Hemşirelik Ve Sağlık Bilimleri Dergisi 2012;15: (3) 233-237.
 12. Akyuz HI, Samsa S. The effects of blended learning environment on the critical thinking skills of students. Procedia Social and Behavioral Sciences 2009;1(1):1744-1748.
 13. Papathanasiou IV, Kleisaris CF, Fradelos EC, Kakou K, Kourkouta L. Critical thinking: the development of an essential skill for nursing students. Acta Inform Med.2014; 22(4):283-6.
 14. Tajvidi M, Ghiyasvandian S, Salsali M. Probing concept of critical thinking in nursing education in Iran: a concept analysis. Asian Nurs Res (Korean Soc Nurs Sci). 2014;8(2):158-64.
 15. Myrick F. Preceptorship and critical thinking in nursing education. Journal of Nursing Education 2002; 41(4):154-159.
 16. Athari ZS, Sharif SM, Nasr AR, Nematbakhsh M. Assessing critical thinking in medical sciences students in two sequential semesters: Does it improve? J Educ Health Promot. 2013 2:5
 17. Ip WY, Lee DT, Lee IF, Chau JP, Wootton YS, Chang AM. Disposition towards critical thinking: a study of Chinese undergraduate nursing students. J Adv Nurs. 2000;32:84-90.
 18. Miller DR. Longitudinal assessment of critical thinking in pharmacy students. Am Journal of Pharmaceutical Education 2003;67(4):1-8.
 19. Beşer A, Kıssal A. Critical thinking dispositions and problem solving skills among nursing students. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi 2009;2 (3): 88-94
 20. Dirimeşe E, Dicle A. Hemşirelerin ve hemşirelik öğrencilerinin eleştirel düşünme eğilimlerinin değerlendirilmesi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi 2012;15(2):89-97.
 21. Öztürk N, Ulusoy H. Lisans ve yüksek lisans hemşirelik öğrencilerinin eleştirel düşünme düzeyleri ve eleştirel düşünmeyi etkileyen faktörler. Maltepe

- Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi 2008;1(1):15-25.
22. Kökdemir D. Belirsizlik durumlarında karar verme ve problem çözme. Yayınlanmamış Doktora Tezi, Ankara, Ankara Üniversitesi, 2003
23. Fidancı B.E. Çınar Fİ, Yıldız D, Akar F, Türk A, Tuncer S, Bala A, Kökçe BD Hemşirelik Yüksekokulu öğrencilerinin eleştirel düşünme düzeylerinin ve eleştirel düşünmeyi etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi. *Gülhane Tıp Dergisi* 2012; 54: 35-39.
24. Kantek F, Öztürk N, Gezer N. Bir sağlık yüksekokulunda öğrencilerin eleştirel düşünme ve problem çözme becerilerinin incelenmesi (Tam Metin). International Conference on New Trends in Education and Their Implications. 11-13 November, Antalya-Turkey. 2010
25. Şenduran L, Alpar Ş E. Hemşirelik öğrencilerinde eleştirel düşünme. *Cumhuriyet Üniversitesi Dergisi*, 2008, 12(1): 22-30
26. Zaybak A, Khorshid L. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu öğrencilerinin eleştirel düşünme düzeylerinin incelenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi* 2006; 22(2):137-14
27. Profetto-McGrath J. The relationship of critical thinking skills and critical thinking dispositions of baccalaureate nursing students. *J Adv Nurs* 2003;43: 569-77.
28. Arslan GG, Demir Y, Khorshid L, Eşer İ. Hemşirelerde eleştirel düşünme eğilimini etkileyen etmenlerin incelenmesi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2009;12(1):72-73.
29. Yılmaz ED. Hemşirelik öğrencilerinin eleştirel düşünme düzeyleri ve kitap okuma alışkanlığına ilişkin tutumları. Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, 2010.

Escobar Sendromu'nda Fizyoterapi ve Rehabilitasyon: Olgu Sunumu**Physiotherapy and Rehabilitation In Escobar Syndrome: A Case Study**Devrim TARAKCI^a, Ela TARAKCI^b, Burcu ERSÖZ HÜSEYİNSİNOĞLU^c

ÖZET Amaç: Nadir görülen bir sendrom olarak Escobar'la ilgili literatürde rehabilitasyon uygulamaları konusunda yeterince çalışmaya rastlanmamaktadır. Bu çalışmada Escobar Sendromlu 5 aylık kız çocuk sunulmuş, klinik özellikleri ve yapılan fizyoterapi uygulamaları tartışılmıştır. **Gereç ve Yöntem:** Başını tutabilen hasta yüzüstü pozisyonda ön kolları üzerinde kendini destekleyemiyordu. Olgunun fizyoterapiye yönlendirilme sebebi motor gelişiminin yaşlarına göre daha yavaş olabileceği görüşü ve eklemlerdeki hareket kısıtlılıklarının kontraktürlere dönüşmeden önlenebilmesiydi. Olgu "Kaba Motor Fonksiyon Ölçümü Testi (GMFM) ile değerlendirildi. Testin "yatma ve yuvarlanma" alt maddesinden 8 puan aldı. Ayrıca olguda alt ekstremitede ileri derecede olmak üzere omuz , dirsek, el bileği ve parmaklarda hareket kısıtlılıkları gonyometrik ölçümlerle belirlendi. Pasif omuz fleksiyonu sağda 120°, solda 115°; omuz abduksiyonu sağda 135°, solda 125°; dirsek ekstansiyonu sağda 170°, solda 170°; el bileği ekstansiyonu sağda 0°, solda 0° olarak ölçüldü. Hasta 9 ay haftanın 2 günü fizyoterapiye alındı. Motor gelişimini desteklemek amacıyla nörofizyolojik yaklaşımlar, üst ekstremitte eklem hareket açıklığını koruma amaçlı eklem hareket açıklığı ve germe egzersizleri uygulandı. **Sonuçlar:** Sonuç ölçümleri alındığında 14 aylık olan olgu bağımsız olarak sırtüstünden yüzüstüne ve tersi yöne dönebilmekte, yüzükoyun ön kolları üzerinde yükselebilmekte, oturabilmekte, oturma pozisyonunda dengesi bozulduğunda kendini elleriyle destekleyebilmekte idi. GMFM'ye göre "yatma ve yuvarlanma" testinden 30, "oturma" testinden 8 puan aldı. Üst ekstremitede omuz fleksiyonu sağda 130°, solda 120°; omuz abduksiyonu sağda 150°, solda 140°; dirsek ekstansiyonu sağda 180°, solda 175°; el bileği ekstansiyonu sağda 10°, solda 10°'ye yükseldi. **Tartışma:** Escobar Sendromunda fizyoterapi ve rehabilitasyon uygulamalarının olumlu sonuçlar vereceğini düşünmekteyiz.

Anahtar Kelimeler: Escobar Sendromu, fizyoterapi, egzersiz

ABSTRACT Purpose: As a rare syndrome, there is limited information about rehabilitation approaches relation to Escobar Syndrome in literature. In this work, a five month old girl baby who has Escobar Syndrome was presented and her clinic characteristics and rehabilitation program were discussed. **Material and Methods:** She could hold her head but in facedown position she could not stand in balance with her arms. The reason of physiotherapy referral was delay in motor development and prevention of the joints from contracture especially limited ones. The symptom was evaluated with the Gross Motor Function Measure Test (GMFM). She took 8 points from stay up and rolling test. Goniometric measurement results were as the the following; passive shoulder flexion (R)120°, (L)115° shoulder abduction (R)135°, (L)125°, elbow extension (R)170°, (L)170°, wrist extension (R)0°, (L)0°. The patient was taken to the physiotherapy two days of the week for 9 months. Neurophysiologic approaches were applied to support motor development. Upper extremity stretching exercises and range of motion exercises were the other exercises of the rehabilitation programme. **Results:** When the baby reached 14 months, she could turn from her back to facedown, she could lift her body on her forearms, she could sit free standing and when she losed her balance she could use her arms. According to GMFT her stay up and rolling point was 30 and sitting was 8 point. Upper extremity goniometrical results: shoulder flexion (R)150°, (L) 140°, elbow extension (R)180°, (L)175°, wrist extension (R)10°, (L)10°. **Conclusion:** In the direction of those findings, in Escobar Syndrome, physiotherapy and rehabilitation can be effective to cope with the symptoms causing disability.

Key words: Escobar Syndrome, physiotherapy, exercise

^a Yard.Doc.Dr., İstanbul Medipol Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü,devrimta@hotmail.com, dtarakci@medipol.edu.tr

^b Doç. Dr., İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü,e-posta: fztela@hotmail.com, etarakci@istanbul.edu

^cYard.Doc.Dr., İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü
Geliş Tarihi:14.12.2014/Kabul tarihi:15.01.2014

Yazışma Adresi: Dr. Devrim Tarakcı, Medipol Üniversitesi, Haliç Yerleşkesi, Atatürk Bulvarı No:27 34083 Fatih- İSTANBUL, Tel: 0212 531 75 55,e-posta: devrimta@hotmail.com dtarakci@medipol.edu.tr

Giriş

Escobar Sendromu otozomal resesif geçiş gösteren, kısa boy, düşük kulak ve saç çizgisi gibi yüz anomalileri, eklemlerde deri katlantıları, eklem kontraktürleri ve çeşitli konjenital anomalilerle karakterize, nadir görülen bir sendromdur¹. Hastalığın geçişinin otozomal resesif olarak bildirilmesine karşın literatürde otozomal dominant ve X'e bağlı lethal multipl pterjium sendromlarına da rastlanmıştır². Hastalık "Multiple Pterygium Sendromu" olarak da isimlendirilmektedir. Pterjium; cilt, göz, eklemler diz ve bileklerde görülen kanat benzeri üçgen şeklinde zarsı görünümüdür³. Bu sendroma sahip kişilerde karşılaşılabilecek problemler şunlardır: Eklemlerde pterjiumlar ve bunlara bağlı olarak ortaya çıkan eklem hareket kısıtlılıkları ve ileri dönemde kontraktür gelişimi, omurgada gelişebilecek skolyoz, sindaktili, equinovarus gibi el ve ayak deformiteleri, akciğerlerde solunum güçlüğü, çoğul yüz anormallikleri, düşük kulak, yarı damak, konjenital diafram hernisi, dış genitalerin küçük olması, düşük doğum ağırlığı, intestinal malrotasyon, erkek çocuklarda inmemiş testis, kızlarda infertilite^{4,5}.

Bu çalışmada Escobar Sendromu tanısı almış, 5 aylık kız hasta sunulmaktadır, klinik özellikleri ve yapılan fizyoterapi uygulamaları tartışılacaktır.

Olgu Sunumu

FA, 5 aylık kız hasta. Düşük saç ve kulak çizgisi gibi yüz anomalileri, vücudun çeşitli bölgelerinde pterjiumların olması ve buna bağlı ortaya çıkan eklem hareket kısıtlılıkları, el ve ayaktaki anomaliler en göze çarpan bulgularıydı (resim 1-2). Anne-baba arasında 1. dereceden akrabalık mevcuttu. Hikayesinde, ailede bu anomaliye sahip başka bir bireyin olmadığı ve annenin gebelik süresince ilaç kullanımı, X-ray maruziyeti ve ciddi bir hastalık öyküsünün olmadığı öğrenildi.

Olgunun çocuk ortopedi servisinden fizyoterapiye yönlendirilme

sebebi, motor gelişiminin yaşlarına göre daha yavaş olabileceği görüşü ve eklemlerdeki hareket kısıtlılıklarının kontraktürlere dönüşmeden önlenbilmesiydi. Olgu; başını tutabiliyordu ancak yüzüstü pozisyonda ön kolları üzerinde kendini destekleyemiyordu. Motor beceri seviyesini belirlemek amacıyla "Kaba Motor Fonksiyon Ölçümü Testi (KMFÖ)" kullanıldı. Test, nörofizyolojik gelişimsel sırada birbirini takip eden yatma-yuvarlanma, oturma, emekleme-diz çökme, ayakta durma, yürüme-sıçrama şeklinde 5 ana bölüm ve toplam 88 maddeden oluşur. Her bir maddenin skorlaması likert skalasına göre yapılır. Aktiviteyi başlatamıyorsa 0, bağımsız başlatıyorsa 1, kısmen tamamlıyorsa 2, bağımsız tamamlıyorsa 3 puan verilir. Her bir bölümde alınan toplam puan, o bölümün tam puanına bölünür (yatma- yuvarlanma 51, oturma 60, emekleme-diz çökme 42, ayakta durma 39, yürüme-sıçrama 72) ve bu 100 ile çarpılarak o bölüm için toplam skor (%) hesaplanır. Toplam skor hesabı, bu beş bölümün toplamının beşe bölünmesi ile elde edilir^{6,7}. Olgumuz testin sadece "yatma ve yuvarlanma" maddesinde değerlendirildi ve bu maddeden 8 puan aldı. Ayrıca olguda alt ekstremitelerde ileri derecede olmak üzere omuz, dirsek, el bileği ve parmaklarda hareket kısıtlılıkları mevcuttu. Bu kısıtlılıklar, pasif hareketler sırasında gonyometrik ölçümlerle belirlendi ve nötral 0 yöntemine göre kaydedildi (Tablo 1). Omuz fleksiyonu sağda 0-120°, solda 0-115°, omuz abduksiyonu sağda 0-135°, solda 0-125° dirsek ekstansiyonu sağda 145-15°, solda 145-10° El bileği ekstansiyonu sağda 0°, solda 0° olarak ölçüldü (Resim 1) (Resim 2). Alt ekstremitede kontraktürleri önlemeye yönelik seri açılma uygulaması nedeniyle eklem hareket açıklıkları ölçülemedi.



Resim 1. Olgunun üst ekstremité tutulumu-a



Resim 2. Olgunun üst ekstremité tutulumu-b

Hasta 9 ay süresince, haftanın 2 günü fizyoterapi programına alındı. Motor gelişimini desteklemek amacıyla Bobath'ın nörogelişimsel tedavi yaklaşımı içinde yer alan dönme çalışmaları, ağırlık aktarma, destekli ve desteksiz oturma çalışmaları, üst ekstremité eklem hareket açıklığını koruma amacıyla germe ve gevşetme egzersizleri, alt ekstremitéde ise koruyucu amaçlı, kalça eklemine yönelik normal eklem hareketi egzersizleri uygulandı. 9 aylık fizyoterapi uygulamaları sonrası yaptığımız değerlendirmede olgumuz 14 aylık olmuştu. Bağımsız olarak sırtüstünden yüz üstüne ve tersi yöne dönebilmekte, yüzüstü pozisyonda ön

kolları üzerinde yükslebilmekte, desteksiz oturabilmekte, oturma pozisyonunda dengesi bozulduğunda kendini elleriyle destekleyebilmekte idi. KMFÖ'ye göre "yatma ve yuvarlanma" testinden 30, "oturma" testinden 8 puan aldı. Üst ekstremitéde; omuz fleksiyonu sağda 0-130°, solda 0-120°, omuz abduksiyonu sağda 0-150°, solda 0-140°, dirsek ekstansiyonu sağda 145-0°, solda 145-5°, el bileği ekstansiyonu sağda 0-10°, solda 0-10° olarak ölçüldü. Yani omuz fleksiyon açısı sağda 10°, solda 5°, omuz abduksiyon açısı sağda ve solda 15°, dirsek ekstansiyon açısı sağda 15° solda 5°, el bileği ekstansiyonu ise sağda ve solda 10° artış gösterdi.

Tablo 1. Hareket açıklığı azalmış eklemlerin fizyoterapi öncesi ve sonrası açılma değerleri

	Fizyoterapi Öncesi		Fizyoterapi Sonrası	
	Sağ	Sol	Sağ	Sol
Omuz Fleksiyonu	0-120 °	0-115 °	0-130 °	0-120 °
Omuz Abduksiyonu	0-135 °	0-125 °	0-150 °	0-140 °
Dirsek Ekstansiyonu	145-15 °	145-10 °	145-0 °	145-5 °
El bileği Ekstansiyonu	0 °	0 °	0-10 °	0-10 °

Tartışma

Bu çalışma nadir görülen bir sendrom olan Escobar Sendromlu bir kız vakayı sunmak ve yapılan fizyoterapi uygulamalarının etkinliğini tartışmak amacıyla yazılmıştır. Literatürde Escobar Sendromlu birkaç vaka sunulmuş ve klinik özellikleri tartışılmıştır.

Yıldırım ve arkadaşlarının² çalışmasında 14 yaşında, normal entelektüel gelişime sahip, multipl ptergiumlu, eklem kontraktürleri ve el-yüz anomalileri ile karakterize, erkek bir olgu sunulmuş ve bu olgularda büyük eklemlerdeki ptergiumların sıklıkla eklem kontraktürlerine yol açtığı, bu nedenle eklem patolojileri dikkate alınarak cerrahi müdahale yapılması gerektiğine dikkat çekilmiştir. Ayrıca bu tür hastalarda teşhis ve tedavi için kliniklerin koopere olarak çalışmasının önemli olduğu bildirilmiştir.

Bir başka olgu tartışması ise multiple pterygium sendromunun karakteristik özelliklerini içeren ve invitro fertilizasyon sonucu görülen ilk olgu olması nedeniyle Kışlal ve arkadaşları⁸ tarafından yapılmıştır.

Escobar sendromu doğumda genellikle fleksiyon kontraktürleri ile karakterize olmasına rağmen beraberinde bu hastalarda pek çok spesifik problem de gözlemlenmektedir. Özellikle eklemlerde görülen hareket kısıtlılıkları çocukların normal motor gelişimini ve günlük yaşamdaki bağımsızlıklarını olumsuz yönde etkiler. Hastalık prosesi progresiftir

ve hastaların yaklaşık %20'sinde pulmoner kapasite azalır ve spinal deformiteler ortaya çıkar^{9,10}. Literatürde bazı vakalarda oluşan deformitelere yönelik yapılan cerrahiler tartışılmaktadır. Biz çalışmamızda sunduğumuz vaka ile yapılan fizyoterapi çalışmalarının eklem hareket açıklığı ve motor gelişim üzerine olumlu etkilerini dikkati çekmek istedik. Bellamy ve arkadaşları da¹¹ diz fleksiyon kontraktürü olan multiple ptergium sendromlu adolosan bir olgunun germe, manuel terapi ve dirençli egzersiz uygulamalarından oluşan fizyoterapi programının diz ağrısını azalttığı, eklem hareket açıklığını, kas gücünü ve ambulasyonu arttırdığını bildirmişlerdir. Bu sayede vakada oluşabilecek skolyoz gibi deformitelerin önlenebileceğini belirtmişlerdir.

Biz de olgumuz ile yaptığımız çalışmalar sonrası eklem hareket açıklığında oluşan kısıtlılıkların fizyoterapi uygulamaları ile azaltılabileceğini, eklem kontraktürleri ve ardından deformitelere dönüşmeden önce önlenebileceğini gözlemledik. Ayrıca kısıtlı eklem hareketlerinin artması ve motor gelişimi destekleyen çalışmaların yapılması ile çocuğun motor gelişimde daha bağımsız ve aktif olabileceğini gözlemledik.

Escobar Sendromunda, yapılan yayınlarda rastlanmayan fizyoterapi takibinin bu olgularda etkili olacağı düşüncesindeyiz.

Kaynaklar

1. Aslani A, Kleiner U, Noah EM, Rudnik -Schöneborn S, Pallua N. Extensor tendon hypoplasia and multiple pterygia: Escobar syndrome in a 7 year old boy. *Br J Plast Surg* 2002; 55:516-519
2. Yıldırım MS, Tosun Z, Yensel U, Savacı N. Multiple pterjiumlarla karakterize bir olgu: Escobar Sendromu. *Genel Tıp Derg* 2005;15(3):121-123
3. Özkınay FF, Özkınay C, Akın H, Azarsız S, Gunduz C. Multiple pterygium syndrome. *Indian J Pediatr* 1997; 64:113-116.
4. Jones KL. Escobar Syndrome (Multiple Pterygium Syndrome) *Smith's Recognizable Patterns of Human Malformation*. 5th ed. Philadelphia, W.B. Saunders,1997:306-307.
5. McKusick VA. Pterygium syndrome (multiple pterygium syndrome: pterygium colli syndrome). In McKusick VA, editor. *Mendelian Inheritance in Man*. Baltimore: John Hopkins University Pres; 1992. P. 1652-1664.
6. Wood E. The Gross Motor Function Classification System for Cerebral Palsy: a study of reliability and stability over time. *Developmental Medicine & Child Neurology* 2000; 42: 292-6
7. Russell DJ, Rosenbaum PL, Cadman DT, Gowland C, Hardy S, Jarvis S. The Gross Motor Function Measure: A means to evaluate the effects of physical therapy. *Dev Med Child Neurol* 1989;31(3):341-352.
8. Kışlal FM, Pınar R, Ceylaner S, Dilmen U, Cörüt N. Multiple Pterygium Sendromu: Olgu Sunumu, Fetal Akinezi Sekansı ve Pterygium Sendromu ile Karşılaştırılması *Güncel Pediatri* 2009;7:101-103.
9. Hall J. Arthrogyrosis and associated anomalies. In: Emery, Rimoin, eds. *Principles and practice of medical genetics*, 3rd ed. Churchill Livingstone: New York, NY, 1997. P. 2905-2907.
10. Martínez-Barrera LE, Morán-Barroso VF, Perezpeña-Díazconti M, Zuñiga-Rodríguez FG, Manzano-Sierra C, García-Delgado C. Escobar syndrome with heterotaxia and esophageal atresia: case report .*Genet Couns*. 2014;25(3):321-330.
11. Bellamy SG, Gibbs K, Lazaro R. Physical therapy intervention for an adolescent with a knee flexion contracture and diagnosis of multiple pterygium syndrome. *Pediatr Phys Ther* 2007;19(2):140-147.

Cerrahi Ekibin Vazgeçilmezi Cerrahi El Aletleri: Bilinmesi Gerekenler Surgical Team's Indispensable Surgical Tools: What They Need To Know

Işıl IŞIK ANDSOY^a

ÖZET Cerrahi girişim sürecinde karşılaşılan en büyük sorunlardan birisi kullanılan cerrahi el aletleri ve cihazların tanınmaması ve cerrahi ekibinin yeterli bilgiye sahip olmamasıdır. Cerrahi aletler tanısal veya tedavi amaçlı işlemleri uygulamak için kullanılır. Cerrahi girişimlerin başarısında, ameliyat tekniklerini uygulamak üzere üretilen cerrahi el aletlerinin yeri tartışılmazdır. Aletlerin bozulması ya da kırılması, cerrahi girişim süresinin uzamasına, cerrahi ekibin stresinin artmasına, yetersiz temizliği ise cerrahi alan enfeksiyonları veya diğer bulaşıcı hastalıklara neden olmaktadır. Tüm bu sorunların çözümü için, cerrahi ekibi üyelerinin cerrahi el aletlerinin yapısı, kullanımı, temizliği ve bakımı konularında yeterli bilgiye sahip olması gerekmektedir. Kısaca, cerrahi alet seçiminde aletlerin doğru tespit edilmesi ve gerekli kontrollerin bilinçli bir şekilde yapılması gereklidir. Bu derlemenin amacı cerrahi ekip üyelerine cerrahi el aletlerine ilişkin kullanılabilir bilgileri sunmaktır.

Anahtar kelimeler: Cerrahi Aletler, dezenfeksiyon, enfeksiyon sterilizasyon,

ABSTRACT Recognition of the surgical tools and enough information about surgical instruments by surgical team member is one of the difficulties in the surgery process. Surgical tools are used to perform a diagnostic or therapeutic procedure. The success of the surgery is beyond dispute in the surgical tools manufactured to implement the surgical technique. Deterioration or breakage of the surgical tools causes an extension of the duration of surgery and the surgical teams stress increases. And the lack of cleanliness cause surgical site infections or other infectious diseases. As a solution of this problem team members have to have the instructions to use surgical tools and it is necessary to have adequate knowledge on the cleaning and maintenance issues. Shortly, the accurate determination, control and maintenance of the surgical instruments require detailed knowledge in this area. The purpose of this review is to provide information to the surgical team members that can be used on surgical tools.

