

HSP

Journal of Health Sciences and Professions

Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi

CİLT 2 SAYI 2 YIL 2015



SAĞLIK BİLİMLERİ VE MESLEKLERİ DERGİSİ

ONURSAL EDİTÖR

Dr. Halil Koyuncu

EDİTÖR

Dr. Neriman Zengin

BÖLÜM EDİTÖRLERİ

Dr. Doğaç Niyazi Özüçelik
Dr. Reyhan Bahçivan Saydam
Dr. Burcu Ersöz Hüseyinsinoğlu

YAYIN KURULU

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

DERGİ SAHİBİ

Prof. Dr. Halil Koyuncu, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekanı

SORUMLU YAZI İŞLERİ MÜDÜRÜ

Yrd. Doç. Dr. Meral Madenoğlu Kıvanç, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

DANIŞMA KURULU*

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. Ayşe Zengin Alpözgen
Dr. Ayşegül Oksay Şahin
Dr. Aysel Yıldız
Dr. Ayten Diñç
Dr. Besey Ören
Dr. Birsan Karaca Saydam
Dr. Burcu Ersöz Hüseyinsinoğlu
Dr. Burcu Semin Bilgütay
Dr. Çiğdem Öksüz
Dr. Derya Çelik
Dr. Dilek Aygin
Dr. Doğaç N. Özüçelik
Dr. Eda Yılmaz Alarçin
Dr. Ela Tarakçı
Dr. Emine Kıyak
Dr. Esin Çeber Turfan
Dr. Esmâ Demirezen
Dr. F. Deniz Sayiner
Dr. Fatma Ay
Dr. Gökşen Kuran Aslan
Dr. Gonca Bumin
Dr. Gülbahar Keskin
Dr. Gülbeyaz Can
Dr. Gülçin Bozkurt
Dr. Gülnur Akkaya

Dr. Gülsün Özentürk
Dr. Gülümser Dolgun
Dr. Hacer Karanisoğlu
Dr. Hacer Özgen Narci
Dr. Hafize Öztürk Can
Dr. Hakan Acar
Dr. Halim İşsever
Dr. Handan Güler
Dr. Haris Begović
Dr. Hatice Kaya
Dr. Hatice Ulusoy
Dr. Hatice Yıldız
Dr. Hava Özkan
Dr. Hava Sert
Dr. Haydar Sur
Dr. Hicran Yıldız
Dr. Hülya Bilgin
Dr. Hülya Kaya
Dr. Hülya Kayıhan
Dr. Hülya Üstündağ
Dr. Hüsnüye Diñç
Dr. İlkşan Demirbükten
Dr. İpek Yeldan
Dr. Işıl Işık Andsoy
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. Nilgün Ulutaşdemir
Dr. Nuran Gençtürk
Dr. Nurdan Demirci
Dr. Nursen İlçin
Dr. Nurten Kaya
Dr. Ömer Miraç Yaman
Dr. Osman Hayran
Dr. Özgür Alparslan
Dr. Panagiotis V. Tsaklis
Dr. Rabia Etki Genç
Dr. S. Haluk Özarsı
Dr. Saadet Yazıcı
Dr. Selma Söyük
Dr. Semra Oğuz
Dr. Serap Ejder Apay
Dr. Sevgi Sevi Yeşilyaprak
Dr. Sevil İnal
Dr. Sevim Çelik
Dr. Sevim Ulupınar
Dr. Sibel Öztürk
Dr. Sıdika Kaya
Dr. Şule Alpar Ecevit
Dr. Sultan Alan
Dr. Taner Artan
Dr. Tülay Yılmaz
Dr. Tümer Ulus
Dr. Veli Duyan
Dr. Yıldız Analay Akbaba
Dr. Zekiye Karaçam
Dr. Zeliha Tülek

YAYIN KURALLARI

SAĞLIK BİLİMLERİ VE MESLEKLERİ DERGİSİ' Haziran- Ekim- Şubat olmak üzere yılda üç sayı yayınlanır. Dergide 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.

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.

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 (Türkçe ve İngilizce özet; amaç, gereç ve yöntem, bulgular ve sonuç bölümlerinden oluşmalı, kısaltma kullanılmamalı, kelime sayısı 250'yi geçmemeli)
- Giriş
- Gereç ve Yöntem
- 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 (Türkçe ve İngilizce özet; bölümsüz olmalı, kısaltma kullanılmamalı, kelime sayısı 250'yi geçmemeli)
- 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 (Türkçe ve İngilizce özet; bölümsüz olmalı, kısaltma kullanılmamalı, kelime sayısı 200'ü geçmemeli)
- 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 (Türkçe ve İngilizce, 100-150 kelime; bölümsüz)
- 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 kullanılmamalıdır. 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.

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, orijinal araştırmalar için en fazla 12 olmalıdır.