Key words: Disinfection, infection surgical tools, sterilization,

^a Yrd. Doç. Dr. Işıl Işık Andsoy1 Karabük Üniversitesi, Sağlık Yüksekokulu, Hemşirelik Bölümü
Karabük/ TÜRKİYE isilandsoy@karabuk.edu.tr./ Sorunlu Yazar
Geliş Tarihi: 04.11.2014/Kabul tarihi:03.12.2014

Giriş

Cerrahi girişim, bozulan vücut fonksiyonlarının, normal fizyolojiye en yakın duruma getirilmesi veya yaşamın sürdürülmesi amacıyla uygulanan bir tedavi yöntemidir.^{1,2} Cerrahinin günümüz boyutlarına ulaşması; anestezi ve aseptik tekniklerin gelişmesinin yanısıra, uygulanan ameliyat teknikleri ve bu teknikleri uygulamak üzere üretilen araç ve gereçlere bağlıdır. Dolayısıyla cerrahi girişimin başarısında cerrahi el aletlerinin yeri tartışılmazdır.^{3,4} Diğer yandan, hastanelerin toplam maliyet giderleri içerisinde en önemli yeri olan cerrahi el aletlerinin uzun süreli dayanıklılığını sağlamak için ameliyat öncesi, sırası ve sonrasında bakımlarının dikkatli ve titizlikle yapılması önemlidir.^{3,5} Aletlerin bozulması ya da kırılması, cerrahi girişim süresinin uzamasına, cerrahi ekibin stresinin artmasına, istenmeyen komplikasyonların oluşmasına neden olabilmektedir. Tüm bu sorunların çözümü için, cerrahi ekip üyelerinin cerrahi el aletlerinin yapısı, kullanımına ilişkin genel uygulamalar ile bakım gibi konularda yeterli bilgiye sahip olması gerekmektedir.

Tarihçesi

Cerrahi el aletlerinin kullanımı tarih öncesi döneme dayanmaktadır.^{3,4,6} Şamanların, trepenasyon (baş delgi ameliyatı) denilen girişimi o dönemlerde, cerrahi aletlerin kullanıldığının göstergesidir.^{2,4} Eski Hindistanda (MÖ 600) Sushruta, ilk cerrahi kitabında 120'den fazla cerrahi el aleti tanımlamıştır. İlkçağlarda, Yunanistan ve Roma'da, hekim ve cerrahlar bronz, demir ve gümüşten üretilmiş pek çok alet geliştirmişlerdir. Modern cerrahinin babası kabul edilen Ebu'l-Kasım Zahravinin, *Et-Tasrif Limen Acize an'it Te'lif* adlı eserinde, aletlerin isimleri, tanımları ve çizimleri bir arada verilmiştir. Bergamalı Galen, özel cerrahi el aletlerinin maden

ocagından çıkarılan demir cevherinden yapılmasını istemiştir. Antik dönemde demir, çelik, bronz, kemik, altın, gümüş, bakır gibi malzemeler cerrahi alet yapımında kullanılmıştır.^{1,3,4,7} Anestezi ve cerrahi asepsinin keşfedilmesiyle birlikte beyin, toraks ve batin gibi özellikli ameliyatların yapılmasını sağlayan yeni aletler üretilmiştir. 19. ve 20. yüzyılın ilk yıllarında cerrahi el aletlerinin sayı ve çeşidinde hızlı bir artış olmuş, günümüzde ise aşınmaya ve korozyona dayanıklı, uygun sertlik, iyi kesme özelliği bulunan paslanmaz çelikten cerrahi el aletleri bulunmaktadır.

Cerrahi El Aletlerin Sınıflandırılması

Cerrahi el aletleri; genel aletler ve özel aletler olmak üzere iki guruba ayrılır. Genel aletler; herhangi bir ameliyatta yaygın olarak kullanılabilirken, özel olanlar belli bir ameliyat sırasında özel amaçlar için kullanılmaktadırlar. Cerrahi el aletlerinin bir çok çeşidi ve şekli bulunmasına karşın hemen hepsi, temel bir kaç alet üzerinde değişiklikler yapılarak oluşturulmuştur. Cerrahi el aletleri, cerrahi girişimler sırasında, kesme, delme, sıkma, çekme, tutturma, cerrahi alanı görme ya da kanamayı durdurma gibi işlemleri yapmak üzere gereksinimler doğrultusunda kesiciler, tutucular, ekartörler ve yardımcı cerrahi el aletleri olmak üzere fonksiyonlarına göre sınıflandırılmışlardır.^{4,5,8}

Kesiciler sınıfında yer alan *bistüriler*; bisturi sapı ve bisturi ucu olmak üzere iki kısımdan oluşur. Bu aletler deri ve derin dokuların insizyonları için kullanılırlar, numaralarına göre 20, 15, 12, 11, 10 gibi değişik boy ve uzunlukta olabilirler. *Mayo Makası* (*Şivester Makası- İpek Makası*), uçları künt olan bu makasın kıvrık veya düz olan çeşitleri bulunur, cerrahi ipliklerin kesilmesi amacıyla kullanılır. *Metzenbaum*; doku makasıdır. Bu makaslar işlevleri dışında diğer uygulamalar için kullanılmamalıdır.^{3,8-10}

Tutucular olarak bilinen *forsepsler*; cımbız ya da kargaburnuna benzeyen, cerrahın vücut boşluğunu görmesine izin veren cilt ya da dokuyu tutmak için kullanılan menteşeli aletlerdir. Değişik boylarda forsepsler mevcuttur. *Klempler*; iç içe geçmiş dişleri bulunan, cerrahi girişim sırasında kanamanın durdurulmasında yardımcı olan aletlerdir. Klemplerin seçimi, hastanın çocuk ya da yetişkin olmasına, doku veya damarın çeşidine bağlıdır. *Dişli Penset*; fare dişli olarak da bilinir. Dokunun sıkı bir şekilde tutulması gerektiği yerlerde kullanılır. *Dişsiz Penset*; tutma gücü düşük olmakla birlikte, vücut boşluğuna tampon konulması, cerrahi girişim sırasında derin vücut boşluklarında cerrahi ipliğin cerrahi el aletine geçirilmesinde kullanılır. *Adson Penset*; güçlü bir tespitin gerektiği yerlerde kullanılır. Özellikle plastik cerrahların vazgeçilmez el aletidir. *Babcock Pensi*; tüp şeklinde oluşumları kavrayarak içi boş organları nazik bir şekilde tutmaya yarar. Bu nedenle aletin üzerindeki halka, yalnızca dokuyu tutmaya yetecek kadar sıkılmalıdır. *Allis Pensi*; dokuyu travmatize etmeden yapılacak bir traksiyon sırasında kullanılabilir. *Hemostatik Pens*; düz ya da kıvrık uçlu olmakla birlikte ucunun bir bölümünde ya da tamamında dişler bulunabilir. Kanayan damar uçlarını kısırmak veya tutmak amacıyla kullanılırlar. *Kelly klemplerinde* dişler yalnızca ucun distal yarısında vardır. *Mascüto Pensi*; küçük ve ince damarlar ile oluşumları tutmak için kullanılır. Kullanım alanı geniş olup, bir cerrahi setin en küçük pensidir. *Kocher Pensi*; ezici bir alettir. Cerrahi girişim sırasında çıkarılıp atılacak oluşumların tutulması amacıyla kullanılırlar. *Disektör- Raytangel*; uçları künt veya sivri olmak üzere çeşitli boyları bulunmaktadır. Tüp şeklindeki oluşumların çevresini dolanmada ve ligatür koyarken kullanılırlar.^{3,7,8,11, 12-15}

Ekartörler olarak bilinen *Ven Ekartör*; küçük ve düz ağızlıdır. Damarların ve diğer kordona benzeyen oluşumların ekartmanında kullanılır. *Tırmık Ekartör (Martin, Dişli Ekartör)*; genellikle yüzeysel ekartmanlarda ve çift olarak kullanılırlar. *Faraböf Ekartörü*; uçlarından biri kısa, diğeri ise daha uzuncadır. Cerrahi ekibin vazgeçilmez ekartörüdür. *Rou ekartörü*; çift taraflı kullanılabilen, bir ucu diğere göre daha kısa enli olan, özellikle deri altı ve yağ dokularını ekarte etmek için kullanılmaktadır. *Richardson Ekartörü*; iki uçlu ve tek uçlu çeşitleri bulunmaktadır. Bu ekartör daha çok laparatominin başlangıcında karın duvarı ekartmanı amacıyla kullanılır. *Mastoid Ekartörü*; yüzeysel olarak kullanılan otomatik bir ekartördür. Kilit mekanizmasının bulunması nedeniyle istenilen açıklıkta tutulabilir.^{3,7,8,12}

Cerrahi El Aletlerinin Kullanıma Hazırlanması

Modern teknoloji ve uygulamalara karşın enfeksiyon, cerrahi girişimlerin en önemli risklerinden birisidir. Diğer yandan cerrahi el aletlerinin, hastanelerin genel yatırımları içerisinde, önemli maddi değer oluşturmaları nedeniyle doğru bir şekilde tekrar kullanıma hazırlanmaları önemlidir. Cerrahi el aletlerine uygulanan işlemler, üreticilerden elde edilen bilgiler doğrultusunda dikkate alınarak gerçekleştirilmelidir.

Cerrahi aletler, yapımında kullanılan okside olmayan ve paslanmaz çelik nedeniyle özel koruyucu tabakalardan oluşur. Uygun çeliğin seçimi ve dikkatle işlenmesinin yanı sıra kullanan cerrahi ekip üyelerinin de cerrahi el aletlerine dikkatli özeni göstermesi gerekmektedir. Cerrahi el aletleri üretim sonrası özel bir teknikle koruyucu yağ tabakası ile kaplanır ve ambalajlanarak rafa kaldırılır. Cerrahi girişim için satın alınan cerrahi el aletlerinin, ısı değişikliği nedeniyle

plastik ambalajın içinde buhar oluşmasını önlemek için, alet paketinden çıkartılıp kuru havalı açık depoda saklanması gereklidir. Kullanıma sunulmadan önce mutlaka iyice temizlenmelidir. Bu aletler, yaklaşık 40-45 °C sıcaklıkta sabunlu su ile fırçalanarak yıkanmalı ve kurutulmalı, işlemiden sonra malzemeler özel alet sepetlerinde paketlenerek uygun sterilizasyon yöntemi ile steril edilmeli ve depolanmalıdır. Yeni cerrahi el aletleri, ilk kullanımdan önce temizlenmeden sterilizasyon işlemi gerçekleşirse, üzerlerinde tıpkı korozyona uğramış gibi temizlenmesi çok zor yağ yanıkları oluşumu görülebilmektedir^{3,16-21}.

Aletlerin etkin temizliği, dezenfeksiyonu, dezenfeksiyonu ve bakımı için en uygun ürün ile yöntemin seçilmesi gereklidir. Böylece cerrahi aletlerin erken yıpranması önenebilmekte, onarım maliyeti düşürülerek sağlık giderleri azaltılabilmektedir.^{3,16-21} Cerrahi el aletlerinin temizliğinin özenle yapılmasının diğer bir nedeni de korozyon oluşumlarının engellenmesidir. Bu nedenle temizlik ve dezenfeksiyonun etkili olabilmesi için üreticinin önerdiği ürünlerin kullanılması, kullanılmış aletlerin kir ve artıklar giderildikten sonra temizlik ve dezenfeksiyon işlemine başlanması, kullanıma yeni giren cerrahi aletlerin, ilk sterilizasyondan önce mutlaka koruyucu maddelerden ve üzerindeki marka etiketlerinden arındırılması, aletlerin işlemiden önce menteşelerinin açılarak küçük parçalarına ayrılması, mekanik ve ultrasonik yıkayıcılar kullanılıyorsa temizleme süresinin aşılmaması, elle temizlik yapılıyorsa metal fırça ve sünger kullanılmaması, aletlerin durulandıktan sonra kurutulması, aşınma, korozyon, deformasyon gibi hasar gören aletlerin ayrılması ve kullanım dışı bırakılması, onarıma

gönderilecek aletlerin temizlenmesi veya dezenfekte edilmesi gereklidir.

Cerrahi El Aletlerinin Temizlik-Dekontaminasyon Süreci

Etkili dezenfeksiyon ve sterilizasyon ile cerrahi aletlerden hasta veya çalışanlara patojen mikroorganizmaların geçişinin engellenmesi gerekir. Dolayısıyla cerrahi el aletleri yeniden kullanılma zorunluluğu olan ve sterilizasyon-dezenfeksiyon öncesi dekontaminasyon işlemi gerektiren malzemelerdir. Temizliği; güvenli iş uygulamaları, güvenli çalışma koşulları, enfeksiyon kontrolü ve aletlerin uzun süreli kullanılmaları için gereklidir. Cerrahi el aletlerinin temizliğine yönelik standartların oluşturulması ve yeni uygulamalara yönelik tekrar yenilenmesi, kayıt tutulması önemlidir. Özellikle temizlik ile ilgilenen sağlık çalışanlarının işlem sırasında koruyucu ekipman kullanmaları ve eğitimlerinin yapılması ve yapılan eğitimlerin her yıl tekrarlanması gereklidir.^{5,20,21}

Dekontaminasyon işlemi, protein, lipid ve karbonhidrat içeren kan ve doku hücrelerini, mukus, feçes ve diğer organik maddeleri buldukları yerlerinden uzaklaştıran, nötr pH değerine sahip ve korozif etkisi olmayan deterjan bazlı enzimatik solüsyonlar, tüm yüzeylere etki ederek dezenfeksiyon ve sterilizasyona zemin hazırlamak için gerçekleştirilir.^{5,20,21} Cerrahi el aletlerinin üzerindeki ve içerisindeki organik artıklar uzaklaştırılmadığında, kullanılan kimyasallar alete temas etmez ve patojen mikroorganizmalar çapraz enfeksiyonlar oluşturabilir. Bu bağlamda işlem, kontamine olmuş cerrahi el aletleri ile uğraşan personeli korumak, aletleri mikroorganizmalardan arındırarak hastayı korumak, sterilizasyondan önce biyolojik yükü azaltmak, enfeksiyon kontrolünü sağlamak ve etkin bir sterilizasyon için yapılmaktadır.²¹⁻²³ Dekontaminasyon işleminde en sık kullanılan malzemeler;

özel fırçalar, yumuşak bez, sünger, basınçlı su tabancası, basınçlı hava tabancası, ultrasonik yıkama cihazı, yıkama/dezenfeksiyon cihazları, deterjan-dezenfektan/enzimatik solüsyonlar kullanılmakta, özellikle steril vücut boşluklarında kullanılan cerrahi el aletlerinin temizliğinde ultrasonik yıkayıcılar daha fazla önerilmektedir. Ultrasonik yıkama cihazı, kulağın işitemeyeceği yüksek frekanslı ses dalgalarının titreşim hızı ile 3 dakika boyunca en az 35 kHz. sıklığında, ultrasonik dalgalar gönderilerek aletlerin temizliği sağlanır. Ayrıca dekontaminasyon ve temizlik işlemi yapılan ortamın nem, ısı ve havalandırması istenilen özellikte olmalı, çalışanlar el hijyenine önem vermeli, el yıkama solüsyonlarının alkol bazlı olmasına dikkat edilmelidir. Ek olarak, ortamda bulunan tabure, stantlar ve diğer tüm yüzeyler günlük olarak dezenfekte edilmelidir.^{22,23}

Cerrahi El Aletlerinin Kurutma İşlemi

Cerrahi el aletlerinde korozyonun oluşumunun önlenmesi için yumuşak bez, basınçlı hava tabancaları, yıkama/dezenfeksiyon cihazıyla aletler bekletilmeden uygun kurutmanın sağlanması gereklidir. Aletlerin ıslak veya nemli kalması dezenfeksiyon ve sterilizasyon işlemini olumsuz etkilemektedir.^{5,21-23}

Cerrahi El Aletlerinin Dezenfeksiyon Süreci

Dezenfeksiyon işleminin amacı hastalık yapan mikroorganizmaların aktivasyonunu engellemektir. Bakteri sporları ve mikobakterileri etkileme seviyelerine göre yüksek, orta ve düşük düzey dezenfeksiyon olarak üç kategoride değerlendirilir. *Yüksek düzey dezenfeksiyon*; bazı bakteri sporları dışında tüm mikroorganizmaları inaktive eden dezenfeksiyon şeklidir ve bu işlem için %2'lik glutaraldehid, %6 hidrojen peroksit, %0.2 parasetik asit, %0.55

Orto-fitalaldehid (OPA) kullanılır. *Orta düzey dezenfeksiyon*; bakteri sporlarına etki göstermeyen, fakat mikobakteri ve diğer mikroorganizmalara etkili olan dezenfeksiyon şekli olup %2'lik glutaraldehid, %50-70'lik etil alkol, iyodofor kullanılmaktadır. *Düşük düzey dezenfeksiyon*; bakteri sporu, mikobakteri ve zarfsız virüslere etkisiz olan, ancak bir kısım vejetatif mikroorganizmalar ve zarflı büyük virüslere etkilidir ve bu işlem %3 hidrojen, %0.5 geliştirilmiş hidrojen peroksit formülasyonu, dilüe sodyum hipoklorit ve fenol bileşikleri kullanılarak yapılır.^{3,5,8, 21-25}

Paketleme işlemi

Hastane enfeksiyonlarının önlenmesi için, doğru sterilizasyon yöntemlerinin yanı sıra paketleme, transfer, depolama gibi kullanım aşamasına kadar geçen tüm basamaklara dikkat edilmesi gerekmektedir. Sterilizasyon öncesi hazırlıkta son adım; aletlerin hazırlanması ve paketlenmesidir. Hazırlık ve paketleme işlemlerinde cerrahi el aletlerinin tipi, işlem ve kuruma süresi için üretici firmanın yazılı önerilerine uyulmalıdır.²⁶ Paketleme, zarf usulü veya dikdörtgen paketleme yöntemi ve paketleme prensiplerine uygun olarak çift paket ile yapılmalı, paketin ne çok sıkı, ne de çok gevşek olmamasına dikkat edilmelidir. Plastik malzemeler sterilizasyon şekline göre özel paketleme kağıtlarıyla çift kat paketlenerek sterilizasyona hazır hale getirilir. Paketlemede tekstil paketleme malzemesi kullanılacaksa, kullanım öncesi yıkanmış, paketin bütünlüğünün bozulmamış, yırtılmaya ve delinmeye dirençli, sterilizasyon metodu ile uygun olmasına ve üretici firmanın önerilerine göre kullanılmasına dikkat edilmelidir.^{5,26}

Sterilizasyon Süreci

Sterilizasyon, Clostridium ve Basillus türleri dahil olmak üzere tüm patojen

mikroorganizmaların arındırılması işlemidir. Cerrahi el aletlerinin yetersiz sterilizasyonu istenmeyen tedavi harcamalarına neden olmakta ve hasta güvenliğini tehdit etmektedir. Cerrahi aletlerin sterilizasyonu için; kuru ısı sterilizasyon yöntemi, basınçlı buhar sterilizasyon yöntemi, ozon, %6 hidrojen peroksit, %100 etilen oksit, %7 geliştirilmiş hidrojen peroksit (20 dakika), %2 geliştirilmiş hidrojen peroksit (6 saat), hidrojen peroksit/ ozon kombinasyonu, hidrojen peroksit gaz plazma, perasetik asit sterilizasyonu kullanılmaktadır. Sterilizasyon sürecinin izleminde biyolojik ve kimyasal indikatörler kullanılmalı, her sterilizasyon süreci kayıt edilmeli ve üretici firmanın önerilerine uyulmalıdır.^{3,21,22,26}

Endoskopik malzemeler oldukça pahalı olduğu için, bu malzemelerin sterilizasyon işleminden önce mutlaka malzeme düzgün bir şekilde katlanması ve paket içerisine yerleştirilmesine dikkat edilmelidir. Buhar sterilizasyonu için uygun bir malzeme grubu olmasına karşın, etilen oksit yada hidrojen peroksit yöntemi ile steril edilmesi, malzemenin kullanım ömrünün uzatılması açısından önemlidir.

Cerrahi El Aletlerinin Depolanması ve Raf Ömürleri

Steril olarak hazırlanmış cerrahi el aletlerinin yerden en az 25 cm yukarıda, tavandan 46 cm aşağıda, dış duvardan 50 cm içeride olacak şekilde muhafaza edilmeleri gerekmektedir. Malzemeler ıslanma riskine karşı lavobo altında depolanmamalıdır. Yere düşen her malzeme, paketin delinmesi ve içeriğinin zarar görmesi açısından gözden geçirilmelidir. Steril olarak kullanılması planlanan her malzeme bir kontrol numarası ile belirlenmeli ve kaydı tutulmalıdır. Bu kontrol numarasında malzemenin hangi sterilizatörde steril edildiği, sterilizasyon tarihi belirtilmelidir. Steril edilen malzemenin

paketinin ıslanması, yırtılması, delinmesi veya son kullanma tarihinin geçmesi durumunda malzemeler kullanılmamalıdır. Steril malzemelerin son kullanma tarihi geçmiş ise, tekrar steril edilmemelidir. Cerrahi el aletlerinin depolandığı alanda hepafiltre havalandırma sistemi bulunmalı, ısısı 18-23 °C, nem oranı ise %30-60 arasında olmalıdır.^{3,21,22,27}

Cerrahi El Aletlerinin Kontrol, Bakım ve Onarımı

Uygun kontrol, bakım ve onarım bir cerrahi aletin uzun süre kullanımının temel şartıdır. Özellikle eklemli ve çentikli uca sahip olan aletler dikkatli kontrol gerektirmektedir.^{5,26} Eklem yerlerinde çatlaklıkları olan aletler veya hasarlı ya da aşınmış aletler değiştirilmelidir. Bu aletlerin, uygun şekilde paketlenip etiketlenerek onarım için uygun birime gönderilmesi gerekmektedir.^{3,26} Bakım önlemleri fonksiyon kontrolünden önce yapılmalıdır. Cerrahi el aletlerine, gerek duyuldukça pas çözücü ve alet yağlayıcı solüsyonlar ile bakım verilmelidir. Cerrahi el aletlerinin bakım prosedürü; sterilizasyon süreci, satın alma, risk yönetimi, enfeksiyon kontrolü ve koruma, hasta ve çalışan güvenliği, destek servisler, yönetim ve biomedikal mühendisliğini içermelidir.^{20,21}

Cerrahi aletlerin temizleme işleminin ardından mutlaka iyice yağlanması gerekir. Örneğin makasların eklem yerleri ile kesici uçları yağlanmalıdır, böylece kullanım sırasında oluşabilecek metal aşınmaları engellenmiş olur. Yine aynı nedenle kullanmadan önce cerrahi aletlerin oda sıcaklığında olması gerekir. Burada önemli olan nokta kullanılan yağların suda eriyebilir özellikte olmasıdır. Ancak bu şekilde aletlerin eklem yerlerinde bulunan ve elle temizlenmesi mümkün olmayan yerlerdeki partikül, doku ve kan birikimleri engellenmiş olur. Bunlar temizlenmediği zaman

sterilizasyon sırasında pişerek eklem yerlerinde açılma ve kapanma işlemlerini zorlaştırmaktadır.

Enfeksiyon Açısından Önemi

Cerrahi el aletleri, cerrahi girişim sırasında steril doku veya mukozalarda kullanıldığı için dikkatli sterilizasyon ve dezenfeksiyon prosedürlerinin uygulanması gereken kritik malzemelerin başında gelmektedir.^{26,28} Sterilizasyon uygulamalarındaki başarısızlıkların enfeksiyona neden olduğunu gösteren birçok çalışma bulunmasına karşın, cerrahi el aletlerindeki patojen mikroorganizmaların geçişini değerlendiren ve belgelendiren çalışmalara daha fazla gereksinim olduğu bildirilmektedir.^{29,30} Özellikle cerrahi alan enfeksiyonlarının gelişiminde rol oynayan ve ameliyata ait risk faktörlerinden birisi olan cerrahi aletler için önerilen dezenfeksiyon-sterilizasyon ilkelerine uyulmaması, cerrahi girişimle beraber hasta için ciddi boyutlarda tehlike oluşturmaktadır.^{3,8,21,22,30}

Ameliyathanede bulunan kirli cerrahi aletlerin büyük tehlike yarattığı, özellikle deli dana hastalığı, hepatit, AIDS (Acquired Immune Deficiency Syndrome=edinsel bağışıklık yetmezliği sendromu) gibi bulaşıcı ve öldürücü hastalıkların bulaş riskini artırdığı belirtilmektedir.^{18,21,22,26,31} Yapılan bir çalışmada da temiz cerrahi girişim geçiren 15 ortopedi ve 5 göz hastasında cerrahi aletlerin yetersiz sterilizasyon edilmesi sonucu cerrahi alan enfeksiyonu gelişmiş, diğer bir çalışmada benzer sonuçlar elde edilmiştir.^{20,32} Tanı ve tedavi amaçlı kullanılan cerrahi el aletlerinin, çapraz enfeksiyonu önlemede en uygun seçenek tek kullanımlık olanlardır.¹⁷ Bu bağlamda özellikle ameliyathane ve sterilizasyon hemşirelerinin cerrahi el aletlerinin temizliği, dezenfeksiyonu ve sterilizasyonu işlemlerinin titizlikle

yapılması, cerrahi aletlerin mikrobiyal yükünü belirleyen çalışmaların yapılması gerekmektedir.^{3,22,27}

Sonuç

Cerrahi biliminin günümüz boyutlarına ulaşması ve başarısında cerrahi el aletlerinin yeri tartışılmazdır. Temizliğinden kullanımına kadar geçen süreçte oluşabilecek beklenmeyen durumlar cerrahi girişimin başarısını etkilemekte, hasta güvenliği açısından tehdit oluşturmaktadır. Cerrahi el aletlerinden doğabilecek her türlü sorunun çözümü, cerrahi ekip üyelerinin huzurlu bir süreç geçirmesini sağlayacaktır. Bu bağlamda cerrahi ekip üyelerinin cerrahi el aletlerinin yapısı, kullanım alanlarına ilişkin genel uygulamalar ve bakımı gibi konularda yeterli bilgiye sahip olması için gerekli eğitimlerin yapılması, farkındalıklarının artırılması gerekmektedir.

Kaynaklar

1. Harkreader H, Hogan MA. Fundamentals of Nursing Caring and Clinical Judgment 2nd ed, USA, 2004, p. 1204-1244.
2. Değerli Ü, Erbil Y. Genel Cerrahi, 9. Baskı, Nobel Tıp Kitapevi, 2013, p.1-8.
3. Philips N. Surgical Instrumentation. Berry & Kohn's Operating Room Technique, 11th edition, 2007, p.329-348.
4. Kurt UE. A comparison of surgical blades used in the antique Greek, Roman, Byzantine period and the XXTH century, *Yeni Tıp Tarihi Araştırmaları 2006-2009*; (12-15):313-62.
5. Spry C. Care and Handling of Basic Surgical Instruments. *AORN Journal* 2007; 86(1): 77-81.
6. Forrai J. Evolution of surgical instruments. *Lege Artis Med* 2009; 19(3):242-5.

7. Natarajan K. Surgical instruments and endoscopes of Sushruta, the sage surgeon of ancient India. *Indian Journal of Surgery* 2008; 70: 119-223.
8. Rothrock JC. Sutures, Needles, and Instruments. *Alexander's Care of the Patient in Surgery*, 13th ed, Mosby Company, 2007, p. 173-182.
9. Ochsner J. Surgical knife, *Tex Hearth Ins J* 2009; 36(5):441-3.
10. Illana Estaban E. Scissorsinstruments which cut and dissect, *Rev Enferm* 2007;30(4):36-8.
11. Ellis H. The Spencer Wells forceps. The Name Behind the Instrument. *JPP* 2006; 16(2):102-103.
12. Kirkup J.The history evolution of surgical instruments VII.Spring forceps (tweezers), hooks and simple retractors, *Ann R Coll Surg Engl* 1996; 78(6):544-52.
13. Kirkup J. Surgical History.The history and evaluation of surgical instruments.XI Scissors and related pivot- controlled cutting instruments. *Ann R. Coll Surg Engl* 1998; 80(6):422-32.
14. Kirkup J. The history and evaluation of surgical instruments.X clamps,haemostats and related pivot-controlled forceps. *Ann R.Coll Surg Engl* 1999;81(6):420-8.
15. Sach M, Auth M, Encke A. Historical development of surgical instruments exemplified by hemostatic forceps, *Aorld J Surg* 1998;22(5):499-504.
16. Tiore E, Salassa, Marc F, Swinkowski.Surgical attire and the operating room role in infection prevention, *J Bone Joint Surg Am* 2014;96(17):1485-1492.
17. Southworth PM.Infections and exposures:reported incidents associated with unsuccessful decontamination of reusable surgical instruments.*The Journal of Hospital Infections*, 2014.
18. Naggiar S, Zimmer K.Today investigats.Dirty surgical instruments a problem in the OR, TODAY Health. www.today.com/health/today-investigates-dirty-surgical-instruments-problem-or-1C9382187. Erişim Tarihi: 22 Şubat 2014.
19. Rutala WA, Gergen MF, Jones JF, Weber DJ. Levels of microbial contamination on surgical instruments, *American Journal of Infection Control* 1998;26(2):143-145.
20. Dancer DJ, Stewart M, Coulombe C, Gregori A, Virdi M. Surgical site infections linled to contaminated surgical instrumets, *J Hosp Infect* 2012;81(4):231-8.
21. Best Practices for cleaning,Disinfection and Sterilization of Medical Equipment/Devices,In All Health Care Settings, 3 rd Edition, Provincial Infectious Diseases Advisory Committee (PIDAC), Toronto,ON:Queen's Printer for Ontario; May 2013.ISBN:978-1-4606-2736-5.
22. Rutala WA, Weber DJ. Disinfection and sterilization:An overview.*Am J Infect Control* 2013;41(5):2-5.
23. Rutala WA, Weber DJ. Sterilization, high-level disinfection, and environmental cleaning.*Infect Dis Clin North Am* 2011;25(1):45-76.
24. Saniç A. Hangi dezenfektan? Nasil?. *ANKEM Derg* 2006; 20(Ek 2):89-93.
25. Abbasoğlu U. Dezenfektanlar: Sınıflama ve amaca uygun kullanım alanları, 6. Ulusal Sterilizasyon Dezenfeksiyon Kongresi Kitabı, 2009,p. 109-120.

26. Rutala WA, Weber DJ: How to assess risk of disease transmission to patients when there is a failure to follow recommended disinfection and sterilization guidelines. *Infect Control Hosp Epidemiol* 2007; 28:146–155.
27. Rutala WA, Weber DJ. Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee (HICPAC). Guideline for Disinfection and Sterilization in Healthcare Facilities, 2008. [cited Available from: http://www.cdc.gov/ncidod/dhqp/pdf/guidelines/Disinfection_Nov_2008.pdf.
28. McDonnell G, Burke P: Disinfection: Is it time to reconsider Spaulding? *J Hosp Infect* 2011, 78:163–170.
29. Donskey CJ, Yowler M, Falck-Ytter Y, Kundrapu S, Salata RA, Rutala WA. A case study of a real-time evaluation of the risk of disease transmission associated with a failure to follow recommended sterilization procedures, *Antimicrobial Resistance and Infection Control* 2014;3-4.
30. Paterson R. Patients at risk from surgical Instruments, *The Lancet Infectious Diseases* 2002;2(1):6-10.
31. CDC. Questions and answers: Creutzfeldt-Jacob Disease Infection-Control practices. www.cdc.gov/ncidod/dur/cjd/qu_cjd_infection_control.htm. Erişim Tarihi: 25 Ekim 2014.
32. Tosh PK, Disbot M, Duffy JM, Boom ML, Heseltine G, Srinivasan A, Gould CV, Berrios-Torres SI. Outbreak of *Pseudomonas aeruginosa* surgical site infections after arthroscopic procedures Texas, 2009. *Infection Control and Hospital*

Epidemiology 2011;32(12):1179-86.

İnfertilite Stresi ile Başa Çıkma Yöntemleri ve Hemşirelik Yaklaşımları***Methods to Cope with Infertility Stress and Nursing Attitudes**Tülay YILMAZ^a Ümran YEŞİLTEPE OSKAY^b

ÖZET İnfertilite stres yaratan ve başa çıkılması zor bir kriz durumudur. İnfertil çiftlerde kadınların erkeklerden daha fazla stres yaşadığı ve stresle başa çıkmada erkeklere göre daha çok başa çıkma yöntemi kullandıkları bilinmektedir. Ayrıca kadın ve erkeklerin kullandıkları başa çıkma yöntemleri arasında farklılıklar vardır. İnfertilite stresi ile başa çıkmada kadınlar daha çok dilek, umut ve kaçış, yakın çevreleri ile iletişime geçme, problemin paylaşılacağı gruplara katılma, konuşma, destek arama, konuyla ilgili okuma ve eğitimlere katılma, sorumluluk alma başa çıkma yöntemlerini kullanmayı seçmektedir. Erkekler ise dikkatlerini konudan uzaklaştırma, duruma odaklanmama, kaçınma, duygularını kontrol etme, başarılı olacağı işlere yönelme, problem çözme, başka yaşam hedefleri bulma, yaşamdan keyif alma gibi başa çıkma yöntemlerini kullanmaktadır. Literatürde infertilite stresi ile başa çıkma yöntemleri ile ilgili farklı sınıflandırmalara rastlanmaktadır. İnfertil çiftlerin yaşadıkları stres ve kullandıkları başa çıkma yöntemleri bakım verme sırasında değerlendirilmelidir. İnfertil bireyler için başa çıkılması oldukça güç olan bu kriz durumunda, bireylere gerekli danışmanlık ve desteğin sağlanmasında hemşirelere önemli görevler düşmektedir.

Anahtar Kelimeler: İnfertilite; stres; infertilite stresi; başa çıkma.

ABSTRACT Infertility is a crisis situation, which causes stress and is hard to cope with. It is reported in couples that women experience more stress and they use more methods to cope with stress than men. There are also differences between the methods women and men use to cope with. In coping with infertility stress women choose to use the methods like wishing, hope and avoidance, communicating with their inner circle, attending to groups where they can share their problems, talking, searching for support, reading and attending to educations about the subject and taking responsibility. On the other hand, men prefer the coping methods like drawing their attention away from the subject, not concentrating on the situation, avoidance, controlling his feelings, concentrating on the works that he can be successful, problem solving, finding other life goals and enjoying life. In the references, different grouping studies are found in terms of coping with infertility stress. The stress experienced by the infertile couples and the methods they use to cope with should be taken into consideration while giving care. Nurses have significant roles in consulting and supporting the infertile individuals in coping with this crisis situation, which is very hard to cope with.

Keywords: Infertility; stress; infertility stress; coping.

^a Dr., İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü

^b Doç.Dr., İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi

Geliş Tarihi:08.09.2014/Kabul Tarihi:24.10.2014

Yazışma Adresi: Dr.Tülay Yılmaz, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü, tulaymert@hotmail.com

*Çalışma "İnfertil Çiftlerin İnfertilite Stresiyle Başa Çıkma Yöntemleri, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ocak 2012, İstanbul" Doktora Tezinden türetilmiştir.

Giriş

İnfertilite bir yıllık korunmasız düzenli cinsel ilişkiye rağmen gebe kalamama olarak tanımlanmaktadır.^[1,2,3] Gelişmiş ülkelerde çiftlerin %8-10'unda infertilite görülmektedir.^[4] Dünya Sağlık Örgütü (WHO) geliştirmekte olan ülkelerde dört çiftten birinin infertiliteden etkilendiğini belirtmektedir.^[5] Türkiye'de ise 2008 yılında yapılan Türkiye Nüfus Sağlığı Araştırma verilerine göre infertilite oranının %2'nin altında olduğu varsayılmaktadır.^[6]

İnfertilite tıbbi, psikiyatrik, psikolojik ve sosyal sorunları beraberinde getiren, kültürel, dinsel ve sınıfsal yönleri olan, bireye özel, beklenmeyen stresörlerle karşılaştıran, toplumsal etiketlenmeyle sonuçlanan, cinsellikle ilgili başarısızlık, yetersizlik duyguları yaşanmasına neden olan, yaşamı değiştiren bir deneyimdir.^[7,8] Tüm bu nedenlerden dolayı infertilite tanısı çiftlerde nasıl başa çıkacaklarını bilmedikleri bir kriz meydana getirmektedir.^[9] Ayrıca çiftler infertilite tedavisi sürecinde, negatif gebelik testi sonucu ve yeni tedavilerde yorgunluk ve başarısızlık gibi bir çok beklenmedik durumla daha karşılaşp birbiri ardına yeni krizler yaşayabilmektedirler.^[10] Her bireyin beklenmedik bir olay karşısında gösterdiği tepki farklıdır.^[11] İnfertil bireylerin de infertilite tanısına ve tedavi sürecine uyumları farklı olmaktadır. Bireylerin infertiliteye uyumunu etkileyen faktörler arasında; kişilik yapıları, bilişsel gelişme dereceleri, ortaya çıkan olayın zamanı, birey tarafından algılanış şekli, kişinin bu duruma hazır olup olmaması, olaya yüklenen anlam, stres düzeyleri, uygun başa çıkma yöntemlerinin seçilip seçilmemesi ve çevresindeki kişilerden aldıkları destek sayılabilir.^[11,12]

İnfertilite ve Stres

Stres kişinin dışarıdan gelen tehditlere karşı kendini korumak amacıyla verdiği tepkidir. İnfertilitenin mi strese, stresin mi infertiliteye neden olduğu henüz açıklanamamıştır. Fakat infertilite ile artmış stres arasında bir ilişki olduğu kabul edilmektedir.^[13,14] Stresin infertilite üzerindeki etkisini gösteren ilk çalışmalar savaş sırasında veya sonrasında yapılmıştır. Nitekim amenore sıklığının

I. Dünya Savaşı sırasında Almanya, Polonya, Avusturya ve Rus toplumlarında arttığını gösteren ilk çalışma 1954 yılında yayınlanmıştır. 1990-1991 yıllarındaki Körfez Savaşı gazilerinde infertilite sıklığının arttığı bildirilmiştir.^[15] Stresin infertilite üzerindeki olumsuz etkilerinin ortaya konduğu bu çalışmalara paralel olarak infertilite ve yardımcı üreme tedavilerinin de çok boyutlu stresörler olduğu kabul edilmiştir. İnfertilite problemi sıklıkla çiftlerin birinde veya her ikisinde önemli bir stres kaynağı oluşturmaktadır.^[15,16] Stres kadın ve erkeği bireysel olarak etkilediği gibi çiftin birlikteliği üzerinde de etkili olmaktadır. Ayrıca stres, infertilite tedavisini kötü etkileyebileceği gibi, uygulanacak tedavi de stresi kötüleştirebilmektedir.^[15]

Stres ve infertilite arasındaki olumsuz etkileşimin yansımaları olarak kadınlarda ovulatuvar disfonksiyon ve luteal faz defekti gelişmesi, uterus ve fallop tüplerinin fonksiyonunda ve implantasyonda bozulma^[15] gözlenirken, erkeklerde ise seksüel performansla ilgili anksiyete, geçici sürelerle gelişen ereksiyon bozukluğu ve buna bağlı olarak koitus sıklığında azalma ve sperm kalitesinde bozulma gözlenmektedir. Stresin spermogram üzerindeki etkisi tartışmalı olmasına rağmen strese bağlı olarak sperm sayısı, hareketlilik, yapı ve şeklinin kötü yönde etkilendiği bildirilmektedir.^[15,17]

Stresin üreme üzerindeki etkisi genel olarak IVF (In Vitro Fertilization) hastalarında araştırılmıştır. Domar (2008) IVF siklusu öncesinde veya sırasında stres düzeyi ve gebelik sonuçları arasındaki ilişkiyi araştıran ve yeterli veri içeren 21 çalışmayı incelemiş, bu çalışmaların 15'inde stres ile gebelik arasında anlamlı ilişki olduğunu bulmuştur. En stresli hastalarda en düşük gebelik oranlarının tespit edilmesi bu ilişkiyi desteklemektedir.^[18] Aynı incelemede iki çalışmada bu yönde eğilim olduğunu tespit edilmiş, dört çalışmada ise herhangi bir ilişki bulunamamıştır.^[14,18] Newton ve arkadaşlarının (1999) yaptığı bir çalışmada da kadınlar erkeklere oranla her konuda daha fazla stres yaşadıklarını tarif etmişlerdir. Ayrıca infertilite nedeninin erkeğe ait olduğu durumlarda kadın ve erkeklerde stres, cinsel

ve sosyal yaşamda endişe daha yüksek düzeyde bulunmuştur.^[19] Stresin etkilerini belirlemeye yönelik Domar ve arkadaşlarının (2004) yaptığı bir başka araştırmada ise 151 kadın IVF siklusu öncesinden başlanarak incelenmiştir.^[20] Stres düzeyleri ile toplanan oosit sayısı, fertilizasyon oranları, embriyo transfer sayısı, gebelik oranları, toplam doğum, canlı doğum ve bebek doğum ağırlıkları arasında negatif ilişki olduğu bulunmuştur.^[14] Bugüne kadar yapılan araştırmaların çoğu, stresin yardımcı üreme tekniklerinin etkinliğini düşürdüğü hipotezini desteklemektedir. Ancak bunun hangi mekanizma ile gerçekleştiği bilinmemektedir.^[17,18]

İnfertilite ve yardımcı üreme tedavilerinin psikolojik boyutlarını ortaya koyan birçok çalışmada infertilitenin, bireylerin stres, depresyon ve anksiyete düzeyinde artışa neden olduğu ortaya konmuştur.^[13,18,19,21,22,23] İnfertilite depresif belirtilerin ortaya çıkmasında da önemli bir risk faktörü olarak kabul edilmektedir.^[24,25] Moghadam ve ark. (2011)'nin araştırmasında, şiddetli depresyonun kadınlarda erkeklerden daha fazla görüldüğü bulunmuştur.^[26] Fido ve Zahid (2004)'in infertil ve sağlıklı gebe kadınları karşılaştırdıkları bir araştırmada, depresyon infertil kadınlarda daha yüksek belirlenmiştir.^[27] Yılmaz (2012)'in araştırmasında infertil çiftlerde kadınların depresif belirtileri erkeklerden daha fazla gösterdikleri bulunmuştur.^[28] Holter ve ark. (2006)'nin yaptıkları çalışmada IVF tedavisi öncesinde kadınların erkeklerden daha depresif ruh hali içinde oldukları saptanmıştır.^[29] İnfertil kadınların depresif belirtiler göstermeye yatkın oldukları görülmektedir. Bu yüzden infertilite tedavisi gören çiftlere verilecek bakım yaklaşımı depresif belirtilerin erken tanınması ve kadınlara bu yönde daha destekleyici bir bakım verilmesi şeklinde olmalıdır.

Hammarberg ve ark. (2001)'nin yardımcı üreme tekniklerini deneyimleyen kadınlarla yaptıkları bir çalışmada; infertilite ile ilgili yapılan tetkik sonuçlarını bekleme,

yardımcı üreme teknikleri tedavisine başlama, oosit toplama işlemi, embriyo transferi sonrasında sonucu bekleme ve tedavinin başarısız olduğunu öğrenmeyi içeren süreçlerin özellikle stresli olduğu belirlenmiştir.^[30] İnfertil kadınların önemli derecede duygusal stresi olduğu bildirilmiştir. Yaşanan bu stres tedaviyi güçleştirmekte, etkinliğini azaltmakta ve bireylerin başarılı olabilecek bir tedaviyi bırakma eğilimlerini arttırmaktadır.^[18] Yardımcı üreme tedavileri uygulanan çiftlerin, tedavi süreçlerinin stresli olmasından dolayı, duygusal ve fiziksel bakım ihtiyaçlarının karşılanması gerekmektedir.^[21] Çünkü tedavi sonucu başarısız olduğunda, kişilerin tedaviye devam edip etmeme kararını vermesinde yaşadıkları stres düzeyinin etkili olduğu bildirilmiştir.^[14]

Çiftler oldukça stresli olan infertilite tedavisini bırakma nedenleri olarak psikolojik yük, umutlarını kaybetme ve tedavinin gidişatının kötü olmasını belirtmişlerdir.^[18] İsveç'te Olivius ve arkadaşlarının (2004) 974 infertil çiftle yapmış olduğu bir çalışmada hastaların tedaviyi bırakma nedeni "psikolojik yük" olarak bulunmuştur.^[31] Avustralya'da Hammarberg ve ark. (2001)'nin yaptığı çalışma da aynı sonuçları göstermiştir.^[30] Tedaviyi bırakan çiftlerin %66'sı neden olarak yaşadıkları duygusal zorlukları bildirmiştir.^[18] Türkiye'de ise infertilite tedavisini bırakma nedenlerini tanımlayan bir çalışmaya rastlanmamıştır. İnfertil çiftlerin yaşadıkları stres ve psikolojik yükleri azaltılarak tedaviye devam etmeleri sağlanmalıdır.

İnfertilite tedavi sürecinde çiftlerin infertiliteye özgü streslerini ölçmede kullanmak üzere 1996 yılında Schimdt (2006) "İnfertilite Stresi Ölçeği" geliştirmiş^[32] ve ölçeğin Türkiye'deki geçerlilik ve güvenilirliği Yılmaz (2012) tarafından yapılmıştır.^[28] Bu ölçeğin kullanılması ile bireylerin infertiliteye özgü stres düzeyleri belirlenebilecek ve hemşirelik bakımının planlanmasında kolaylık sağlayacaktır. Tablo 1'de farklı çalışmalarda kadın ve erkeklerin aldığı stres puanları verilmiştir.

Tablo 1. Farklı çalışmalardaki infertilite stresi ölçeği puanları

İnfertilite Stresi Ölçeği	Schmidt (2006)		Peterson ve ark. (2008)		Peterson ve ark. (2009)		Yılmaz (2012)	
	Kadın Mean±SD	Erkek Mean±SD	Kadın Mean±SD	Erkek Mean±SD	Kadın Mean±SD	Erkek Mean±SD	Kadın Mean±SD	Erkek Mean±SD
Kişisel alan	8.26±4.60	5.34±3.80	8.25±4.60	5.36±3.79	8.44±0.34	5.38 0.31	8,96±5,39	6,58±5,20
Evlilik alanı	3.96±3.19	3.82±3.14	3.95±3.19	3.82±3.14	4.48±0.23	4.22 0.25	3,44±3,47	2,95±3,08
Sosyal alan	2.24±2.55	1.45±2.19	2.24±2.55	1.45±2.19	2.36±0.17	1.67 0.17	2,16±2,75	2,12±3,03

İnfertilite Stresi ile Başa Çıkma Yöntemleri

Baş çıkma en genel ifade ile stresin kontrol altına alınması ve düzenlenmesinin bir yoludur.^[8] Stresöre verilecek tepki, olayın yorumlanmasıyla birlikte başlar ve baş çıkma yöntemlerinin kullanılması ile sonuçlanır.^[15] Stres verici olaylar ya da etkenlerin olumsuz etkilerini en aza indirmek veya tümüyle ortadan kaldırmak için bazı baş çıkma yöntemlerini kullanmak evrensel bir tutumdur.^[25] Baş çıkma yöntemleri bireyin stresörlerle baş çıkma yeteneğine yardım eden, zor durumlarda bireyin dayanma amacıyla gösterdiği bilişsel, duygusal ve davranışsal tepkilerdir. Birey bu baş çıkma yöntemlerini öğrenim ve deneyimler sonucunda kazanır. Her bireyin kullandığı baş çıkma yöntemi kendine özgü bir nitelik taşımaktadır.^[33,34,35]

Lazarus (2006) stresi birey ile çevresi arasındaki etkileşim süreci olarak görür.^[36] Birey öncelikle stresörü kendi açısından değerlendirmektedir. Stresörü değerlendirdikten sonra baş çıkma yöntemlerini kullanmaya başlar. Lazarus ve Folkman (1984) stresle baş çıkmayı “kişinin kaynaklarını tüketici veya aşırı derecede zorlayıcı olarak değerlendirdiği talepleri yönetme süreci” olarak tanımlamaktadır.^[37,38]

Bu tanıma göre baş çıkmayla ilgili dört kavram üzerinde durulmaktadır;

- Baş çıkma bir süreç veya birey ile çevresi arasındaki süregelen karmaşık bir etkileşimdir.
- Baş çıkma yok etme yerine yönetim ile ilişkilidir (Strese gerçekçi bir bakış açısıyla bakılmakta ve her problemin üstesinden gelinemeyebileceği öngörülmektedir).
- Bir durum stres yaratan olarak değerlendiriliyorsa kişi için stres yaratan olmaktadır. Bu tanım değerlendirme kavramını da içinde bulundurmaktadır.
- Baş çıkma, bir çaba gösterme olup potansiyel stres verici durumu yönetmeye

ilişkin bilişsel ve davranışsal çabaları içermektedir.

Stresle baş çıkma olgusu bir süreç olarak incelendiğinde, bireyin stres kaynağına ilişkin değerlendirmeler yaptığı görülmektedir ve baş çıkma süreci bilişsel değerlendirme ile başlamaktadır. Bilişsel değerlendirmede ilk önce kişi karşılaştığı durumla ilgili ayrıntıları inceler ve şimdi ve gelecekte ortaya çıkabilecek sonuçları değerlendirir. Bu değerlendirme sonrasında hangi baş çıkma yöntemlerini kullanacağına karar verir.^[38] Kişilerin kullandığı baş çıkma yöntemleri, etkili ve etkisiz olmak üzere iki grupta toplanmaktadır.^[39,40] Etkisiz baş çıkma yöntemleri; reddetme, bastırma ve yansıtma gibidir. Bu yöntemlerinin uzun süre kullanılması sonucunda alkol ya da maddeye sığınma, saldırganlık, kaçma, kişiler arası ilişkilerde bozulma, içe kapanma, tükenme, intihar ve depresyon gibi olumsuz davranışlar ortaya çıkabilmektedir.^[39,41] Etkili baş çıkma yöntemleri ise; bedene yönelik yöntemler, duygu ve düşüncelere yönelik yöntemler ve duruma yönelik yöntemler olarak üçe ayrılır. Bedene yönelik yöntemler; solunum egzersizleri, spor, çeşitli gevşeme yöntemleri (yoga, meditasyon v.b.), doğru beslenmeyi içerir. Ayrıca duygu ve düşüncelere yönelik yöntemler ise, stres yaratan durumları kendini geliştirme olarak algılama, duygularını başkaları ile paylaşma, duygularını açıkça ifade edebilme olarak açıklanabilir. Duruma yönelik yöntemler ise zamanı iyi kullanma, sosyal destekten yararlanma, iletişim becerilerini geliştirme, problem çözme becerilerini geliştirmedir.^[39,41]

Lazarus ve Folkman (1984) baş çıkma yöntemlerini problem odaklı ve duygusal odaklı olmak üzere ikiye ayırmıştır. Problem odaklı baş çıkma yöntemlerinde birey karşılaştığı soruna odaklanır, problemle nasıl baş çıkacağı ve problemi nasıl çözeceği üzerine yoğunlaşır.^[37] Bu baş çıkma yöntemi

stres yaratan durumun unsurlarını doğrudan değiştirmeye yönelik etkinlikleri içerir. Problem odaklı başa çıkma başlığı altında ise, kendini kontrol altında tutma, sorumluluğu kabul etme, planlı bir biçimde problem çözme ve sorun üzerinde olumlu olarak durma gibi eğilimler yer almaktadır. Problem odaklı başa çıkma yöntemleri kontrol edilebilen durumlar için uygundur. Duygusal tepkiye dayalı başa çıkma yöntemlerinde ise birey sorunun yarattığı duygularla başa çıkmaya çalışmaktadır. Bu başa çıkma yöntemi, stres durumunun yarattığı olumsuz duyguların kontrol altına alınıp, olumlu bir yöne odaklanmasına yönelik davranışları kapsar. Duygu odaklı başa çıkma başlığı altında kaçma-kaçınma, inkar, sorundan uzak durma, sosyal destek arama, yüzleştirici başa çıkma, kuruntulu düşünme, zihinsel anlamda sorunla meşgul olmama gibi eğilimler yer alır. Duygusal tepkiye dayalı başa çıkma yöntemleri kontrol dışı durumlarda kullanılır. İnfertilite tedavisine başlayan çiftler hem kontrol edilebilen hem de edilemeyen durumlarla karşılaşılır.^[17,38,39]

İnfertilite başa çıkılması zor bir kriz durumudur.^[42] İnfertilite sorununun yanı sıra, üreme yardımı için uygulanan tanı ve tedavi yaklaşımları da çiftin sorunla başa çıkmasını zorlaştırmaktadır.^[43] Bireyin kendi kültürü ve değerler sistemi içinde kendisinden beklenen psikolojik, fiziksel ve sosyal işlevlerini yerine getirememesi durumunda buna bağlı olumsuz sonuçları en aza indirmek ya da tamamen ortadan kaldırmak için başa çıkma yöntemlerini kullanması gerekmektedir.^[33] Çiftler, infertilite tanı ve tedavi sürecinde kullandıkları başa çıkma yöntemleri ile infertilite krizini yönetebilmektedirler.^[8,13] Bu yüzden infertil çiftlerin psikososyal değerlendirmesinde çiftlerin yaşadıkları güçlükler ve kullandıkları başa çıkma yöntemleri değerlendirilmelidir.^[9]

Literatürde infertilite stresi ile başa çıkma yöntemleri ile ilgili farklı sınıflandırmalara rastlanmaktadır. İnfertilite stresi ile başa çıkma yöntemlerini Peterson ve arkadaşları (2006) meydan okuyarak başa çıkma, uzaklaştırma, kendini kontrol etme, sosyal destek arama, sorumluluğu kabul etme, kaçış/uzak durma, planlı problem çözme ve pozitif yeniden değerlendirme olarak sekiz alt boyutta toplamışlardır.^[8] Lechner ve arkadaşları (2007) infertilite ile ilgili yaptıkları çalışmada başa çıkma yöntemlerini aktif ve pasif olmak üzere iki alt boyutta toplamışlardır.^[44] Bayley ve arkadaşları (2009) infertilite ile başa çıkma yöntemlerini kendini suçlama-kaçınma, emosyonel destek arama ve bilişsel yeniden yapılandırma olarak üç alt boyutta değerlendirmişlerdir.^[45] Schmidt, Christensen ve arkadaşları (2005) ise çalışmalarında infertilite stresi ile başa çıkma yöntemlerini; aktif-yok sayma başa çıkma yöntemi, aktif-mücadele etme başa çıkma yöntemi, pasif-yok sayma başa çıkma yöntemi, anlam bulma temelli başa çıkma yöntemi olarak dört alt boyutta incelemişlerdir.^[46] İnfertilite tedavi sürecinde çiftlerin infertilite stresi ile başa çıkma yöntemlerini ölçmek üzere 1996 yılında Schmidt (2006) “İnfertilite Stresi ile Başa Çıkma Ölçeği” geliştirmiş^[32] ve ölçeğin Türkiye’deki geçerlilik ve güvenilirliği Yılmaz (2012) tarafından yapılmıştır.^[28] Bu dört alt boyuta göre yapılmış farklı çalışmalarda kadın ve erkeklerin aldığı başa çıkma yöntemlerinin puanları Tablo 2’de verilmiştir. İnfertil çiftlerin kullandıkları başa çıkma yöntemlerinin bilinmesi etkili başa çıkma yöntemlerinin desteklenmesine, etkisiz başa çıkma yöntemlerinin ise bırakılmasına yönelik girişimlerin planlanmasına olanak sağlayacağı için önemlidir.

Tablo 2. Farklı çalışmalardaki infertilite stresi ile başa çıkma ölçeği puanları

	Schmidt ve ark. (2005)		Schmidt (2006)		Peterson ve ark. (2008)		Yılmaz (2012)	
	Kadın Mean±SD	Erkek Mean±SD	Kadın Mean±SD	Erkek Mean±SD	Kadın Mean±SD	Erkek Mean±SD	Kadın Mean±SD	Erkek Mean±SD
Aktif yok sayma başa çıkma yöntemi	6.98±2.27	6.02±1.98	6.98±2.27	6.01±1.98	6.98±2.27	6.02±1.98	7,95±2,79	7,29±2,69
Aktif mücadele etme başa çıkma yöntemi	15.67±4.09	13.42±3.48	15.67±4.09	13.42±3.48	6.06±3.67	13.61±3.39	15,00±3,94	13,19±3,90
Pasif yok sayma başa çıkma yöntemi	9.13±1.97	8.46±2.15	9.13±1.97	8.46±2.15	9.18±1.93	8.51±2.13	7,83±2,58	7,10±2,58
Anlam bulma temelli başa çıkma yöntemi	11.20±2.99	10.47±2.89	11.20±2.99	10.47±2.89	11.35±2.90	0.60±2.81	13,42±3,57	13,15±3,60

İnfertilite stresi ile başa çıkmada kadınlar ve erkekler farklı başa çıkma yöntemleri kullanmaktadırlar.^[8,19,46,47,48] Kadınlar daha çok dilek, umut ve kaçış^[8,10,19,49], yakın çevreleri ile iletişime geçme, problemin paylaşılacağı gruplara katılma, konuşma, destek arama, konuyla ilgili okuma ve eğitimlere katılma,^[47,8,10,19] sorumluluk alma^[8] başa çıkma yöntemlerini kullanmayı seçmektedir. Erkekler ise, dikkatlerini konudan uzaklaştırma, duruma odaklanmama, kaçınma, duygularını kontrol etme, başarılı olacağı işlere yönelme,^[8,19] problem çözme, başka yaşam hedefleri bulma, yaşamdan keyif alma^[8,10] gibi başa çıkma yöntemlerini kullanmaktadır. Ried ve Alfred (2013)'in geleneksel tedavi arayışında olan infertil kadınlarla yaptığı çalışmada kadınların en sık aktif ve planlama, daha sonra da tavsiye arama, kişisel gelişim ve duygusal destek arama başa çıkma yöntemlerini kullandıkları bulunmuştur.^[50]

Kadın ve erkeklerin infertilite sürecinde kullandıkları başa çıkma yöntemlerinin farklı olabildiğini bilmeyen çiftler, eşinin davranışlarını yanlış yorumlayabilir ve olumsuz yargılarda bulunabilir. Özellikle tedavinin olumsuz sonuçlandığı durumlarda yaşanan hayal kırıklığı, öfke ve umutsuzluk ile birlikte karşılıklı suçlamalar da artar. Erkek, eşini aşırı duygusal olmakla, abartılı davranmakla suçlarken, kadın da eşini duygusuz olmakla, yeterince önemsememekle suçlayabilir. Bu tablonun yaşanmasını önlemek için, çiftler tedaviye başlarken sorunlarla başa çıkma yöntemlerinin farklı olabileceği konusunda bilgilendirilmelidir. Bilgilendirme, çiftlerin karşılıklı yanlış yargılamalarını önleyerek birbirlerine daha çok destek vermelerini sağlayacaktır.^[51]

İnfertilite krizini yönetebilmek için infertil çiftler infertilite sorunu ile başa çıkabilme gücünü arttırmalıdır.^[46] İnfertil hastalarda strese yönelik yapılan psikolojik destek girişimleri, olumlu tedavi sonuçları, stresle başa çıkma becerisinin artması, gebelik oranlarının artması ve psikolojik semptomların azalması ile ilişkilidir.^[14,18,52] İnfertilite kliniklerinde çalışan ekibin infertil

bireylere yaklaşımlarının stresi azaltıcı ve etkili başa çıkma yöntem kullanımını destekleyici biçimde olması gerekmektedir. İnfertilite ekibi içinde yer alan hemşireler bu süreci yönetmede etkin rol almaktadırlar.

İnfertilite Stresi ile Başa Çıkmada Hemşirelik Bakım Yönetimi

İnfertilite kliniklerinde başarı, ekibin her üyesinin rol ve sorumluluklarını yerine getirmesine bağlıdır. Hemşire infertilite ekibi içinde öykü alma, değerlendirme, tanılama, tanı testlerinin takibi, uygulanacak tedavinin desteklenmesi, hastanın eğitimi, danışmanlığı gibi birçok alanda etkin rol oynamaktadır.^[53] Ayrıca hemşire, infertil bireylerle en sık karşılaşan ve en fazla vakit geçiren sağlık personeli^[54] olduğu için infertil birey/çiftlerin bakımında önemli bir yere sahiptir.

Terzioğlu ve ark. (2001)'nın Türkiye'de yaptıkları bir çalışmada tedavi sırasında günlük bilgi ve destek alan infertil çiftlerin anksiyete ve depresyon skorlarının daha düşük ve yaşam memnuniyetleri ve gebelik oranlarının daha yüksek olduğu bulunmuştur.^[55] Boivin (2003)'in yaptığı sistematik bir incelemede ise infertil bireylere yapılan psikososyal müdahalelerin evlilik ve sosyal alandaki olumsuz etkileri azalttığı belirtilmiştir.^[56] Görüldüğü gibi hemşirelerin infertil hastalara fiziksel olduğu kadar psikolojik açıdan da destek olmaları gerekmektedir.^[54] Bu desteğin sağlanması için infertil çiftlerde tedaviye yardım eden sağlık profesyonellerine uygun stratejiler geliştirilmiştir. Hemşire verdiği bakımın içerisinde bu stratejilerden yararlanmalıdır. Bunlar; empati, güçlendirme ve ileriye yönelik rehberliktir.^[10]

Empati: Hasta ile her etkileşimin temeli empati olmalıdır. Empati, duygusal bir hassasiyet olarak tanımlanmıştır. Bu, diğer kişilerin duygu ve düşüncelerini anlamayı gerektirir. Empatik dinleme yapıldığında hasta söylemek istediklerini söyleyebilir. Bazen sadece empati yapanla etkileşim hasta için son derece yararlıdır.^[10]

Güçlendirme: İnfertil hastalar güçlendirilmelidir. Bunun için sağlık önemli rol oynarlar. Öneriler, sağlık bakım ekibi tarafından yapılır. Hastalar yaşam hedefleri, değerleri ve kaynaklarını gözden geçirmeye teşvik edilir.^[10]

İnfertil hastaların güçlendirilmesini sağlamada bir başka konu da başarı ve başarısızlık kavramlarını algılamalarında hastalara yeniden yardımcı olmaktır. İnfertil çiftler bir bebeği eve götürmeyi başarı olarak algılamaktadırlar. Oysa bebek sahibi olamayan fakat yeni yaşam hedefleri bulan ve gelecek için plan yapan çiftler de bu süreç ile başarılı bir şekilde başa çıkmış sayılır.^[10]

İleriye yönelik rehberlik: Bilgi sağlama, hastaları güçlendirmede diğer bir yoldur. Hastalar tedavi seçeneklerini bildiklerinde ve kendi tedavi seçeneklerine karar verme aşamasına katıldıklarında kontrolü tekrar sağladıklarını hissederler. Böylece tedavi uygulamalarındaki hatalar önlenir ve hastanın endişesi azaltılabilir. Bilgi edinme konusunda toplum kaynaklarını kullanma, hasta destek gruplarına dahil olma, gevşeme eğitimi alma ve sorun çözümü yöntemlerini öğrenmeyi içeren destek sistemleri hastaya önerilebilir. Destek için oluşturulan kriz telefon hatları ve profesyonel terapistlerden hastaların küçük bir bölümü yararlanabildiği için hastalara güvenilir internet kaynakları da tavsiye edilebilir.^[10]

Hemşire, başa çıkma konusunda destek verirken “baş etmede güçlenmeye hazır oluş” NANDA (North American Nursing Diagnosis Association) hemşirelik tanısı doğrultusunda, bireyin/çiftin stresörler ile baş etmesini güçlendiren veya yeni baş etme stratejileri tanımlamasına yönelik girişimler planlar.^[57] Bu girişimler planlanırken şunlara dikkat edilmelidir;

- İnfertilite kliniklerinde çalışan hemşireler öncelikle çiftleri ayrı ayrı değerlendirmelidir. Bu değerlendirme sonucunda infertilite stresi ve uyum güçlüğü açısından yüksek risk altında olan bireyler tespit edilmelidir. Bu bireylerin infertilite ile ilgili stres için tanımlanmış risk faktörlerinin en aza indirilmesi ve koruyucu faktörlerin güçlendirilmesi için destek sağlanmalıdır.^[58]

profesyonelleri hastaların karar almasında ve seçimlerinde ayrıca hastaları desteklemede

- Hemşire infertilite danışmanlığı yaparken infertil bireyleri/çiftleri infertilite nedeniyle oluşabilecek stres konusunda bilgilendirmeli, bireyin/çiftin infertilite stresiyle başa çıkma yöntemlerini değerlendirmeli, stresle başa çıkma yöntemlerinin kullanımı açısından kadın ve erkek arasındaki fark konusunda bilgilendirme yapmalı, bireyin/çiftin uygun başa çıkma yöntemlerine karar vermesine yardım ederek bir yol haritası belirlenmesine yardımcı olmalıdır.^[47,53,54,59]
- Bakım sürecinde infertil bireyin/çiftin stresle başa çıkma yöntemlerini, duygularını ifade etme şekillerini, kaygılarını, kayıp sonucundaki davranışları gözlemlenmelidir. Bu gözlemler sonucunda hemşire, yardım alması gereken birey/çift uzmanla yönlendirilmelidir.^[53,60]
- Bireylerin/çiftlerin önceden kullandığı problem çözme deneyimlerine dayalı becerileri ortaya çıkarılmalı ve etkin olan başa çıkma yöntemlerini kullanmaları konusunda desteklenmelidir.^[61,62]
- İnfertil bireylerin/çiftlerin infertilite eğitim ve tedavisi hakkındaki düşüncelerini ifade etmeleri sağlanarak, infertilite durumu üzerindeki kontrollerini artırma yolları aranmalıdır.^[61,62]
- Bireylere/çiftlere tedavi için seçenekler verildiğinde ve kendilerinin karar vermeleri sağlandığında yaşadıkları kontrol kaybı duygusunun hafifleyeceği unutulmamalıdır.^[62]
- Hemşire bireylerin/çiftlerin tüm seçenekleri bilerek uygun bir karara varabilmeleri için her seçimin olumlu ve olumsuz yönlerinin belirlenmesinde yardımcı olmalıdır.^[61]
- Hemşire, yapılacak uygulamaları ve bunların amaçlarını bireylerin/çiftlerin anlayabileceği bir dille açıklamalıdır. Daha önceden verilen tıbbi bilgiler desteklenmeli ve internet gibi dış kaynaklardan alınmış bilgilerin doğruluğu değerlendirilmelidir. Çiftlerin bu konuda soru sormalarına fırsat verilmeli ve onlardan geri bildirim alınmalıdır.^[61]

- Destek gruplarına katılmak bireye/çifte infertilite probleminde yalnız olmadığını gösterir ve kendisiyle aynı sorunu paylaşan diğer kişilerle etkileşim olanağı sağlar. Çiftler, acı verici buldukları arkadaş ve aile ilişkilerinden uzaklaştıkları için sosyal destekleri yetersiz olabilir. Duygusal boşalma, ait olma duygusu ve bilgi kaynağı sağlaması için hemşire onları destek gruplarına yönlendirmelidir.^[61,62]
- Bireyin/çiftin problemini ailesi ve arkadaşlarıyla paylaşması yararlı olabilir. Bireyin başkaları tarafından dinlenmeye ihtiyacı olduğu unutulmamalıdır.^[61]
- Çiftlere randevu öncesi yaşadıkları sorunları ve merak ettikleri konuları yazarak listelemeleri önerilmelidir.^[62]
- Girişimlerin çoğu kadın bedeni üzerinde gerçekleştirilse de, erkek bu süreçte eşini yalnız bırakmamalıdır. Randevulara eşle birlikte gidilmesi, yapılan testlerin ve uygulanan girişimlerin eşler tarafından anlaşılmasının, paylaşım açısından önemi vurgulanmalıdır.^[62]
- Eşlerin birbirlerine destek olmaları sağlanmalıdır. Her iki eş için de bu süreç gerçekten güç ve travmatiktir. Eşler arasında duygu ve endişelerin paylaşılması bu zorlu sürecin aşılmasında büyük yarar sağlamaktadır. Birbirlerine destek olmak ve sorunla birlikte uğraşmak, stresi azaltmada ve eşler arasındaki iletişimin gelişmesinde etkili olacaktır. İnfertil pek çok birey/çift için bu deneyimin ilişkiyi güçlendirdiği ve yeni bir güvenlik alanı oluşumunu keşfettikleri bildirilmiştir.^[47,62,63,64]
- Pozitif bir kişisel imajın gerçekleştirilmesine yardım edilmelidir. Hemşire onlarla birlikte kendilerini iyi hissetmelerini sağlayan aktiviteler ve rekabet alanları belirlemelidir. İnfertil bireyler, hobiler, spor veya gönüllülük işleri gibi aktiviteler için cesaretlendirilmelidir.^[61]
- İnfertilite stresi ile başa çıkmada kadınların din ve maneviyatı kullandıkları görülmektedir. Roudsari ve arkadaşları (2014) infertilite stresi ile başa çıkmak için İran ve İngiliz kadınların din ve maneviyatı kullanımını araştırmışlardır. Bu araştırma sonucunda araştırmacılar kadınların dini ve maneviyatı; kendi kendilerine duygularını kontrol edebilmek, dini başa çıkma yöntemlerini uygulamak ve infertilite sıkıntısını barışçıl bir şekilde ele almak gibi düşüncelerle kullandıklarını ve temelde de bu düşüncelerin daha yüksek bir varlığa dayanmayı içerdiğini bulmuşlardır. Araştırmacılar hangi dini ve manevi başa çıkma yöntemleri kullanımının infertiliteye uyumu desteklediği konusunda yeni çalışmalar önermektedirler.^[65]
- İnfertilitenin algılanmasında kültürler arasında farklılıklar vardır. Örneğin Nijerya'da infertileden genellikle kadın sorumlu tutulmakta, Afrika'da kadın nedenli infertilite boşanma sebebi olarak kabul edilmekte, Çin'de infertilite kadın ve erkek için toplum içinde kabul duygusunun yitirilmesine neden olmakta, Hindistan'da doğurgan olmayan kadın lanetli kabul edilmektedir. Türkiye'de ise çocuk sahibi olma evliliğin temeli olarak değerlendirilmektedir.^[66] Fakat tüm kültürlerde daha çok kadınların olumsuz etkilendiği görülmektedir. İnfertilite stresi ile başa çıkma yöntemlerini güçlendirmek için yapılacak hemşirelik desteğinde birey/çiftin kültürel yapı ve farklılıkları da göz önünde bulundurulmalıdır.
- İnfertil çiftler infertilite stres algısını azaltmak için masaj, akupunktur ve tamamlayıcı tıp arayışlarına girmektedir.^[67] Ried ve Alfred (2013)'in yaptığı çalışmada kadınların yoga veya meditasyon, spor salonunda çalışma veya uzun yürüyüşler, kendi kendine hipnoz, bulmaca çözme, shiatsu (bir tür Japon masajı) ve kinesiyojoloji (kas bilim) gibi uğraşlarda buldukları belirtilmektedir.^[50] Edirne ve ark. (2010)'nın Türkiye'de yaptıkları bir çalışmada infertil hastaların büyük çoğunluğunun en az bir kez tamamlayıcı ve alternatif tıp uygulaması kullandığı bulunmuştur.^[68] İnfertilite hemşireleri birey/çiftin kullandığı tamamlayıcı tıp uygulamalarını öğrenmelidir. Çünkü önerilen diyet destekleri ile tedavi etkilenebileceği için bazen istenmeyen sonuçlara neden

olmaktadır. Akupunkturun olumlu etkilerinin olduğu öne sürülmekte, etkinliği için daha fazla çalışmaya ihtiyaç olduğu bildirilmektedir.^[67]

Sonuç ve Öneriler

İnfertil bireyin/çiftin infertilite stresi yaşadığı ve bu stresle başa çıkmak için başa çıkma yöntemleri kullandığı bilinmektedir. Bu dönemde infertil bireyin/çiftin desteklenmesi gerekmektedir. Bu destekleme sırasında var olan başa çıkma yöntemlerinin ortaya çıkarılması veya yeni başa çıkma yöntemleri geliştirilmesine yardım edilmesi gerekmektedir. Hemşire bu süreçte infertil bireyin/çiftin desteklenmesine yardım eden sağlık profesyoneli. İnfertil bireye/çifte verilen hemşirelik bakımında etkili başa çıkma yöntemlerinin desteklenmesi ve etkisiz başa çıkma yöntemlerinin değiştirilmesine yönelik girişimler planlanması önemlidir. Bu yüzden infertilite tedavisi olan bireyin/çiftin infertilite stres düzeyinin ve infertilite stresi ile başa çıkma yöntemlerinin tanımlanması ilk değerlendirmede yapılmalı ve sonrasında da izlenmelidir. Türkiye’de infertil bireylerin/çiftlerin kullandıkları başa çıkma yöntemlerinin belirlenmesi için niceliksel çalışmalara ihtiyaç vardır. Ayrıca kullanılan başa çıkma yöntemlerinin etkilerinin değerlendirildiği uzunlamasına çalışmalar yapılmalıdır.

Ayrıca hemşirelik bakımının planlanmasında hemşirelik kuramcılarının modellerinin kullanılması bireylere kavramsal bir yapı çerçevesinde bütüncül bir bakım verilmesini sağlayacaktır.^[69] Fakat infertilite tedavisi uygulanan hastanın bakımına yönelik kullanılmakta olan üzerinde çalışılmış ve denenmiş bir model henüz bulunmamaktadır. Kaliteli bir bakım verilmesi için çeşitli kuramcılarının modellerinin denendiği araştırmaların yapılması ve bakımda kullanılacak modellerin ortaya çıkarılması büyük fayda sağlayacaktır.

Kaynaklar

1. Çivi S. İnfertilite epidemiyolojisi. [The epidemiology of infertility]. Çiçek N. editör. Temel üreme endokrinolojisi ve infertilite. Ankara: Palme Yayıncılık; 2007. s. 1-10.

2. Zegers-Hochschild F, Adamson GD, de Mouzon J, Ishihara O, Mansour R, Nygren K, Sullivan E, Vanderpoel S. The International Committee for Monitoring Assisted Reproductive Technology (ICMART) and the World Health Organization (WHO) Revised Glossary on ART Terminology, 2009. *Fertility and Sterility* 2009; 92(5):1520-1524.
3. Wright KP, Johnson JV. İnfertilite. [Infertility]. Gibbs RS, Karlan BY, Haney AF, Nygaard I. editör. Danforth’s obstetrik ve jinekoloji. Ankara: Güneş Tıp Kitapevleri; 2010. s. 705-715.
4. T.C. Sağlık Bakanlığı AÇSAP (Ana-Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması) Genel Müdürlüğü. Ulusal aile planlaması hizmet rehberi, kontraseptif yöntemler. [Guide the national family planning services, contraceptive methods]. Ankara: Damla Matbaacılık; 2000. s. 320-322.
5. Rutstein SO, Shah IH. Infecundity, Infertility, and Childlessness in Developing Countries. DHS Comparative Reports No.9. World Health Organization, Geneva, Switzerland 2004. Erişim tarihi; <http://www.who.int/reproductivehealth/to pics/infertility/DHS-CR9.pdf>
6. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları (TNSA) (2008) Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Ankara. Erişim tarihi: 30.10.2014 (http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2008/data/TNSA-2008_ana_Rapor-tr.pdf).
7. Guz H, Ozkan A, Sarisoy G, Yanik F, Yanik A. Psychiatric symptoms in Turkish infertile women. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology* 2003; 24:267-271.
8. Peterson BD, Newton CR, Rosen KH, Skaggs GE. Gender differences in how men and women who are referred for IVF cope with infertility stress. *Human Reproduction* 2006; 21(9):2443-2449.
9. Özçelik B, Karamustafalıoğlu O, Özçelik A. İnfertilitenin psikolojik ve psikiyatrik yönü. [The psychological and psychiatric aspects of infertility]. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2007; 8:140-148.
10. Draye MA. Emotional aspects of infertility. In: Lemcke D, Pattison J, Marshall LA, Cowley DS. editor. Current

- care of women diagnosis & treatment. McGraw-Hill: Lance Medical Books; 2004. p. 572-576.
11. Varcarolis EM. Crisis and crisis intervention. Foundations of Psychiatric Mental Health Nursing. Third Edition. Philadelphia: W.B. Saunders Company; 1998.
 12. Demirci H. İnfertilitenin çiftler üzerindeki psikososyal ve psikoseksüel etkileri. [Psychosocial and psychosexual effects on couples of infertility]. Kızılkaya Beji N. editör. İnfertilite sorunu, yardımcı üreme teknikleri ve hemşirelik yaklaşımı. İstanbul: Emek Mat.; 2001. s. 103-117.
 13. Türkçapar F, Vardereh K, Türkçapar MH. İnfertilite ve psikolojik boyutları. [Infertility and psychological dimensions]. Çiçek MN. editör. Temel üreme endokrinolojisi ve infertilite. Ankara: Palme Yayıncılık; 2008. s. 339-344.
 14. Kendirci A. İnfertilitenin çiftler üzerinde yarattığı stresin çözümünde tamamlayıcı tedavi yaklaşımları. [Complementary treatment approaches in the solution of the stress on couples of infertility]. 4. Ulusal Üreme Endokrinolojisi ve İnfertilite Kongresi. Antalya; 2010. s. 191.
 15. Dilbaz S. Stres ve infertilite. [Stress and infertility]. 4. Ulusal üreme endokrinolojisi ve infertilite kongresi. 2010. s. 145.
 16. Jose-Miller AB, Boyden JW, A.Frey K. Infertility. *American Family Physician* 2007; 75(6):849-856.
 17. Yoldemir T. Stres ve fertilité.[Stress and fertility] Nedim Çiçek M. editör. Temel üreme endokrinolojisi ve infertilite. Ankara: Palme Yayıncılık; 2008. s. 393-412.
 18. Domar AD. Akıl/beden bağlantısı. [Mind / body connection]. Işık AZ, Vicdan K. çeviri editörü. Boston IVF infertilite el kitabı. İstanbul: Nobel Tıp Kitap.; 2008. s. 177-185.
 19. Newton CR. Counselling the Infertile Couple. In: Burns LH, Covington SN. editor. Infertility counselling: a comprehensive handbook for clinicians. USA&UK: The Parthenon Publishing Group; 1999. p. 109.
 20. Domar AD, Kelly AL. Conquering infertility: Dr. Alice Domar's mind/body guide to enhancing fertility and coping with infertility. New York: Penguin Books; 2004.
 21. Hammarberg K. Stress in assisted reproductive technology: implications for nursing practice. *Human Fertility* 2003; 6:30-33.
 22. Ünal S, Kargın M, Akyüz A. İnfertil kadınları psikolojik olarak etkileyen faktörler. [Psychological factors affecting infertile women]. *TAF Preventive Medicine Bulletin* 2010; 9(5):481-486.
 23. Özkan AÖ, Okumuş H. İnfertilitede uyum süreci: ölçülebilir mi? [Infertility in the adaptation process: measured?] 4. Ulusal Üreme Endokrinolojisi ve İnfertilite Kongresi. Antalya: 2010. s. 103.
 24. Ünal S, Özcan E. Depresyonda hazırlayıcı, ortaya çıkarıcı ve koruyucu etkenler. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2000; 1(1):41-47.
 25. Kayahan B, Altıntoprak E, Karabilgin S, Öztürk Ö. On beş-kırk dokuz yaşları arasındaki kadınlarda depresyon prevalansı ve depresyon şiddeti ile risk faktörleri arasındaki ilişki. *Anatolian Journal of Psychiatry* 2003; 4:208-219.
 26. Moghadam MHB, Aminian AH, Abdoli AM, Seighal N, Falahzadeh H, Ghasemi N. Short communication evaluation of the general of the infertile couples. *Iranian Journal of Reproductive Medicine* 2011; 9(4):309-314.
 27. Fido A, Zahid MA. Coping with infertility among Kuwaiti women: cultural perspectives. *International Journal of Social Psychiatry* 2004; 50(4):294-300.
 28. Yılmaz T. İnfertil Çiftlerin İnfertilite Stresiyle Başa Çıkma Yöntemleri, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora tezi, 2012, İstanbul.
 29. Holter H, Anderheim L, Bergh C, Möller A. First IVF treatment-short-term impact on psychological well-being and the marital relationship. *Human Reproduction*

- 2006; 21(12):3295-3302.
30. Hammerberg K, Astbury J, Baker H. Women's experiences of IVF: a follow-up study. *Human Reproduction* 2001; 16:374-383.
 31. Olivius C, Firiden B, Borg G, Bergh C. Why do couples discontinue in vitro fertilization treatment? A cohort study. *Fertility and Sterility* 2004; 81:258-261.
 32. Schmidt L. Infertility and assisted reproduction in Denmark. Epidemiology and psychosocial consequences. Thesis for Degree of Doctor of Medical Sciences, University of Copenhagen, 2006, Denmark.
 33. Ağargün MY, Beşiroğlu L, Kıran ÜK, Özer ÖA, Kara H. COPE (Başa çıkma tutumlarını değerlendirme ölçeği): Psikometrik özelliklere ilişkin bir ön çalışma. [COPE (Coping rating scale): A preliminary study on the psychometric properties]. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2005; 6: 221-226.
 34. Potter PA, Perry AG. Fundamentals of nursing, concepts, process, and practice. 4th ed. St. Louis: Mosby-Year Book; 1997. p. 371-387.
 35. Taylor C, Lillis C, Lemone P. Fundamentals of nursing, the art science of nursing care. 4th ed. Philadelphia: Lippincott Williams&Wilkins; 2001. p. 701-724.
 36. Lazarus RS. Emotions and interpersonal relationship: toward a person-centered conceptualization of emotions and coping. *Journal of Personality* 2006; 74(1):9-46.
 37. Lazarus RS, Folkman S. Stress, appraisal, and coping. New York: Springer Publishing Company; 1984.
 38. Terzi Ş. Bilişsel Değerlendirme Ölçeği'nin uyarlanması: geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları. [Adapting cognitive assessment scale: validity and reliability studies]. *Türk Eğitim Bilimleri Dergisi* 2009; 7(1):127-141.
 39. Kanbay Y. Kars ve Artvin ilinde hemşirelerin kullandıkları stresle başatma yöntemleri ve etkileyen etmenlerin incelenmesi. [Determinaton of Nurse's Workplace Stress and Coping Methods in Artvin and Kars]. T.C. Dokuz Eylül Üniversitesi:Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi. İzmir: 2007.
 40. Hisli Şahin N, Güler M, Basım NB. A tipi kişilik örüntüsünde bilişsel ve duygusal zekanın stresle başa çıkma ve stres belirtileri ile ilişkisi. [The relationship between cognitive intelligence, emotional intelligence, coping and stress symptoms in the context of type A personality pattern]. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2009; 20(3):243-254.
 41. Güleç G, Hassa H, Yalçın EG, Yenilmez Ç. Tedaviye başvuran infertil çiftlerde, infertilitenin cinsel işlev ve çift uyumuna etkisinin değerlendirilmesi. [The effects of infertility on sexual functions and dyadic adjustment in couples that present for infertility treatment]. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2011; 22(3):166-176.
 42. Ak G. İnfertil çiftlere başa çıkma önerileri. [Infertile couples coping suggestions]. *Sted* 2005; 11(7):260.
 43. Karlıdere T, Bozkurt A, Yetkin S, Dorul A, Sütçigil L, Nahit Özmenler K, Özşahin A. Psikiyatrik birinci eksen tanısı almayan infertil çiftlerde emosyonel semptomlar, sosyal destek ve cinsel işlev bağlamında cinsiyet farkı var mı?. [Is there gender difference in infertile couples with no axis one psychiatric disorder in context of emotional symptoms, social support and sexual function?]. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2007; 18(4):311-322.
 44. Lechner L, Bolman C, Van Dalen A. Definite involuntary childlessness: associations between coping, social support and psychological distress. *Human Reproduction* 2007; 22(1):288-294.
 45. Bayley TM, Slade P, Lashen H. Relationships between attachment, appraisal, coping and adjustment in men and women experiencing infertility concerns. *Human Reproduction* 2009; 24(11):2827-2837.
 46. Schmidt L, Christensen U, Holstein BE. The social epidemiology of coping with infertility. *Human Reproduction* 2005; 20(4):1044-1052.

47. Oğuz HD. İnfertilite tedavisi gören kadınlarda infertilitenin ruh sağlığına, evlilik ilişkileri ve cinsel yaşama etkileri. [Infertility to mental health, marital relationships and sexual life effects in women undergoing infertility treatment]. T.C. Sağlık Bakanlığı Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi 12. Psikiyatri Birimi, Uzmanlık Tezi. İstanbul: 2004.
48. Peterson BD, Pirritano M, Christensen U, Boivin J, Block J, Schmidt L. The longitudinal impact of partner coping in couples following 5 years of unsuccessful fertility treatments. *Human Reproduction* 2009; 24(7):1656–1664.
49. Anderson KM, Sharpe M, Rattray A, Irvine DS. Distress and concerns in couples referred to a specialist infertility clinic. *Journal Psychosomatic Research* 2003; 54(4):353-355.
50. Ried K, Alfred A. Quality of life, coping strategies and support needs of women seeking Traditional Chinese Medicine for infertility and viable pregnancy in Australia: a mixed methods approach. *BMC Women's Health* 2013; 13:17. doi:10.1186/1472-6874-13-17
51. Yılmaz İ. The determinants of depression and anxiety in Turkish infertility patients: social support, sex role orientation, infertility causality, and self-esteem. Bogazici University Social Sciences Master of Arts in Psychology. İstanbul: 2006.
52. Terzioğlu F, Yücel Ç, Türk R, Taşkın L, Dilbaz S, Karahalil B, Çınar Ö. İnfertil kadınlarda anksiyete ve depresyon düzeylerinin yardımcı üreme tekniklerinde gebelik sonuçlarına etkisi. [Infertile women's anxiety and depression levels effect on pregnancy outcome in assisted reproductive techniques]. 4. Ulusal Üreme Endokrinolojisi ve İnfertilite Kongresi. Antalya; 2010. s. 97.
53. Aşçı Ö, Kızılkaya Beji N. İnfertilite danışmanlığı. *İ.Ü.F.N. Hem. Derg* 2012; 20(2):154-159.
54. Akyüz A. İnfertilite tanı ve tedavi sürecinde eğitim ve danışmanlık. [Training and consultancy in the process of diagnosis and treatment of infertility]. 5. Uluslararası üreme sağlığı ve aile planlaması kongresi kitabı 2007. s. 23-26.
55. Terzioğlu F. Investigation into effectiveness of counselling on assisted reproductive techniques in Turkey. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology* 2001; 22(3):133-141.
56. Boivin J. A review of psychosocial interventions in infertility. *Social Science & Medicine* 2003; 57: 2325-2341.
57. Carpetino-Boyet LJ. Hemşirelik tanıları el kitabı. Erdemir F, çeviri editörü. 3. Baskı. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevi; 2013.
58. Lykeridou K, Gourounti K, Sarantaki A, Loutradis D, Vaslamatzis G and Deltsidou C. Occupational social class, coping responses and infertility-related stress of women undergoing infertility treatment. *J Clin Nurs* 2011; 20(13-14): 1971-1980. doi: 10.1111/j.1365-2702.2011.03696.x.
59. Gribben K. Unexpected application of counseling skills by a fertility research nurse. *Human Fertility* 2002; 5:123-126.
60. Atıcı D. İnfertilite tedavi sürecinde hemşirelik bakımı. [Nursing care in the process of infertility treatment]. 3. Uluslararası üreme sağlığı ve aile planlaması kongresi kitabı. 2003. s. 67-69.
61. McKinney ES, James SR, Murray SS, Ashwill JW. Maternal-child nursing. St. Louis: Elsevier Saunders Comp; 2005. p. 202-213.
62. Yeşiltepe Oskay Ü, Onat Bayram G, Dişsiz M. İnfertilitenin psikososyal ve psikoseksüel etkileri. [Psychosocial and psychosexual effects of infertility]. Kızılkaya Beji N. editor. İnfertilite heşireliği. İstanbul: Acar Basım ve Cilt San. Tic. A.Ş.; 2009. s. 177-196.
63. Yeşiltepe Oskay Ü, Kızılkaya Beji N. İnfertilite hemşiresinin danışman ve hasta hakları savunucusu olarak rolü. [As consultant and patient rights activist role of infertility nurse]. Kızılkaya Beji N. editör. İnfertilite sorunu, yardımcı üreme teknikleri ve hemşirelik yaklaşımı. İstanbul: Emek Matbaacılık; 2001. s. 93-102.

64. Repokari L, Punamäki RL, Unkila-Kallio L, Vilska S, Poikkeus P, Sinkkonen J, Almqvist F, et al. Infertility treatment and marital relationships: a 1-year prospective study among successfully treated ART couples and their controls. *Human Reproduction* 2007; 22(5):1481-1491.
65. Roudsari RL, Allan HT ve Smith PA. Iranian and English women's use of religion and spirituality as resources for coping with infertility. *Human Fertility* 2014;17(2):114-123. Erişim tarihi: 30.10.2014
<http://informahealthcare.com/doi/abs/10.3109/14647273.2014.909610>
66. Kılıç M, Ejder Apay S, Kızılkaya Beji N. İnfertilite ve kültür. *İ.Ü.F.N. Hem. Derg* 2011; 19(2):109-115.
67. Marshall LA. Infertility. In: Lemcke D, Pattison J, Marshall LA, Cowley DS. editor. Current care of women diagnosis & treatment. McGraw-Hill: Lance Medical Books; 2004. p. 563-571.
68. Edirne T, Arica SG, Gucuk S, Yildizhan R, Kolusari A, Can M. Use of complementary and alternative medicines by a sample of Turkish women for infertility enhancement: a descriptive study. *BMC Complement Altern Med* 2010; 22:10-11. doi: 10.1186/1472-6882-10-11 Erişim Tarihi 26.10.2014: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20307291>
69. Akyüz A. IVF tedavisinin negatif sonucuna adaptasyonda hemşirelik, GATA Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora tezi, 2001, Ankara.

Ebelik Uygulamalarında Mahremiyetin Önemi

The Importance of Privacy in Midwifery Practices

Hediye BEKMEZCİ^a Hava ÖZKAN^b

Özet

Mahremiyet, başkaları tarafından kişinin beden, his, düşünce ya da kendisi veya ilişkilerine ait bilgilerine erişmenin sınırlandırılması anlamına gelmektedir. Gizlilik, gizli olma durumu, mahremiyet olarak tanımlanmaktadır. Gizlilik de hasta mahremiyetine saygı göstermenin bir yoludur. Uluslararası Aile Planlaması Federasyonu'nun tüm bireylerin, kişisel, ev, aile ve haberleşme mahremiyetlerinin ihlal edilmemesi hakkına sahip olduklarını ve bilgilendirme ve danışmanlığın da içinde yer aldığı tüm cinsel sağlık ve üreme sağlığı hizmetlerinde mahremiyet ve kişisel bilgilerin gizli kalması sağlanması bu bildirgenin mahremiyet hakkı maddesinde vurgulanmıştır. Mahremiyet kavramı insanların bulunduğu her ortamda, insana ait her alanda kullanılmaktadır. Tıp alanındaki uygulamalarda ise hastanın mahremiyeti çok önemlidir. Obstetrik-jinekolojik değerlendirme ve muayene esnasında kadının mahremiyetinin ihlal edilmesi kadınlarda utanma duygusu ve korkunun yoğun yaşanmasına neden olmaktadır. Mahremiyet, sağlık bakımı alanların psikolojik fonksiyonlarını desteklediğinden dolayı önemlidir. Kaliteli hizmeti hedefleyen sağlık kurumları için, genel olarak hasta haklarının, özellikle mahremiyetin ve bilgilerin gizliliğinin korunmasına yönelik yasal ve kurumsal düzenlemelerin oluşturulması ve işlerliğinin sağlanması vazgeçilmez öğelerdir. Bu amaçla sağlık çalışanları ve özellikle de ebeler muayene, tedavi ve tanısal işlemlerde hastanın bedenini ve özel hayatını açmasını, sırlarını açıklamasını gerektiren işlemleri mahremiyet ortamında gerçekleştirmelidir.

Anahtar sözcükler: Mahremiyet, ebe, uygulama, jinekolojik muayene, doğum

Abstract

Privacy means the restriction for a person to access to information regarding her/his body, feelings, thoughts or information regarding her/himself or her/his relationships by other people. Confidentiality is defined as the state of being private and the privacy. Confidentiality is also a way of respecting the patient privacy. The item of the International Planned Parenthood Foundation regarding the right of privacy emphasizes that all individuals have the right to have their personal, home, family and communication privacy inviolated and keep their privacy and personal information confidential in all sexual health and reproductive health services including the information and counseling. The concept of privacy is used in every environment where human being exist, as well as every area that belongs to human beings. On the other hand, the patient privacy is very important in medical practices. Violating the privacy of women during the obstetrical-gynecological evaluation and examination causes an intense sense of shame and fear in women. Privacy is important since it supports the psychological functions of healthcare areas. The formation and operability of legal and institutional regulations aimed at the protection of generally patient rights, and especially the privacy and the confidentiality of information are indispensable elements for medical institutions targeting a quality service. For this purpose, healthcare professionals and especially the midwives should realize the procedures requiring the reveal and explanation of patient's body, private life and secrets in a private environment during the examination, treatment, and diagnostic procedures.

Key words: Privacy, midwives, practice, gynecological examination, birth

^a Arş. Gör., Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Erzurum hediye.bekmezci@hotmail.com

^b Yazışma Adresi: Yrd. Doç. Dr. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Erzurum,
e-mail:havaorhan67@hotmail.com

Geliş Tarihi:07.11.2014 /Kabul Tarihi:05.01.2015

*Çalışma I. Uluslararası 5. Ulusal Ebelik Öğrenci Kongresi'nde poster bildiri olarak sunulmuştur.

Giriş

Dünya Sağlık Örgütü sağlığı “Yalnızca hastalık ve sakatlığın olmayışı değil, fiziksel, sosyal ve ruhsal yönden tam bir iyilik halidir” şeklinde tanımlamıştır.¹ İnsan, fiziksel, sosyal, duygusal ve entelektüel gereksinimleri olan bir bütündür. Abraham Maslow, insanın temel gereksinimlerini temelden yukarı doğru hiyerarşik bir düzende sıralamıştır.² Maslow, 1960’lı yıllarda gereksinimler hiyerarşisinde, maneviyat ve moral değerlere en üst basamakta yer vermiştir. Virginia Henderson’da bakım mesleklerinin amacının; bireyin temel gereksinimlerini karşılamada bağımsız hale getirmek olduğunu belirtmiş; bu temel gereksinimlerin, fizyolojik, psikolojik, sosyolojik, spiritüel ve entelektüel alanlardan oluştuğunu ileri sürerek 14 temel gereksinimi tanımlamıştır. İnsanın bütünlüğü düşünüldüğünde tüm boyutlarının dengeli olması durumunda sağlıklı olmasından söz edilebilir.¹ Sağlık alanındaki uzmanların mahremiyetin önemini vurgulama çabalarına rağmen bu konuda özellikle ebelik/hemşirelik alanında yetersiz sayıda çalışma vardır. Hasta haklarına ilişkin yapılan düzenlemeler ve yenilikler Türk sağlık sisteminde, mahremiyet kavramı son 10-15 yıldır konuşulmaktadır; fakat hasta mahremiyeti üzerinde özel araştırmalar yapılmamıştır.³ Sağlık bakımının sunumunda temel bir değer olan mahremiyete saygı gösterilmesi insan ve üreme haklarındandır.

Bireyin mahremiyet hakkının tanınması ve özellikle ebelik uygulamalarında bu hakka dikkat çekmek amacıyla bu derleme yazılmıştır.

Mahremiyetin Tanımı

Mahremiyet hakkı ilk olarak, 1890 yılında Warren ve Brandie tarafından ele alınmıştır. Warren ve Brandie, toplumda bireylerin yasal güvenliğini sağlarken, düşünceleri ve duygularının başkaları ile paylaşılacak bölümü ile ilgili her bireyin

karar verme hakkının olması gerektiğine değinmişlerdir.⁴

Mahremiyet kavramını ilk kez ele alan Altman’a⁵ göre mahremiyet insanın temel gereksinimlerinden biridir ve mahremiyette bireyin kişisel kontrolü önemlidir.⁶ Türk Dil Kurumu (TDK) mahremiyeti, gizlilik olarak tanımlamaktadır.⁷ Mahremiyet kavramı felsefi anlamını bireyin bağımsız, tikel bir varoluşa sahip olduğu anlayışında bulur. Onun kendi benliğinin bilincine sahip olarak kendi kararlarını verebilme özelliği, tüm diğer bireyler karşısında sahip olunan dokunulamaz ve bağımsız varlık alanının-tikel varoluşa sahip olmasının-temellendirilmesini sağlar. Bu nedenle benliğin bilincine sahip olma, tikel varoluşun onaylanması anlamında mahremiyet kavramının dayanağını oluşturur.⁸ Mahremiyet kavramının evrensel bir tanımı yoktur. Ancak, mahremiyetin genel olarak kabul edilen yönü temel insan gereksinimi ve hakkı olmasıdır.³ Mahremiyet, başkaları tarafından kişinin beden, his, düşünce ya da kendisi veya ilişkilerine ait bilgilerine erişmenin sınırlanması anlamına gelmektedir. Mahremiyet bir “varlık”, bir “insan olma” durumudur. Başkaları tarafından yapılacak fiziki ya da düşünsel müdahaleleri kontrol etme hakkı insana saygı ilkesinden temel alır. Bunun anlamı özerkliğe saygıdır ve onların yararı için davranmaktır. Gerçek anlamda özerk olmak, bireyin dış etkilerden uzak olmasıdır.⁹ Bununla birlikte, insanın günlük yaşantısının çok önemli bir parçasını oluşturan mahremiyet hakkı, başkalarından tamamen soyutlanmak veya tümüyle ilişkisini kesmek anlamına gelmez. Sadece kişinin, hayatını başkalarıyla ne ölçüde paylaşacağını belirleme hakkına sahip olduğunu ifade eder.¹⁰ Genel olarak mahremiyetin, bir insanın mahrem yerlerine bakılmasının, dokunulmasının ve hakkında konuşulmasının/ dinlenilmesinin yasaklanması şeklinde tanımlanabilir.¹¹

Kültürden kültüre ve aynı toplum içerisinde zamandan zamana farklılık gösteren mahremiyet, birçok insan için aynı anlama gelmemesi ve belli bir sınırının olmaması nedeniyle önemli bir kavramdır. Mahremiyet konusunun sadece belli bir bilim alanının değil, insanın olduğu tüm alanlarda önemli olduğu unutulmamalıdır.¹²

Sağlık Uygulamalarında Mahremiyet

Mahremiyet kişisel bütünlükle ilgilidir. Temel bir insan hakkıdır ve hem pozitif hem de negatif haklarda yer bulmaktadır. *Pozitif hak* olarak mahremiyet kişinin kişisel bilgiyi, mülkünü ya da eylemlerini kontrol etme, paylaşma hakkına sahip olduğu anlamındadır. Bu mahremiyetin sadece o kişinin izniyle ihlal edilebileceği anlamına gelmektedir. Klinikte, mahremiyet hakkı gibi pozitif hakların korunması konusunda kuşku verici örnekler bulunmakla birlikte, olağan koşullarda bireyin tıbbi kayıtlarının paylaşımı bu hakkın kapsamı dâhilindedir ve “izne” tabidir. Bireyin mahremiyetine müdahaleyi engelleyen *negatif haklar* ise, klinikte hastanın bilgilerinin sadece tıbbi kararın tarafı olan diğer hekim, ebe/hemşire ya da hastanın onayladığı aile üyeleriyle paylaşılmayı gerektirmektedir.¹³

Manevi gereksinimler ve psiko-sosyal gereksinimler, fiziksel gereksinimlere göre daha soyut ve karmaşık olup aynı zamanda ölçümü güçtür. Bu nedenle bireyin sağlık bakımında daha net ve kolaylıkla ölçülebilen fiziksel gereksinimler öncelikle ele alınmakta, buna karşılık manevi gereksinimler ihmal edilebilmektedir. Ancak bireylerin manevi gereksinimlerinin de tanımlanması ve gerekli bakımın sağlanması önemlidir.¹⁴⁻¹⁷ Sağlık alanında mahremiyet; fiziksel, sosyal, psikolojik ve bilgi yönleriyle düşünülebilir.³

Sağlık alanında fiziksel mahremiyet; Hastanede, hasta odaları; kişilerin düzen, ışıklandırma, renk, sıcaklık bakımından evlerinden farklı olup, hastalar

kendi istek ve kontrollerine göre bir çevre ayarlayamazlar. Hastaların kişisel alanlarının sınırlandırılması ve bu alanlara (odalarına veya vücutlarına) müdahale doğrudan mahremiyetlerine müdahale edilmesi anlamına gelir.³ Bireyin onamı olmadan tıbbi işlemlere tabi tutulmaması ve bilgilendirildikten sonra izin verdiği ve talep ettiği işlemlere (tıbbi sakınca olmadıkça) tabi tutulması, bireyin beden mahremiyeti hakkının sonucudur. Bu anlamda zorla yapılan kısırlaştırma, gebeliği sonlandırma, doğurganlığı önleme gibi faaliyetler mahremiyet hakkına müdahale olarak kabul edilir. Aynı şekilde -tıbbi açıdan bir sakınca olmadıkça- talep edilen müdahalenin gerçekleştirilmemesi de bireyin bedeni üzerindeki haklarına müdahale olarak kabul görmektedir. Kadınların, sterilizasyon, RİA uygulaması, istemli düşük taleplerinin kabul edilmemesi beden mahremiyeti haklarının ihlali anlamına gelecektir. Bu gibi konularda bireyler, kendi beden bütünlüklerine müdahale konusunda tek başlarına karar verici olmalı, bir başkasının onayına bağlı kalmamalıdır. Ancak zihinsel yetersizliği olan, yasal açıdan tek başına karar veremeyecek olan (18 yaşını doldurmamış) kadınlar açısından, evli olmaları ya da evli olmamaları halinde, hak ihlali oluşturabilecek düzenlemelerin bulunduğu da bilinmektedir. Beden üzerinde gerçekleştirilecek işlemler konusunda bir başka bireyin karar verme sürecine dahil edilmesinin özen isteyen bir uygulama olduğu unutulmamalıdır.¹⁸

Sağlık alanında sosyal mahremiyet; Bir etkileşimde bireyin kontrolünü ifade eder ve sağlık bakımında bu kontrol genellikle sağlık çalışanına geçmektedir. Profesyonel ilişkilerde mahremiyetin sağlanması ve sürdürülmesi bir haktır ve her hak karşındakine (çalışanlara) bir şey yapma yükümlülüğü (pozitif hak) ya da yapmama yükümlülüğü (negatif hak) getirmektedir.³

Sağlık uygulamalarında psikolojik mahremiyet; Bireyin mahremiyet hakkının ihlali dışardan fark edilmese de derin izler

birakabilecek sorunlar oluşturmaktadır. Sağlık çalışanlarının rutine dayanan işleri yaparken bireyin mahremiyet hakkını düşünmemesi veya ihlali, kişinin kendisini değersiz hissetmesine, toplumsal alanlardan geri çekilmesine, kendine olan güvenini yitirmesine neden olabilmekte ve hastanede yattığı süre içerisinde her an rahatsız ve huzursuz hissetmesine yol açabilmektedir. Bu durum, bireyden bireye fark etmekle beraber kalıcı sorunlara da neden olabilmektedir.³

Sağlık uygulamalarında bilgi mahremiyeti; Türk Dil Kurumu gizliliği; gizli olma durumu, mahremiyet olarak tanımlanmaktadır.⁷ Hekimin hastasına bir çeşit söz vermesi sayılan tıbbi gizlilik; her türlü bilgiyi içeren tıbbi kayıtların hastaya ait olduğu ve onun mülkiyet haklarıyla güvence altına alındığını varsayar. Bu nedenle hastane hastalara ait tıbbi bilgileri hastalarının gelecekteki tıbbi yararı adına emanet altına alır. Fakat pozitif hakkın gereği olarak hastanenin bu muhafaza görevi, hastaneyi tıbbi kayıtların sahibi durumuna getirmez. Tıbbi kayıtlar her şekilde hastanın mülküdür. Gizlilik de hasta mahremiyetine saygı göstermenin bir yoludur. Çünkü Hipokrat döneminden beri mahremiyete saygı, bireyin onurunu ve özerkliğini korumanın esasıdır.¹³ Bireylerin üreme ve cinsel yaşamları ile ilgili bilgiler yaşamlarının en mahrem alanları ile ilgilidir. Bireylerin cinsel sağlık ve üreme sağlığı ile ilgili hizmet alması sürecinde öğrenilen ve edinilen tüm bilgi ve belgelerin gizliliği sağlanmalıdır. Buradaki asıl amaç bireyin özel yaşamının korunması olsa da bu konudaki güvenceler, bireylerin bu hizmetlere ulaşmasında ve hizmetlerden yararlanmasında da güvenini sağlayacaktır. Üreme sağlığı ve cinsel sağlık ile ilgili hizmet ve bilgilendirmelerde özel yaşama saygı ve bilgilerin gizliliğini korumak, çoğu zaman hizmete gereksinimi olanlar açısından hayati önem taşımaktadır.¹⁸

Sağlık uygulamaları bilgi üzerine temel oluşturur. Bilginin dağıtım ve toplama yönetimi, bilgi teknolojisindeki

hızlı gelişmelerle ve elektronik kayıtlar ile güvenilmez olabilmektedir. Bilgi mahremiyetinin diğer yönü hastanın bilgilendirilmesi ile ilgilidir. Bilgi hasta için çok değerlidir. Hastaların bilgi mahremiyeti ile ilgili beklentisi hem tıbbi kayıtların gizliliğini hem de karar ve uygulamalarda bilgilendirerek; fiziksel, sosyal ve psikolojik mahremiyetlerinin rahatlatılmasını ve desteklenmesini içerir.³

Sağlık çalışanları, bilgi toplama, bilgi saklama, bilgi verme ve hasta bilgilerini paylaşma sırasında mahremiyet bakımından duyarlı değildir.¹⁹ Ebe/hemşirenin gizlilik içeren bilgiyi dikkatli bir şekilde saklayarak bireyin gizlilik hakkını savunması gerekmektedir. Gizliliğin ihlali hasta bireyin ebeve ve hemşireye güven inşa etmesini olumsuz yönde etkileyerek kişilerarası ilişkilere de zarar verir.²⁰

Mahremiyet Hakkı

Hasta haklarının başında; insan olarak saygı görme, mümkün olan en yüksek düzeyde sağlık hizmeti alma, bilgilendirilme, tıbbi işlemler için onay alınması, mahremiyet ve özel hayata saygı, bakım ve tedavi devamlılığının sağlanması gelmektedir.²¹ Mahremiyet hakkını tanımlayan yasalar örneğin; 1973'te 27.Dünya Tıp Birliği toplantısında da; "*hasta-hekim ilişkisinde gizliliğin temelinde bireyin kişisel dokunulmazlığı - mahremiyeti yatmaktadır*" sonucuna varılmış, Birleşmiş Milletlerde de "*dünya ülkelerinde bireyin insan olmakla elde etmiş olduğu bu temel hakkı (mahremiyet hakkı) sağlamanın yolunun sırrın korunması*" olduğu açıklanmıştır.^{13,22}

Uluslararası Aile Planlaması Federasyonu'nun (IPPF) 1995'te yayımladığı "Üreme Hakları ve Cinsel Haklar Bildirgesi" tüm bireylerin, kişisel, ev, aile ve haberleşme mahremiyetlerinin ihlal edilmemesi hakkına sahip olduklarını ve bilgilendirme ve danışmanlığın da içinde yer aldığı tüm cinsel sağlık ve üreme sağlığı hizmetlerinde mahremiyet ve kişisel bilgilerin gizli kalması sağlanması

bu bildirgenin mahremiyet hakkı maddesinde vurgulanmıştır.^{18,23,24} Bireylerin özel yaşamlarının korunmasını amaçlayan mahremiyet hakkı, cinsel yaşam ve üreme hakları açısından önemlidir. Mahremiyet hakkı bireyin bilgilerine ulaşılmazlığı, bedenine dokunulmazlığı, kendini geliştirmesi ve ifade edebilmesini kapsar.¹⁸

Hasta haklarının temel amacı hastanın desteklenmesi ve toplumsal açıdan güçlendirilmesidir.²¹ Hastanın, mahremiyetine saygı gösterilmesi esastır. Her türlü tıbbi müdahale, hastanın mahremiyetine saygı gösterilerek yapılmalıdır. Mahremiyete saygı gösterilmesi ve isteme hakkı şunları içerir;²⁵

- a. Hastanın, sağlık durumu ile ilgili tıbbi değerlendirmelerin gizlilik içerisinde yürütülmesini,
- b. Muayenenin, teşhisin, tedavinin ve hasta ile doğrudan teması gerektiren diğer işlemlerin makul bir gizlilik ortamında gerçekleştirilmesini,
- c. Tıbben sakınca olmayan hallerde yanında bir yakınının bulunmasına izin verilmesini,
- d. Tedavisi ile doğrudan ilgili olmayan kimselerin, tıbbi müdahale sırasında bulunmamasını,
- e. Hastalığın önemi gerektirmedikçe hastanın şahsi ve ailevi hayatına müdahale edilmemesini,
- f. Sağlık harcamalarının kaynağının gizli tutulmasını kapsamaktadır.
- g. Ölüm olayı, mahremiyetin bozulması hakkını vermez.

Ebelik Uygulamalarında Mahremiyet ve Gizlilik

Mahremiyet konusu tıbbi gizliliği çağrıştırmakla birlikte, mahremiyet ve gizlilik eş anlamlı sözcükler değildir. Ancak farklı anlamlarına rağmen, birbirlerini bütünlük kavramlardır.¹³ Hekimin hastaya ait bilgileri gizli tutma ödevi, Hipokrat zamanından beri tıp etiğinin köşe taşlarından biridir. Hipokrat

Andı'nda, "Tedavi sırasında ya da hatta tedavi dışında, insanların yaşamlarına ilişkin, dışarıya yayılmaması gereken şeyler görür ya da işitirsem, bunları kendime saklayacağım ve sözünü etmeyi ayıp sayacağım." sözü yer alır. Ant ve daha yeni uyarlamaları, bilgileri gizli tutma ödevinde hiçbir ayrıcalık tanımamaktadır. Örneğin Dünya Hekimler Birliğinin Uluslararası Tıp Etiği Kuralları, "Bir hekim hastası hakkında tüm bildiklerini, hastanın ölümünden sonra bile gizli tutacaktır" ifadesine yer vermektedir. Bununla beraber başka düzenlemeler, bu mutlakçı yaklaşımı reddetmektedir. Mesleki gizlilik ilkesinin çiğnenebilme olasılığı, gizlilik düşüncesinin netleştirilmesini gerektirmiştir.²⁶ Ebelik Andı'nda, "Bana bireylerle ilgili olarak verilen tüm bilgileri saklayacağıma, hayatı ya da sağlığı tehdit edebilecek her türlü girişimden sakınacağıma and içerim." Sözü yer almaktadır.²⁷

Tıbbın önemli bir ahlak ilkesi olan tıbbi gizlilik, genelin esenliğine, hastanın özerkliğine ve mahremiyetine saygıyı artırmak gibi asıl amaçlara hizmet eden bir araçtır. Çünkü tıbbi gizlilik; özerklik, yararlılık, kötü davranmama ve adalet ilkeleri kapsamında anlam bulmakta ve bireyin mülkiyetine, mahremiyetine saygı gösterilmeyi bekleme, sırlarının korunmasını dileme hakkı gibi negatif ve pozitif hakları bütününde barındırmaktadır. Sadakat, güvenilirlik ve saygı gösterme gibi temel etik değerleri de içeren tıbbi gizlilik (sır saklama ve güven ilişkisi), temelinde de yer almakta ve bunlar doğrultusunda mutlak etik yükümlülükler yaratmaktadır. Bu nedenle Hipokrat Yemini, Cenova Bildirgesi, Evrensel Tıp Etiği Kodları, Dünya Tıp Birliği Bildirgeleri ve Avrupa Biyoetik Sözleşmesi gibi evrensel etik kodlarda da tıbbi gizlilik gözetilmiş ve çeşitli tarihlere günün ihtiyaçları doğrultusunda yenilenmiştir.¹³ The International Confederation of Midwives (ICM) dünya çapında ebelere, Ebeler için Etik Kod sunmuştur. Etik Kod ebelerin tüm

sorularına cevap sunmayacaktır, fakat uygulamalarda yol göstermesinin yanı sıra ebelik uygulamaların kalbi olan profesyonel ilişkilerin kalitesini yansıtmaları için bir çerçeve sağlamaktadır.²⁸

Uluslararası ebelik derneklerine göre ebelik için ileri sürülen değerler; mesleki yeterlilik, bilgilendirilmiş onam, mahremiyete saygı, çeşitliliğe saygı, kadının değerlerine ve benliğine saygıdır.²⁹

Basit bir uygulama gibi görünen jinekolojik muayene, ebelik/hemşirelik yaklaşımında çok önemli muayene ve değerlendirme yöntemidir. Her birey alışageldiği yaşam içerisinde, ne olduğunu tam olarak bilmediği bir durum ile karşılaştığı zaman anksiyete yaşar. Jinekolojik muayene kadınlarda anksiyete yaratan bir durumdur.^{30,31} Kadınların çoğu, çocukluk döneminden itibaren yaşamı boyunca örtmesi, saklaması, gizlemesi, koruması gereken genital organlarının muayenesi sırasında anksiyete ve utanma hissinden, muayene olmaktan kaçınmaya kadar değişebilen travmatize etki yaşar.³² Jinekolojik muayene kadının anksiyete yaşamasının nedenleri arasında; sağlık çalışanının olumsuz tutumu, muayene eden sağlık çalışanının karşı cinsten olması, muayene pozisyonu, kullanılan aletler, önceki olumsuz muayene deneyimleri, mahremiyete dikkat edilmemesi, ağrı korkusu, patolojik tanı konulma korkusu, kişisel temizlik hakkında endişe, genital bölgenin çıplak olması nedeniyle utanma, cinselliğin olumsuz algılanması, muayene deneyiminin olmaması gibi nedenler yer almaktadır.³⁰⁻³³ Mahremiyet ile ilgili farklı alanlarda yapılmış çalışmalar tablo 1'de özetlenmiştir. Obstetrik-jinekolojik değerlendirme ve muayene esnasında kadının mahremiyetinin ihlal edilmesi kadınlarda utanma duygusu ve korkunun yoğun yaşanmasına neden olmaktadır. Bu duyguları yaşayan kadının sıra numarasına göre çağırılması, açıklama yapılmadan ve iletişime girmeden duyarsız davranarak rutin işlemleri uygulamak profesyonelliğe uygun bir yaklaşım olarak görülmemektedir. Böyle bir yaklaşım

kadının sonraki muayenelerinde önemli sorunlara yol açabilmektedir. Jinekolojik kontrollerin sürekliliği için ebe/hemşirenin kadınları muayeneye hazırlayarak ilgili ve saygılı davranması, empati kurabilmesi, güler yüzlü ve açıklayıcı yaklaşması önem taşımaktadır.^{31,32,36,40}

Tıp alanındaki tüm uygulamalarda hastanın mahremiyeti dikkate alınmalıdır. Mahremiyetin dikkate alınması gereken durumlardan birisi de doğum olayıdır. Doğum eylemi sırasında kadın, vücudunun en mahrem yerlerini ilk kez gördüğü kişilere göstermekte, uygulamalar sırasında mahremiyetini gizlemeye çalıştığında ise çoğu zaman sağlık çalışanından olumsuz tepki görebilmektedir.^{9,40} Doğumda acı ve ağrı genelde beraber yaşanan deneyimlerdir. Yaşanan doğum ağrısı üzerinde pek çok fizyolojik, psikolojik ve medikal faktörlerin etkisi vardır.^{41,42} Amerikan Psikiyatri Enstitüsü doğumda yaşanan ağrının birçok psikolojik etkene bağlı geliştiğini bildirmektedir. Bu etkenleri ise; vücuda veya ruha yönelik algısal tehdit, yardım alamamak, kontrol kaybı, acı veya acı verici bir olayın gerçekleşebileceği korkusu, bebeğinin veya kendisinin ölümü şeklinde sıralamıştır. Bunlara ek olarak annenin sosyo-kültürel özellikleri, yaşanmış deneyimler, annede ağrı ile başa çıkabilmede yetersizlik, doğum öncesi eğitim almama durumu, doğumda yaşanan kaba davranışlar ve yoğun tedavinin doğum ağrısı üzerinde etkisi olduğu bildirilmektedir. Doğum ağrısının kabul edilebilir hale getirilmesi temel olarak bu etkenlerin kontrolü ile gerçekleşmektedir.^{42,43} Niles Newton⁴⁴, laboratuvar farelerinde doğum ve doğum ağrısı üzerinde çevrenin etkisini araştırmıştır. Araştırmada, doğum sancısı çeken farelerin mahremiyetinin sağlanmadığı ortamda korku ve stres yaşadıkları kanıtlanmıştır. Farelerde özellikle mahremiyetsiz ortamda katekolamin (stres hormonu) artışı, erken dönemde doğum ağrısını durdurmasına neden olmuştur.³⁴

Tablo 1. Mahremiyet ile ilgili yapılmış çalışmalar

Yazar Adı	Çalışmanın Adı	Çalışmanın Yeri ve Amacı	Bulgular
Lothian JA.(2004)	Do Not Disturb: The Importance of Privacy in Labor	<i>Amaç:</i> Doğum eyleminde destek sağlamanın önemini tartışır.	Çalışmada, doğada doğum yapan bir hayvanın tehdit veya rahatsız edilmesi durumunda katekolamin seviyesinin doğumu durdurduğu, benzer şekilde doğum yapan kadının kendisini güvensiz ve korumasız hissettiği veya normal doğum sürecinde sıkıntı yaşadığı zaman katekolamin seviyesinin yükselerek doğumu yavaşlattığı veya durdurduğu belirtilmiştir. Gereksiz uygulamalardan kaçınarak, gebenin güvenliğini sağlayarak, doğal yeteneği ile doğumu gerçekleştirmesi için güven sağlayarak ve mahremiyetine saygı göstererek doğuma destek sağlamanın önemi belirtilmiştir.
Kigenyi O, Tefera GB, Nabweba E, Orach CG. (2013)	Quality of Intrapartum Care at Mulago National Referral Hospital, Uganda: Clients' Perspective	<i>Yer:</i> Mulago Hastanesi <i>Amaç:</i> Kadınların bakış açısıyla doğum salonunda intrapartum bakım hizmetlerinin kalitesini değerlendirmek amacıyla yapılmıştır.	Bu çalışma, hastaların bakış açısıyla intrapartum bakım hizmetlerinin kalitesinin düşük olduğunu ortaya koymaktadır. Kişinin durumu, bakımı hakkında karar ve bilgi verirken hasta odaklı olunması, mahremiyet ve gizliliğin sağlanması gerektiği belirtilmektedir. Ayrıca doğumhanede sağlık hizmeti verenlerin sayısının ve etkinliğinin artırılması gerektiği belirtilmektedir.
Sarpkaya D, Vural G. (2014)	Hemşirelikte Dört Bilme Yolunun Jinekolojik Muayenede Kullanımı	<i>Amaç:</i> Hemşirelikte dört bilme yolunun jinekolojik muayenede kullanımını örneklemek amacıyla hazırlanmıştır.	Hemşirelikte dört bilme yolunu, empirik bilmenin bilimsel yeterliliğini, etik bilmenin ahlaki ve etik davranışlarını, kişisel bilmenin bilgi ve becerisini etkin kullanabilmesini ve estetik bilmenin her hastaya karşı değişebilen sanatsal davranışlarını tanımladığını ifade etmektedir. Dört bilme yolu kullanılarak hemşirelik bilgisinin geliştirilebileceğini bunun sonucunda, profesyonel hemşirenin, kadınların jinekolojik muayenelerini düzenli olarak yaptırılmalarına olanak sağlayarak topluma iyi bir hizmet vermiş olacağını belirtilmektedir.
Erbil N, Şenkul A, Sağlam Y, Ergül N. (2008)	Jinekolojik muayene öncesinde Türk kadınların anksiyete seviyeleri ve muayeneye ilişkin tutumlarının belirlenmesi	<i>Yer:</i> Türkiye'nin Ordu ilinde bulunan Kadın-Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi Jinekoloji Polikliniği <i>Amaç:</i> Jinekolojik muayene öncesinde Türk kadınların anksiyete seviyeleri ve muayeneye ilişkin tutumlarının belirlenmesidir.	Kadınların %67,1'i mahrem organını göstermenin ve %39,6'sı doktorun yaklaşımının rahatsızlık verdiğini, %62,5'i utanma, %38,8'i sıkıntı, %37,9'u korku, %21,7'si ağrı yaşadığını, sağlık çalışanlarından güler yüz, ilgi ve anlayış bekledikleri belirtilmiştir.
Güngör İ. (2009)	Doğumda Anne Memnuniyetini Değerlendirme Ölçeğinin Geliştirilmesi (Doktora Tezi)	<i>Yer:</i> İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı <i>Amaç:</i> Annelerin doğumda ve hastaneden taburcu olmadan önce erken postpartum dönemdeki deneyimlerini değerlendirmek üzere kullanılacak 'Doğumda Anne Memnuniyetini Değerlendirme Ölçeği'nin geliştirilmesidir.	Doğum şekline özgü olarak normal ve sezaryen doğum versiyonlarını içeren iki ayrı ölçek geliştirilmiştir. Ölçekler 10 alt boyutta toplanmıştır. Bunlar; Sağlık Ekibini Algılayışı, Doğum Eyleminde Hemşirelik Bakımı (bu faktörün yerine sezaryen doğumda 'Sezaryene Hazırlık' yer almaktadır), Rahatlatma, Kararlara Katılım ve Bilgilendirme, Bebekle Tanışma, Postpartum Bakım, Hastane Odası, Hastane Olanakları, Mahremiyete Saygı ve Beklentilerin Karşılanmasıdır.
Özmen N. (2012)	Jinekolojik muayene sırasında kadınların hemşirelik yaklaşımlarına yönelik aldıkları hizmetler ve beklentileri	<i>Yer:</i> Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi Jinekoloji Polikliniği <i>Amaç:</i> Jinekolojik muayene sırasında kadınların hemşirelik yaklaşımlarına yönelik aldıkları hizmetler ve beklentilerinin belirlenmesidir.	Jinekolojik muayenede aldıkları hizmetlere yönelik olarak kadınların %87,9'u hemşirenin muayene boyunca kendisiyle ilgilenmediğini, %89,3'ü soru ve endişelerini ifade etmesine fırsat tanımadığını, %48,4'ü muayene öncesi işlem hakkında bilgi vermediğini ifade etmiştir. Kadınların %87,9'u hemşirenin muayene masasına geçmesine yardımcı olmadığını, %92,6'sı muayene masasına geçerken ve pozisyon alırken mahremiyetini korumadığını düşünmesine rağmen %60,5'i hemşirenin mahremiyetini koruyucu önlemler aldığını ifade etmiştir. Kadınların %92,4'ü hemşirenin olumlu iletişim tekniklerini kullanmasını, %61,6'sı işlemler ve sonuçlarına yönelik bilgi vermesini istemektedirler. Bu sonuçlar doğrultusunda jinekoloji polikliniği hemşiresinin görev tanımının yapılması ve hemşirelik hizmetlerinin hasta beklentileri doğrultusunda düzenlenmesi önerilmiştir.
Lay MM. (2003)	Midwifery on Trial: Balancing Privacy Rights and Health Concerns after Roe v. Wade	<i>Amaç:</i> Bu makalede, 1970'lerde Kaliforniya'da ve 1990'larda New York'ta geleneksel ebeleri içeren beş dava incelemektedir.	Gebe kadınlar için tıbbi bir bakım veren Roe Wade, belirsizlik veya ikinci planda bırakıldığı için; mahkemeler yeni tanımlanmış mahremiyet hakları çerçevesinde kimin tıbbi danışman olabileceğine karar vermek amacıyla Roe davası sonrası yasal tıp çerçevesi ile uğraşmıştır. Mahkemeler aynı zamanda bireysel mahremiyet haklarını dengelemek için sağlık uygulamalarında ve yaşamda sınırları belirlemek ve bakım verenlerle hasta arasında tıbbi otoriteyi belirlemek için uğraşmışlardır.

Michal Odent⁴⁵, doğumun istemsiz bir süreç olduğunu ve istemsiz sürece müdahale edilememesi gerektiğini belirtmiştir. Normal, doğal ve fizyolojik doğum ağrısının hassas sürecinin ilerletilmeye ihtiyacı yoktur. Doğum ağrısı ve doğumun hormonal uyumunu bilmek, fizyolojik sürece müdahale edilmemesi gerektiğinin önemini anlamamızı sağlamaktadır. Doğumun erken evrelerinde, katekolamin doğum ağrılarını durdurma potansiyeline sahiptir. Doğuma gelen gebenin; acıdan, hastaneden, bilinmeyen durumlardan korkması, doğumun ilerlemesinde başarısızlığa neden olabilmektedir.³⁴ Doğumda kadınlar, bilmediği ortamda bulunma, mahremiyetini koruyamama ve doğum süreci ile baş etmeye çalışmaktadırlar. Kadınlar yaşadıklarını ve olup bitenleri yeterince bilmedikleri ve anlayamadıkları için doğumda korku, endişe ve anksiyete yaşamaktadırlar. Kadınlar doğum eylemi ile baş etmek ve sağlıklı bir doğum süreci geçirmek için destek almaya ve önemsendiğini hissetmeye gereksinim duymaktadırlar. Doğum eylemi süresince verilen profesyonel destek, kadının kontrol duygusunu geliştirmesine ve doğum ağrısı ile baş etmesine yardım ederek olumsuz deneyim yaşamasını önleyebilmektedir.^{46,47} Gebelik ve doğum değer-yüklü deneyimlerdir. Ebeler bütüncül yaklaşımla bu deneyimler sırasında annelerin ve bebeklerin fiziksel, eğitimsel, psiko-sosyal ve ihtiyaçlarını sağlamaktadırlar. Gebelik, doğum süreci, doğum sonrası ve yenidoğan dönemi boyunca kadınlara bakım veren olarak birçok rolleri bulunmaktadır. Doğum, resüsitasyon, kontrasepsiyon, yardımcı üreme teknikleri, kürtaj, şiddete maruz kalan kadına yardım gibi konularda kendi kişisel ve mesleki değerlerinden köken alan kritik kararlar almak zorundadırlar.⁴⁸ Ebeler, kadınların en hassas dönemlerinde yanlarında buldukları için uygulamalarda mahremiyete önem vermeleri gerekmektedir.

Muayene, tedavi ve tanısal işlemlerde hastanın bedenini, özel hayatını açmasını, sırlarını açıklamasını gerektiren işlemler belirli bir mahremiyet ortamında gerçekleştirilmelidir. Sağlık çalışanı bu işlemler esnasında tercihen bir yardımcı bulundurmalıdır. Tıbben sakınca olmayan durumlarda hastanın bir yakınının bulunmasına izin verilebilir. Eğitim verilen sağlık kuruluşlarında, uygulamaya çıkan öğrencilerin tıbbi işlemler sırasında bulunması gerekli ise bunun için hastanın onayının alınması önemlidir.⁴⁹

Mahremiyet, sağlık bakımı alanların psikolojik fonksiyonlarını desteklediğinden dolayı önemlidir. Mahremiyet duygusu, hastalara açıklanan bilginin başkalarına yayılmayacağı güvenini verirken dürüst ve doğru iletişim için cesaret vermektedir. Kendisi hakkında çoğu bilginin birinden diğerine ulaştırıldığı mahremiyetsiz bir çevrede, huzursuz olacağından istekler ciddi şekilde gizlenebilir. Hastalar, cinsel problemler, üriner enfeksiyon için ilaç kullanımı, rektal veya intravajinal ilaç alımı gibi konularda tavsiyeler alırken mahremiyete dikkat edilmelidir.⁵⁰

Bireyin mahremiyet hakkının tanınması ve saygı gösterilmesi, kişisel kontrolünün sürdürülmesi ve desteklenmesi ile doğrudan ilişkili olan öz-değerin korunması, kararlara katılım, ilişkilerin ve konforun iyiliği, müşteri memnuniyeti gibi sonuçlar temel kalite göstergeleri olarak kabul edilmeye başlanmıştır. Kaliteli hizmeti hedefleyen sağlık kurumları için, genel olarak hasta haklarının, özellikle mahremiyetin ve bilgilerin gizliliğinin korunmasına yönelik yasal ve kurumsal düzenlemelerin oluşturulması ve işlerliğinin sağlanması vazgeçilmez öğelerdir.⁵¹

Sonuç ve Öneriler

Sağlık hizmetlerinin sunumunda insan ve üreme hakları içinde temel alınan bir değer olan mahremiyete saygı gösterilmesi başta jinekolojik muayene, doğum, tedavi ve tanısal işlemler olmak üzere hizmet verilen

tüm alanlarda özenle dikkat edilmelidir. Jinekolojik muayene sonucu erken dönemde jinekolojik kanserler tanılmasının yapılabilmesi için özendirici tedbirler almak öncelikli hedef olmalıdır. Ayrıca insan hayatında en önemli olaylardan biri olan doğumun hatıralarda güzel bir anı olarak kalması bir kadının en temel hakkıdır. Böyle deneyimlerin kadın açısından olumlu olması ebeğin ilgisi, ortamın temizliği ve konforu, kibar ve saygılı hizmet, mahremiyete saygı gösterilmesine bağlıdır. Bu amaçla ebe öğrencilerin ders konuları içinde, mahremiyet konusuna yeterince yer verilmelidir. Çalışan ebelerin mahremiyet konusunda etkinliğini artırmak için eğitim programları düzenlenmeli ve farkındalık oluşturulmalıdır. Ayrıca bu konu ile ilgili kalitatif ve kantitatif çalışmaların yapılması önerilmektedir.

Kaynaklar

1. Atabek EA, Karadağ A. [Nursing fundamentals: science and principles of nursing] Hemşirelik esasları: hemşirelik bilimi ve esasları. İstanbul: Akademi Basım ve Yayıncılık; 2013. s. 1136.
2. Birol L. [Nursing Process] Hemşirelik Süreci. İzmir: Etki Matbaacılık; 2011. s. 14.
3. Akyüz E, Erdemir F. Surgical patients' and nurses' opinions and expectations about privacy in care. *Nursing Ethics* 2013;20: 660-671.
4. Woogara J. Human rights and patients' privacy in UK hospitals. *Nursing Ethics* 2001;8: 234-246.
5. Altman I. Privacy regulation: culturally universal or culturally specific? *Journal of Social Issues* 1977;33: 66-84.
6. Leino-Kilpi H, Välimäki M, Dassen T, Gasull M, Lemonidou C, Scott A, Arndt M. Privacy: a review of the literature. *International Journal of Nursing Studies* 2001;38(6): 663-671.
7. Türk Dil Kurumu. *Erişim Adresi: <http://www.tdk.gov.tr/> Erişim Tarihi: 08.12.2014.*
8. İzgi MC. [The concept of privacy in the context of personal health data] Mahremiyet kavramı bağlamında kişisel sağlık verileri. *Türkiye Biyoetik Dergisi* 2014;1(1):25-37.
9. Taşçı KD. [Evaluation of patients to received care after birth from the aspect of patient rights] Doğum yapan hastaların algıladıkları bakımı hasta hakları açısından değerlendirmeleri. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2007; 10(3):26-33.
10. Yüksel M. [The right of privacy and its socio,historical development] Mahremiyet hakkı ve sosyo-tarihsel gelişimi. *Ankara Üniversitesi SBF Dergisi* 2003; 58: 181-213.
11. Diler R. [Education of privacy and the it's importance] Mahremiyet eğitimi ve önemi. *Gaziosmanpaşa Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi* 2014; 2: 70-98.
12. İnan M. [Privacy: discussion of specific areas belonging to person] Mahremiyet: Kişiyeye ait özel alan tartışmaları. *Sakarya Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi* 2008; 18: 203-209.
13. Ersoy N. [Privacy in medicine: scope and exceptions] Tıp'ta mahremiyet: Kapsamı ve istisnaları. *Erişim Adresi: tip.kocaeli.edu.tr/docs/.../Tipta_mahremiyet-kapsami_ve_istisnaları. Erişim Tarihi:25.12.2014.*
14. Coyle J. Spirituality and health: towards a framework for exploring the relationship between spirituality and health. *Journal of Advanced Nursing* 2002; 37: 589-597.
15. Walter T. Spirituality in palliative care: opportunity or burden? *Palliative Medicine* 2002; 16: 133-139.

16. Wright M. The essence of spiritual care: a phenomenological enquiry. *Palliative Medicine* 2002; 16: 125-132.
17. Ergül Ş, Bayık A. [Nursing and spiritual care] Hemşirelik ve manevi bakım. *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2004; 8(1): 37-45.
18. Sert G. [Reproductive rights with case in Turkey] Vakalarla Türkiye’de üreme hakları. İstanbul: Turap Tanıtım Yayınları; 2013. s. 14-17.
19. Meier E. Medical privacy and its value for patients. *Seminars in Oncology Nursing* 2002; 18(2): 105-108.
20. Yalçın N, Aştı T. [Nurse-patient interaction] Hemşire-hasta etkileşimi. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi* 2011; 19: 54-59.
21. Erbil N. [Developing scale of patient’ rights using attitude] Hasta haklarını kullanma tutumu ölçeğinin geliştirilmesi. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi* 2009; 6: 825-838.
22. Sağlık Mevzuatı: Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi. Hacettepe Yayın Birliği, Ankara, 611-617, 1987.
23. IPPF Üreme Hakları ve Cinsel Haklar Bildirgesi, Vizyon 2000, Uluslararası Federasyonu - 1996, Türkiye Aile Planlaması Derneği Yayınları, No. 54, 1997.
24. Yanıkkereem E, Saruhan A, Şirin A. [Mother rights aspects of safe motherhood] Güvenli annelik açısından anne hakları. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni* 2008; 7 (2): 179-186
25. Hasta Hakları Yönetmeliği. Resmi Gazete Tarihi: 01.08. 1998, Resmi Gazete No: 23420. *Erişim Tarihi:* 21.10.2014.
26. Civaner M. [World medical association medical ethics manual] Dünya hekimler birliği tıp etiği el kitabı. Ankara: Türk Tabipler Birliği Yayınları; 2005. s. 34-60.
27. Daşdibi Beydilli E. [Yesterday and today of midwifery] Ebeliğin dünü ve bugünü. 1 ed. Ankara: Alter Yayıncılık 2007. s. 119.
28. Thompson A. Ethics in midwifery. Bennett VR, Brown, LK (Eds.). 13 ed. India: Churchill Livingstone; 2000. s. 67-79.
29. Ergin A, Özcan M, Acar Z, Ersoy N, Karahan N. Determination of national midwifery ethical values and ethical codes In Turkey. *Nursing Ethics* 2013;20(7):808-818.
30. Mete S. [The effects of nursing approach to the alleriation anxiety of the women coming the jynecologic examination] Jinekolojik muayeneye gelen kadınlarda oluşan anksiyeteye hemşirelik yaklaşımının etkisi. *C. Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 1998; 2(2): 1-8.
31. Altay B, Kefeli B. [The effect of some variables to the alleriation anxiety of women who came for jynecologic examination] Jinekolojik muayeneye gelen kadınların anksiyete düzeyi ve etkileyen bazı faktörler. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi* 2012; 5(4): 134-141.
32. Erbil N, Şenkul A, Sağlam Y, Ergül N. [Determination of attitudes with gynecologic examination and anxiety of Turkish women before gynecologic examination] Jinekolojik muayene öncesinde Türk kadınların anksiyete seviyeleri ve muayeneye ilişkin tutumlarının belirlenmesi. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi* 2008; 5(1): 1-13.
33. Hilden M, Sidenius K, Langhoff-Roos J, Wijma B, Schei B. Women's experiences of the gynecologic examination: factors associated with discomfort. *Acta*

- Obstetricia Et Gynecologica Scandinavica* 2003; 82: 1030-1036.
34. Lothian JA. Do not disturb: the importance of privacy in labor. *The Journal of Perinatal Education* 2004; 13: 4-6.
35. Kigenyi O, Tefera GB, Nabiwemba E, Orach CG. Quality of intrapartum care at Mulago national referral hospital, Uganda: clients' perspective. *BMC Pregnancy and Childbirth* 2013; 13: 162-170.
36. Sarpkaya D, Vural G. [The use of the way of knowing four in gynaecological examination in nursing] Hemşirelikte dört bilme yolunun jinekolojik muayenede kullanımı. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi* 2014; 7(2):124-127.
37. Güngör İ. Doğumda anne memnuniyetini değerlendirme ölçeğinin geliştirilmesi. [Development of a scale for measuring maternal satisfaction in birth] [Doktora Tezi]. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü [Institute of Health Sciences, İstanbul University], İstanbul, Türkiye, 2009.
38. Özmen N. Jinekolojik muayene sırasında kadınların hemşirelik yaklaşımlarına yönelik aldıkları hizmetler ve beklentileri. [The nursing services concerning nursing approaches and expectations of women during gynecological examination] [Yüksek Lisans Tezi]. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü [Institute of Health Sciences, Hacettepe University], Ankara, Türkiye, 2012.
39. Lay MM. Midwifery on Trial: Balancing Privacy Rights and Health Concerns after Roe v. Wade. *Quarterly Journal of Speech* 2003; 89(1):60-77.
40. Taşkın L. [Women's health and diseases nursing] Kadın sağlığı ve hastalıkları hemşireliği. 11. Baskı. Ankara: Sistem Ofset Matbaacılık; 2012. s. 413-427.
41. Yıldırım G. Doğum eyleminde uygulanan ıkmama tekniğinin anne ve fetus üzerindeki etkileri [The effects of pushing techniques on mother and fetus in birth] [Doktora Tezi]. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü [Institute of Health Sciences, İstanbul University], İstanbul, Türkiye, 2005.
42. Köksal Ö, Duran ET. [Cultural approach for labor pain] Doğum ağrısına kültürel yaklaşım. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi* 2013, 6(3):144-148.
43. Yıldız N. İlaçsız ağrı kontrol yöntemlerinden tens'in doğum ağrısını algılamaya etkisi [The effectiveness of tens for pain relief in labor] [Yüksek Lisans Tezi]. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü [Institute of Health Sciences, Marmara University], İstanbul, Türkiye, 2003.
44. Newton N, Foshee D, Newton M. Experimental inhibition of labor through environmental disturbance. *Obstetrics & Gynecology* 1966;27(3):371-377.
45. Odent M. The fetus ejection reflex. *Birth* 1987;14(2):104-105.
46. Adams ED, Bianchi AL. A practical approach to labor support. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing* 2008; 37: 106-115.
47. Chen CH, Wang SY, Chang MY. Women's perceptions of helpful and unhelpful nursing behaviors during labor: A study in Taiwan. *Birth* 2001; 28: 180-185.
48. Özcan M, Akpınar A, Ergin AB. Personal and professional values grading among midwifery students. *Nursing ethics* 2012;19(3):399-407.

49. Arısoy Y. [Legal responsibilities of healthcare workers] Sağlık çalışanlarının hukuki sorumlulukları. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi* 2009; 2(4): 183-187.
50. Mobach MP. Counter design influences the privacy of patients in health care. *Social Science & Medicine* 2009; 68: 1000-1005.
51. Üzeltürk S. [1982 Constitution and Human Rights, the right to privacy under the European Convention] 1982 Anayasası ve İnsan Hakları Avrupa Sözleşmesine göre özel hayatın gizliliği hakkı. İstanbul: Beta Yayıncılık; 2004. s. 99-109.

Use of the Barriers Scale Between the Years 2000 and 2012 in Turkey: A Systematic Review *

Türkiye’de 2000-2012 Yılları Arasında Engeller Ölçeği Kullanılarak Yapılmış Araştırma Sonuçları: Sistematik Bir Derleme

Fatma AY^a Nuran GENÇTÜRK^a

ABSTRACT Objective: The aim of this systematic review was to examine data obtained using the BARRIERS scale and to determine the main barriers. **Methods:** Turkish Citation Index, Medline and CINHALL (October 2000 to October 2012) were searched for published research. The search was performed using the key words (BARRIERS scale, research utilization scale, Turkey etc.). Studies with nurse samples that have been conducted between the years 2000 and 2012 using the BARRIERS scale were included in our search. **Results:** The most common barrier was phrased “The facilities are inadequate for implementation”. All studies were descriptive and cross-sectional. In 7 studies, which used the Funk’s Barriers Scale, the scale was found to be valid and reliable among Turkish nurses. The majority of studies were conducted by academicians. **Conclusion:** The nurses have stated the following items as the main factors affecting their utilization of research results: not perceiving themselves as professionally sufficient to implement a change in patient care, not being encouraged to conduct research in their working environment, and similarly, not being encouraged to utilize the results of research studies in their working environment. Determining the reasons behind nurses not using certain research results and affecting factors, makes implementing the aforementioned research results into practical application easier and subsequently, increases the quality of care. Implementing research results in patient care also has a positive effect on patient satisfaction.

Keywords: Nurses; clinical nursing research; evaluation research

ÖZET Amaç: Bu sistematik derlemenin amacı “Engeller” ölçeği kullanımından kaynaklanan bilgi durumunu incelemek ve temel engelleri belirlemektir. **Gereç ve Yöntem:** Türkiye Atıf İndeksi, Medline and CINHALL (Ekim 2000’den Ekim 2012’ye kadar) basılmış araştırmalar araştırıldı. Araştırma anahtar kelimeler (Engeller Ölçeği, araştırma kullanım ölçeği, Türkiye vb.) kullanılarak gerçekleştirildi. Araştırmaya alınma ölçütleri: 2000-2012 yılları arasında Engeller ölçeği kullanılarak hemşireler ile yapılmış araştırmalardır. **Bulgular:** Araştırmada incelediğimiz makalelerde hemşirelerin en sık karşılaştıkları engel “Uygulamalar için koşullar yetersiz” dir. Tüm araştırmalar tanımlayıcı ve kesitsel çalışmadır. Funk’s Engeller Ölçeği’nin kullanıldığı 7 araştırmada ölçek Türk hemşireleri için geçerli ve güvenilir bulunmuştur Araştırmaların büyük çoğunluğu akademisyenler tarafından yapılmıştı. **Sonuç:** Hemşireler, araştırma sonuçlarının hasta bakımında değişim yaratmak için kendilerini yeterli görmemeleri, iş ortamında araştırma yapma ve sonuçlarını kullanma ile ilgili desteklenmemeleri araştırma sonuçlarının kullanımını engelleyen faktörler olarak belirtmektedir. Hemşirelerin araştırma sonuçlarını kullanmama nedenleri ve bu durumu etkileyen faktörlerin belirlenmesi, bilimsel araştırma sonuçlarının uygulamaya aktarılmasını kolaylaştırır, bakım kalitesini artırır, hasta memnuniyeti de olumlu yönde etkilenir.

Anahtar Kelimeler: Hemşireler; klinik hemşirelik araştırmaları; araştırmaların değerlendirilmesi

^a Assistant Professor Ph. D. Istanbul University Faculty of Health Science

Correspondence/Sorumlu Yazar :Assistant Professor Ph.D. Fatma Ay Post Adress: İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Demirkapı Caddesi Karabal Sokak Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi Bahçeiçi 34740 Bakırköy İSTANBUL fatmaay@yahoo.com Telephone: +902124141500

Geliş Tarihi:10.11.2014/ Kabul Tarihi:08.01.2015

Introduction

The practical implementation of scientific and evidence based knowledge, which is essential for vocational and professional development, is an important professionalization criterion.^{1,2} Evidence based practice is very important in promoting professionalism in nursing since such practice provides the identification of the clinical problem and aids one in the clinical decision making process.^{2,3} In order to increase the quality of care and develop new nursing practices, the results of certain evidence based studies should be implemented into nursing practices.^{2,4} The use of research results and creating a change in nursing is quite difficult and requires effort.⁵ In some studies that focus on nursing research in Turkey, it is stated that nurses believe in the virtue of research, yet they think research findings are not applicable to clinical practice.⁶⁻⁹ As a result, the utilization of research findings in the nursing profession is still at insufficient levels.^{8,10,11}

Conducting research is among the duties of nurses who have received a certain amount of research training. Additionally, utilizing the results of recent studies is a professional responsibility more than a personal preference.¹² In nursing, research utilization has been defined as the use of research findings in any and all aspects of one's work as a nurse.¹³ Nurses, as well as actively taking part in the process by conducting research, are expected to read and evaluate recent studies, utilizing their results in their practices.^{12,14}

In Turkey, research education in nursing started in 1955 after the establishment of nursing schools in universities.^{12,15} With the Master (started in 1968) and PhD (started in 1972) programs opened after that period, nurses have started to conduct research and use their results.

In nursing, the BARRIERS scale, developed by Funk et al. and published in 1991, has been used extensively to identify

barriers to research use. Investigators have used this instrument since then, compiling a corpus of research findings that documents barriers to research use across continents, time, and study settings.^{15,16} In studies regarding the barriers in Turkey, both the scale developed by Funk and a general questionnaire were used.^{1-4,7-9,12,17-21}

In Turkish studies, the general results were found to be inapplicable to the clinical environment, and the necessary facilities for utilizing the results were found to be lacking.^{8,9} Determining the reasons behind nurses not using certain research results and affecting factors, makes implementing the aforementioned research results into practical application easier and subsequently, increases the quality of care. Implementing research results in patient care also has a positive effect on patient satisfaction.^{8,15}

Research Questions

1. Is BARRIERS scale a valid instrument in Turkish nurses?
2. Can the Barriers Scale adequately reflect the perceptions of nurses in Turkey?
3. Are the main barriers change over time and by geographic location?

Aim: The aim of this systematic review was to examine data obtained using the BARRIERS scale, to determine the main barriers and whether they varied over time and over geographic locations, and to identify associations between the barriers reported by nurses and the reported amount of research use.

Material and Methods

Data collection: This study was designed as a descriptive study. Two researchers searched for published reports in the Turkish Citation Index (2000 to September 2012), Medline (2000 to September 2012) and Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL) (2000 to September 2012) using the search terms.

The keywords were the BARRIERS scale, research utilization, Turkey, barriers in nursing, barriers in hospital, and Funk's Barriers scale. In November 2012, using the same databases and search terms, the search was updated for the period from 1 September to 31 October 2012.

Inclusion criteria: A study was eligible for inclusion if the study used Funk et al.'s BARRIERS scale among Turkish nurses. Studies with the keywords "research utilization, barriers, nursing, research, the utilization of research results, research barriers" were included. Studies with nurse samples were included. With regard to the first criterion, we included studies that used the original or slightly modified BARRIERS scale. No restrictions were made on the basis of study design.

Sample: It was determined that 19 articles regarding research barriers were published in Turkey in the aforementioned dates. One of the articles was omitted since its full text version could not be accessed and it was only summarized in a congress booklet, while four were omitted since they were irrelevant to the research results. Additionally, since one of the articles was published twice in different languages at different years, only the first published version of the article was included in our study. Thus, the present study was conducted by evaluating 13 articles.

Study limitations: The researchers had difficulty terming the research barriers that had the same articulation in Turkish but had different names in English under the same titles. A very limited number of studies were conducted and published on the subject. The fact that there is only one search engine online for reaching articles on nursing in Turkey has made reaching the studies difficult. Additionally, although there are MSc and PhD theses on the subject, these were omitted from the study since they were not published as articles.

Results

All studies were descriptive and cross-sectional. We found 13 studies which met our inclusion criteria. In 10 of these studies, the "Funk's Barriers Scale" was used; in 2 of them, no scales were used, and in one study, a question form used by Estabrooks was utilized. Among the studies, 11 were solely conducted by academicians, whereas only 2 studies were conducted by both academicians and clinical nurses. The majority of the studies were conducted in university and public hospitals. Only 7 studies out of 10, which used the "Funk's Barriers Scale", recalculated the Cronbach's Alpha value. The Cronbach's Alpha values were found to be between .70 and .92 and the scale was valid and reliable in Turkish nurses (Table 1). In one of the studies, the highest number of nurses consisted of those with a MSc or PhD degree, whereas the number of nurses with a MSc or PhD degree was the lowest in all of the other studies (Table 1).

Table 2 shows the first three barriers which emerged most frequently in the studies.

As shown in Table 3, in the studies, the biggest barrier encountered by nurses was "The facilities are inadequate for implementation (5 studies)", whereas "The nurse does not feel he/she has enough authority to change patient care procedures (4 studies)" was in the second rank. The first barrier is in the "Presentation" sub group, and the second barrier is in the "Nurse" sub group. In the present study, "There is insufficient time on the job to implement new ideas" was determined to be the third barrier affecting nurses' use of research results and "Physicians will not cooperate with implementation" was found to be the fourth barrier. When we examined the research results, we determined that the most important barriers and facilitators were generally similar and did not change according to geographic locations despite the fact that the studies

were conducted in different nurse groups (Table 3).

Discussion

Evidence-based nursing applications are an important factor in increasing the quality of care. In this study, it was determined that the barriers and facilitating factors related to utilizing the results of nursing researches perceived by nurses were parallel with similar study results. The inadequate facilities for implementation, not been compiled of the relevant literature in one place, physicians' not cooperating with implementation, any available document need to change practice, the nurses' feeling that the results are not generalisable to own setting are the top great barriers to research utilization reported in Turkey.^{3,18,20}

As shown in Table 3, our results are consistent with previous research findings. In the relevant literature, the following factors were identified as barriers to research utilization: nurses did not find it necessary to utilize research in clinical practice, incompetent skills regarding the apprehension and evaluation of research reports, insufficient statistical knowledge, lack of time and knowledge regarding the utilization of research results in care, low levels of understanding foreign languages, nurses' beliefs about the lack of time for conducting evidence based practice and believing that the practice of research results is a waste of time.^{3,4,7-9,12, 22-29} Other studies reported the following to be barriers to research utilization: (1) insufficient support from administrators, (2) belief that nurses lacked authority to change practice, (3) insufficient knowledge of research and statistical analysis, (4) lack of institutional or financial support, (5) insufficient support from colleagues, (6) lack of generalizability of findings, (7) lack of reliability in the interpretation of research findings and (8) inadequate time to implement changes suggested by research.^{28,30-37} Among the majority of nurses, the reasons for these barriers were

found to be not reading research literature, not participating in research, or not reflecting research findings onto nursing practice.^{4,26,28,38-42} According to Hutchinson and Johnston's (2006) review study, the most commonly cited barriers were (1) insufficient time to implement new ideas (20 studies), (2) lack of time to read research (eight studies) and (3) lack of awareness of research findings (eight studies).¹⁰

It was found that nurses perceive "the institution not being suitable for utilizing research results" as the biggest barrier (Table 3). An unsupportive health care system and institution is another important barrier to the utilization of research results in nursing care.^{22,26,43} Therefore, various characteristics of individuals and institutions affect nurses' utilization of research results in care.^{4,27,40,44} Rycroft-Malone (2004)⁴⁵ determined that organizational characteristics had the lowest effect on the utilization of research results in care. However, Estabrooks et al. (2003)⁴⁴ reported that institutional characteristics are important but it is hard to reach the goal without determining and developing individual characteristics. According to Özdemir and Akdemir (2009)³⁴, nurses with a higher education level were most likely to have conducted individual research projects. It can be concluded that various individual and organizational characteristics affect nurses' utilization of research results in care.^{4,27,44}

In this study, it was determined that the majority of nurses had a two-year degree and Bachelor's degrees, and that the number of nurses with an MSc degree was low in all studies except one. It has been noted that nurses' individual characteristics including their beliefs and attitudes regarding research, their educational levels, their behaviors regarding searching for and accessing information, and their professional characteristics affect the utilization of research in care.^{4,44} In addition, another important factor which is

a barrier to the utilization of research results in care is nurses' choice regarding the use of experience instead of using research derived information.⁴⁶

Researchers note that it is necessary to examine nurses' individual and professional characteristics in order to increase the quality of care and to implement evidence based practice instead of experience based practice.^{44,47,11} The majority of research examined in the present study were conducted by academicians (Table 1). While the number of Turkish nursing studies continues to increase, evidence shows that these studies

are mostly conducted by nurses working as academicians, and that nurses working in the clinical environment do not use the results of these studies for reasons similar to the aforementioned factors.^{3,4,48,49} This explains the difficulties that nurses face in reaching certain research results. In order to increase the quality of care, it is necessary for nurses to utilize the results of recent studies in their practice, and this utilization should be supported. Thus, providing access to the results of recent studies and notifying nurses about new developments in the field is a necessity.

Table 1. Characteristics of Researches (N=13)

Author's Name and Year of Publication	Made Institution and Year	The Researchers Status	Scale Name	Cronbach Alpha Value	The Universe of Research	Research Sample	Education Level of The Sample
Demir Y, Ak B, Çıtak Bilgin N, Efe H, Albayrak E, Çelikpençe Z, Güneri N - 2012	A state hospital in Bolu / 2010	Academics	The Barriers to Research Utilization Scale by Funk et al.	The Cronbach alpha value fort the internal consistency was calculated as .78.	120	82	High school level 16 Associate's degree 59 Bachelor of science in nursing 7
Sarı D, San Turgay A, Ekti Genc R, Bozkurt OD - 2012	Twenty-seven Turkish Ministry of Health Hospitals, Seventeen Private Hospitals, One Municipality Hospital, Three University Hospitals in Izmir / 2010	Academics	The Barriers to Research Utilization Scale by Funk et al.	The Cronbach alpha value wasn't calculated.	5406	718	High school level 61 Associate's degree 158 Bachelor of science in nursing 447 Master's degree / Doctorate 52
Tan M, Akgün Şahin Z, Kardaş Özdemir F - 2012	Eastern Anatolia Region of State Hospital (Thirteen) / 2009	Academics	The Barriers to Research Utilization Scale by Funk et al.	General Cronbach Alpha Value Non (Subgroups were calculated between .76 and .82)	1559	1094	High school level 209 Associate's degree 580 Bachelor's degree 305
Kocaman G, Seren S, Lash AA, Kurt S, Bengu N, Yürümezoğlu HA - 2010	A University Hospital in Izmir /	Academics	The Barriers to Research Utilization Scale by Funk et al.	The Cronbach alpha value wasn't calculated.	580	329	Knowledge wasn't found.
Öztürk A, Kaya N, Ayık S, Uygur E, Cengiz A - 2010	The state and private hospitals in Istanbul / 2008	Academics Clinical Nurse	The Barriers to Research Utilization Scale by Funk et al.	The Cronbach alpha value fort the internal consistency was calculated as .92. (Each subgroups were calculated between .73 and .80)	520	248	High school level 81 Associate's degree 74 Bachelor of science in nursing 88 Master's degree 5
Uysal A, Bayık Temel A, Ardahan M, Özkahraman Ş - 2010	Government and Private Hospitals in total forty-nine in Izmir / 2007	Academics	The Barriers to Research Utilization Scale by Funk et al.	The Cronbach alpha value wasn't calculated.	4714	216	High school level 75 Associate's degree 82 Bachelor of science in nursing 59

Yılmaz FA, Tel H - 2010	Different hospitals in Sivas - 2005	Academics	The Barriers to Research Utilization Scale by Funk et al.	The Cronbach alpha value fort the internal consistency was calculated as .85.	674	442	Associate's degree 155
Yava A, Tosun N, Çiçek H, Yavan T, Terakye G, Hatipoğlu S - 2007	Three Military Hospitals in Ankara Six Turkish Ministry of Healt Hospitals in Ankara /	Academics	The Barriers to Research Utilization Scale by Funk et al.	The Cronbach alpha value fort the internal consistency was calculated as .87. (Subgroups were calculated between .64 and .78)	947	631	High school level 135 Associate's degree 385 Bachelor of science in nursing (BSN) 111
Bayık TA, Uysal A, Ardahan M, Özkahraman Ş - 2009	Two University Hospitals, One State Hospital, One Private Hospital in Izmir / 2005	Academics	The Barriers to Research Utilization Scale by Funk et al.	The Cronbach alpha value fort the internal consistency was calculated as .92. (Subgroups were calculated between .73 and .80)	300	300	----- (Bachelor's Degree 48.7%)
Kelleci M, Gölbaşı Z, Yılmaz M, Doğan S - 2008	A University Hospital in Sivas / 2007	Academics	The scale wasn't used	-----	272	237	High school level 13 Associate's degree 71 Bachelor of science in nursing 144 Master's degree 9
Yava A, Çiçek H, Tosun N, Yanmış N, Koyuncu A, Güler A, Akbayrak N - 2008	One Military Hospital and one State Hospital in Ankara / 2008	Academics Clinical Nurse	The Barriers to Research Utilization Scale by Funk et al.	The Cronbach alpha value wasn't calculated.	67	51	High school level 8 Associate's degree 28 Bachelor of science in nursing 15
Altuğ Özsoy S, Ardahan M - 2007	Ege University- Dokuz Eylul University Hospitals in Izmir / 2003-2004	Academics	A questionnaire form that Estabrooks used	The cronbach alpha value was 0.73 for the total group.	624	498	Associate's degree 140 Bachelor of science in nursing 78 Master's degree 280
Emiroğlu ON, Ünlü H, Terzioğlu F, Bulut H - 2005	All hospitals in Ankara (Univesity hospitals, state hospitals, private hospitals, municipal hospitals) / 2000	Academics	The scale wasn't used	-----	4358	344	High school level / Associate's degree 268

Table 2. The three most important obstacle were determined by the research results (N=12*)

Yazar Adı ve Yılı	The three most common barriers
Demir Y, Ak B, Çıtak Bilgin N, Efe H, Albayrak E, Çelikpençe Z, Güneri N – 2012	1. The nurse does not feel she or he has enough authority to change patient care procedures. 2. The facilities are inadequate for implementation. 3. Physicians will not cooperate with implementation.
Sarı D, San Turgay A, Ekti Genc R, Bozkurt OD - 2012	1. The facilities are inadequate for implementation 2. The relevant literature is not compiled in one place 3. The nurse is unaware of the research
Tan M, Akgün Şahin Z, Kardeş Özdemir F - 2012	1. There is insufficient time on the job to implement new ideas. 2. The nurse does not feel she or he has enough authority to change patient care procedures. 3. The nurse does not have time to read research.
Kocaman G, Seren S, Lash AA, Kurt S, Bengu N, Yürümezoğlu HA - 2010	1. There is insufficient time on the job to implement new ideas. 2. Research reports/articles are written in English. 3. The facilities are inadequate for implementation.
Öztürk A, Kaya N, Ayık S, Uygur E, Cengiz A - 2010	1. The nurse does not see the value of research for practice. 2. The nurse is unaware of the research. 3. The nurse is unwilling to change/try new ideas.
Uysal A, Bayık Temel A, Ardahan M, Özkahraman Ş - 2010	1. The facilities are inadequate for implementation 2. The relevant literature is not compiled in one place 3. Physicians will not cooperate with implementation
Yılmaz FA, Tel H - 2010	1. Lack of easy access to the research manuscripts. 2. Uncertainty about how the research results will affect the nursing practice. 3. Abstruse explanation of the statistical analyses in the research manuscripts.
Yava A, Tosun N, Çiçek H, Yavan T, Terakye G, Hatipoğlu S - 2007	1. The nurse does not feel she or he has enough authority to change patient care procedures. 2. The nurse does not have time to read research. 3. The facilities are inadequate for implementation.
Kelleci M, Gölbaşı Z, Yılmaz M, Doğan S - 2008	1 Nurses have difficulty in achieving the results of research in the field of nursing. 2. Nursing have difficulty that research papers to read and understand, and assessing .
Yava A, Çiçek H, Tosun N, Yanmış N, Koyuncu A, Güler A, Akbayrak N - 2008	1. There is insufficient time on the job to implement new ideas 2. Physicians will not cooperate with implementation 3. The nurse does not feel she or he has enough authority to change patient care procedures
Altuğ Özsoy S, Ardahan M - 2007	1. The information my fellow nurses share. 2. What has worked for me for years. 3. The ways that I have always done it.
Emiroğlu ON, Ünlü H, Terzioğlu F, Bulut H – 2005	1. The lack of sufficient information. 2. The lack of time. 3. The individual unable / The lack of group work .

* The results of 12 studies are shown in the table since Bayık et al. did not mention the most encountered barriers in their study.

Table 3 Distribution of the most common barriers (N=12*)

BARRIERS	Used Funk's Barriers Scale		Others
	n	Subgroup	
The facilities are inadequate for implementation.	5	Presentation	-
The nurse does not feel she or he has enough authority to change patient care procedures.	4	Nurse	2
There is insufficient time on the job to implement new ideas.	3	Presentation	-
Physicians will not cooperate with implementation.	3	Presentation	1
The nurse does not have time to read research.	2	Presentation	1
The relevant literature is not compiled in one place.	2	Setting	1
The nurse is unaware of the research.	2	Nurse	-
The nurse does not see the value of research for practice.	2	Nurse	-
Abstruse explanation of the statistical analyses in the research manuscripts.	1	Presentation	-
Research reports/articles are written in English	1	Setting	-
The nurse is unwilling to change/try new ideas.	1	Nurse	-
Lack of easy access to the research manuscripts.	1	Presentation	-

* The results of 12 studies are shown in the table since Bayık et al. did not mention the most encountered barriers in their study.

Conclusion

Transferring research findings into clinical practice will provide utilization and improvement of knowledge produced in nursing, an increase in evidence-based practices and nursing care quality and efficiency, and development of professional practices. Therefore, it is very important to determine the barriers to and facilitators of research utilization among nurses. Making clinical regulations on the basis of research findings in line with the needs of nurses regarding this issue will increase the quality of care and patient satisfaction accordingly.

As a result of the present study, we recommend research findings to be discussed with hospital administrations in order to eliminate the barriers to implementing research in practice and to create organizational awareness. It is assessed that nurses be trained in research and evidence-based applications, and supported from hospital management could be useful.

And addition to, we recommend, 1- results of the thesis that made in Turkey should be added, 2- comparison should be made with the research results that are using different models.

Acknowledgements

We would like to thank Zümrüt Gedik for her assistance in the translation of this article.

References

- Öztürk A, Kaya N, Ayık S, Uygur E, Cengiz A. Hemşirelik uygulamalarında araştırma sonuçlarının kullanımında engeller [Barriers to research utilization in nursing practice]. *Florence Nightingale Journal of Nursing* 2010; 18(3):144-155.
- Sarı D, Turgay AS, Genc RE, Bozkurt Ö. Research activities and perceptions of barriers to research utilization among Turkish Nurses. *Journal of Continuing Education Nursing* 2012; 43(6): 251-258.
- Yava A, Tosun N, Çiçek H, Yavan T, Terakye G, Hatipoğlu S. Hemşirelerin araştırma sonuçlarını kullanımında Engeller Ölçeği'nin geçerlilik ve güvenilirliği [Validity and reliability of "Barriers Scale" in utilization of research results by nurses]. *Gulhane Medical Journal* 2007; 49:72-80.
- Kelleci M, Gölbaşı Z, Yılmaz M, Doğan S. Bir üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerin araştırma yapma ve araştırma sonuçlarını bakımda kullanma ile ilgili görüşlerinin incelenmesi [The views of nurses, about carrying out research and utilization of research results in nursing care in a university hospital]. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi* 2008; 10(2):3-16.
- Yürümezoğlu HA, Kocaman G. Hemşirelikte araştırma kullanımı ve PARIHS kavramsal çerçevesi [Research utilization in nursing and PARIHS framework]. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemsirelik Yüksekokulu Dergisi* 2008, 12(3):36-42.
- Platin N. Kanıta dayalı hemşirelik ülkemizde uygulanamaz neden? [Evidence-based nursing is not applicable in our country. Why?]. 1. Uluslar arası ve 8. Ulusal Hemşirelik Kongresi Kongre Kitabı, 22 Ekim-2 Kasım 2000, Antalya,Türkiye .s.18.
- Yava A, Çiçek H, Tosun N, Yanmış N, Koyuncu A, Güler A. et al. Kardiyoloji ve kalp damar cerrahisi hemşirelerinin araştırma sonuçlarını kullanmalarını etkileyen faktörler [Factors influencing use of research results by cardiology and cardiovascular surgery nurses]. *Anatolia Journal of Clinical Investigation* 2008; 2(4):160-166.
- Demir Y, Ak B, Çıtak Bilgin N, Efe H, Albayrak E, Çelikpençe Z. et al. Hemşirelik Uygulamalarında Araştırma Sonuçlarının Kullanımındaki Engeller ve Kolaylaştırıcı Faktörler [Barriers

- and facilitating factors to research utilization in nursing practice]. *Journal of Contemporary Medicine* 2012; 2(2): 94-101.
9. Kocaman G, Seren S, Lash AA, Kurt S, Bengü N, Yürümezoğlu HA. Barriers to research utilisation by staff nurses in a university hospital. *Journal of Clinical Nursing* 2010; 19(13-14): 1908-1918.
 10. Hutchinson AM, Johnston L. Beyond the BARRIERS Scale commonly reported barriers to research use. *The Journal of Nursing Administration* 2006; 36(4):189–199.
 11. Retsas A. Barriers to using research evidence in nursing practice. *Journal of Advanced Nursing* 2000; 31(3): 599-606.
 12. Emiroglu ON, Ünlü H, Terzioğlu F, Bulut H. Hemşirelerin araştırmalara katılma durumları, araştırmaya ilişkin görüşleri ve bilgi gereksinimleri [Nurses' views on their research activities and their views towards research and nurses' needs of knowledge]. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi* 2005; 7(1-2): 64-85.
 13. Estabrooks CA, Scott S, Squires J, Stevens B, O'Brien-Pallas L, Watt-Watson J. et al. Patterns of research utilization on patient care units. *Implementation Science* 2008; 3(31): 1–16.
 14. Hinds PS, Gattuso J, Morrell A. Creating a hospital-based nursing research fellowship program for staff nurses. *The Journal of Nursing Administration* 2000; 30(6): 317-324.
 15. Temel BA, Uysal A, Ardahan M, Özkahraman Ş. Barriers to research utilization scale: psychometric properties of the Turkish version. *Journal of Advanced Nursing* 2010; 66(2): 456–464.
 16. Kajermo KN, Boström AM, Thompson DS, Hutchinson AM, Estabrooks CA, Wallin L. The BARRIERS Scale—the barriers to research utilization scale: A systematic review. *Implementation Science* 2010; 26(5):32.
 17. Tan M, Akgün Şahin Z, Kardeş Özdemir F. Barriers of research utilization from the perspective of nurses in Eastern Turkey. *Nursing Outlook* 2012; 60(1):44-50.
 18. Uysal A, Temel AB, Ardahan M, Özkahraman Ş. Barriers to research utilization among nurses in Turkey. *Journal of Clinical Nursing* 2010; 19(23-24): 3443-3452.
 19. Yılmaz FA, Tel H. Hemşirelerin araştırmaya ve araştırma sonuçlarının uygulama alanında kullanılmasına ilişkin görüşlerinin belirlenmesi [Determination of the nurses' views of the research and the use of research results in practical field]. *Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences* 2010; 13 (1): 15-23.
 20. Temel AB, Uysal A, Ardahan M, Özkahraman Ş. Barriers to Research Utilization Scale: psychometric properties of the Turkish version. *Journal of Advanced Nursing* 2009; 66(2): 456-464.
 21. Ozsoy SA, Ardahan M. Research on knowledge sources used in nursing practices. *Nurse Education Today* 2008; 28(5):602-609.
 22. Kajermo KN, Unden M, Gardulf A, Eriksson LE, Orton ML, Arnetz BB. et al. Predictors of nurses perceptions of barriers to research utilization. *Journal of Nursing Management* 2008; 16(3): 305–314.
 23. Erdoğan V, Kocaman G. Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti Devlet Hastaneleri'nde çalışan hemşirelerin araştırma kullanım engelleri [Barriers to research utilization among nurses at the Public Hospitals in Turkish Republic of Northern Cyprus]. *Florence Nighingale Journal of Nursing* 2011; 19 (1): 29-36.
 24. French B. Evaluating research for use in practice: what criteria do specialist nurses use? *Journal of Advanced Nursing* 2005; 50 (3): 235–243.

25. Holleman G, Eliens AG, Van Vliet M, Van Achterberg T. Promotion of evidence-based practice by professional nursing associations: literature Review. *Journal of Advanced Nursing* 2006; 53(6): 702–709.
26. Glacken M, Chaney D. Perceived barriers and facilitators to implementing research findings in the Irish practice setting. *Journal of Clinical Nursing* 2004; 13(6):731-740.
27. Eller SL, Kleber E, Wang SL. Research knowledge, attitudes and practices of health professionals. *Nursing Outlook* 2003; 51(4): 165–170.
28. Parahoo K. Barriers to, and facilitators of, research utilization among nurses in Northern Ireland. *Journal of Advanced Nursing* 2000; 31(1): 89-98.
29. Olade RA. Attitudes and factors affecting research utilization. *Nursing Forum* 2003; 38(4):5-15.
30. Closs SJ, Baum G, Bryar RM, Griffiths J, Knight S. Barriers to research implementation in two Yorkshire hospitals. *Clinical Effectiveness in Nursing* 2000; 4(1): 3-10.
31. Bryar RM, Closs SJ, Baum G, Cooke J, Griffiths J, Hostick T. et al. The Yorkshire BARRIERS project: diagnostic analysis of barriers to research utilisation. *International Journal of Nursing Studies* 2003; 40(1): 73-84.
32. Hutchinson AM, Johnston L. Bridging the divide: a survey of nurses' opinions regarding barriers to, and facilitators of, research utilization in the practice setting. *Journal of Clinical Nursing* 2004;13(3):304-315.
33. Micevski V, Sarkissian S, Byrne J, Smirnis J. Identification of barriers of facilitators to utilizing research in nursing practice. *Worldviews on Evidence-Based Nursing* 2004; 1: 229–239.
34. Özdemir L, Akdemir N. Turkish nurses' utilization of research evidence in clinical practice and influencing factors. *International Nursing Review* 2009; 56(3):319-325.
35. Winch S, Henderson A, Creedy D. Read, Think, Do!: a method for fitting research evidence into practice. *Journal of Advanced Nursing* 2005; 50(1): 20-26.
36. French B. Contextual factors influencing research use in nursing. *Worldviews on Evidence-Based Nursing* 2005; 2(4):172-183.
37. Adi Hajbaghery M, Salsali M. A model for empowerment of nursing in Iran. *BMC Health Services Research* 2005; 5(24): 1-11.
DOI:10.1186/1472-6963-5-24
38. Björkström ME, Hamrin EKF. Swedish nurses' attitudes towards research and development within nursing. *Journal of Advanced Nursing* 2001; 34(5): 706-714.
39. French P. Evidence-based nursing: a change dynamic in a managed care system. *Journal of Nursing Management* 2000; 8(3):141-147.
40. Meijers JMM, Janssen MAP, Cummings GG, Wallin L, Estabrooks CA, Halfens RYG. Assessing the relationships between contextual factors and research utilization in nursing: systematic literature review. *Journal of Advanced Nursing* 2006; 55(5):622-635.
41. Rodgers SE. The extent of nursing research utilization in general medical and surgical wards. *Journal of Advanced Nursing* 2000; 32 (1):182-193.
42. Veeramah V. Utilization of research findings by graduate nurses and midwives. *Journal of Advanced Nursing* 2004;47 (2):183-191.
43. Kuuppelomäki M, Tuomi J. Finnish nurses' views on their research activities. *Journal of Clinical Nursing* 2003; 12(4):589–600.
44. Estabrooks CA, Floyd JA, Scott-Findlay S, O'Leary KA, Gushta M. Individual determinants of research utilization: a systematic review.

- Journal of Advanced Nursing* 2003; 43(5): 506–520.
45. Rycroft-Malone J. The PARIHS framework- aframework for guiding the implementation of evidence of evidence-based practise. *Journal of Nursing Care Quality* 2004; 19(4):297-304.
46. Oranta O, Routasalo P, Hupli M. Barriers to and facilitators of research utilization among Finnish Registered Nurses. *Journal of Clinical Nursing* 2002; 11(2):205-213.
47. Parahoo K, Mccaughan EM. Research utilization among medical and surgical nurses: a comparison of their self reports and perceptions of barriers and facilitators. *Journal of Nursing Management* 2001; 9(1): 21–30.
48. Bayık A. [Nursing Discipline and Research]. Ed. Erefe İ. Hemşirelikte Araştırma İlke, Süreç ve Yöntemleri [The Principles and Methods of Researching in Nursing], Odak Ofset [Odak Edition], Ankara, 2002; 13–26.
49. Kocaman G. Hemşirelik araştırmalarının değerlendirilmesi ve kullanımı [Research of nursing evaluation and use]. Ed. Erefe İ. Hemşirelikte Araştırma İlke, Süreç ve Yöntemleri [The Principles and Methods of Researching in Nursing], Odak Ofset [Odak Edition], Ankara, 2002; 280-28.