Şekil, Resim, Tablo ve Grafikler:

- Tabloların numara ve başlıkları tablonun başında yer almalıdır. Başlık cümle düzeninde olmalıdır (ilk kelime büyük harfle başlamalı diğer kelimeler küçük harfle yazılmalı).
- Tablolarda dikey çizgiler olmamalı ve yatay çizgiler olmalı, Times New Roman karakterinde 11 punto olmalıdır.
- Tablolar ve grafikler metin içinde ilgili cümlenin sonunda belirtilmeli ve metin içinde uygun yerlere yerleştirilmelidir.
- Şekillerin numara ve başlıkları şeklin altına belirtilmelidir. Başlık cümle düzeninde olmalıdır.
- Şekil, resim, metin içinde ilgili cümlenin sonunda belirtilmelidir. Şekil, resim, metin içine uygun yerlere yerleştirilmelidir.
- Kullanılan kısaltmalar şekil, resim, tablo ve grafiklerin altındaki açıklamada 10 punto Times New Roman karakterinde 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.

Başlık 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.**

Ana metin içinde yazar isim ve kurumları ile ilgili herhangi bir yazı, not bulunmamalıdır. Sisteme Başlık sayfası ve ana metin ayrı ayrı yüklenmelidir.

Başlık çok uzun olmamalı, karakter sayısı boşluklu 120'yi geçmemeli. Ana metin içinde üst bilgi olarak eklenecek olan kısa başlık 5 kelimeyi geçmemelidir. Üst bilgi sayfa ortasına hizalanmalıdır.

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

Anahtar Kelimeler: Türkçe ve İngilizce olarak en az 2, en fazla 5 anahtar kelime yazılmalıdır. Kelimeler birbirlerinden virgül (,) ile ayrılmalı, ilk kelime büyük harf diğerleri küçük harf ve alfabetik sıraya göre yazılmalıdır. **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 “İngilizce kaynaklarda “et al.” Türkçe kaynaklarda “ve ark.” 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.	Zengin N, Enç N. Comparison of two blood sampling methods in anticoagulation therapy: venipuncture and peripheral venous catheter. <i>Journal of Clinical Nursing</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	Perneger TV, Giner F. Randomized trial of heroin maintenance programme for adults who fail in convential drug treatments. <i>BMJ [serial on the Internet].</i> 1998 [cited 2005 Aug 12];317(2):[about 3 p.]. Available from:

	Internet] yıl (erişim yılı) cilt, sayı; sayfa no'su. Erişim adresi:	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.	Yabancı dilde yayımlanan kitaplar; <input type="checkbox"/> 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. <input type="checkbox"/> 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. <input type="checkbox"/> Baselt RC, Cravey, RH. Disposition of toxic drugs and chemicals in man. 4th ed. Foster City, CA: Chemical Toxicology Institute; 1995.p.140-150. Türkçe kitaplar için; <input type="checkbox"/> 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.	Yabancı dilde yayımlanan kitaplar için; <input type="checkbox"/> 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. Türkçe kitaplar için; <input type="checkbox"/> Eken A. Kozmesötik Etken Maddeler [Cosmeceutical ingredients: drugs to cosmetics products]. 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri; 2006. p.1-7.
On-line yayınlar	DOI kabul edilebilir online referanstır	<input type="checkbox"/> 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		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 Türü- Yüksek lisans, Doktora) -yayınlayan kurum, yayın yeri, yıl, sayfa.	Kay JG. Intracellular cytokine trafficking and phagocytosis in macrophages [PhD thesis]. University of Queensland, St Lucia, 2007. Zengin N. Antikoagulan 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:	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		Yazar/organizasyonun adı. Sayfanın başlığı [Internet], Yayın tarihi, Güncelleme tarihi. Erişim adresi: 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

-in his research, Jones 2 asserts....
-as evidenced from a recent Australian study.
- Scholtz 1 has argued that.....

Metin içinde sayfa numarası içeriyorsa

- ...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

- Her bir kaynak numarasından sonra virgül konulmalı , ardışık kaynak numaralarında araya “-“ konularak ilk ve son kaynak numarası yazılmalıdır.
- örnek:.....1,5,6-8

Ebe ve Hemşirelere Verilen Eğitimin Kadına Yönelik Aile İçi Şiddete İlişkin Tutumlarına Etkisi

The Effect of Education Given to Midwives and Nurses on Their Attitudes of Domestic Violence against Women

Aslı SİS ÇELİK,¹ Nihan TÜRKOĞLU,² Serap EJDER APAY³, Ayşe AYDIN⁴,
Türkan PASINLIOĞLU⁵,

ÖZET Amaç: Bu çalışma ebe ve hemşirelere verilen eğitimin kadına yönelik aile içi şiddete ilişkin tutumlarına etkisinin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır. **Materyal ve Metot:** Çalışma ön test-son test deney ve kontrol gruplu deneme modeli olarak yapılmıştır. Araştırma evrenini Erzurum il merkezinde bulunan 18 Aile Sağlığı Merkezinde çalışmakta olan ebe ve hemşireler oluşturmuştur. Araştırmada örneklem seçimine gidilmeksizin çalışmaya katılmayı kabul eden tüm ebe ve hemşireler (84 kişi) çalışma kapsamına alınmıştır. Deney ve kontrol grubundaki ebe ve hemşirelere ön-test uygulanmıştır. Daha sonra deney grubunda yer alan ebe ve hemşirelere kadına yönelik şiddet konusunda eğitimler yapılmış ve eğitimin bitiminde eğitim kitapçığı verilmiştir. Eğitimler bittiğinde deney ve kontrol grubuna son test uygulanmıştır. Verilerin toplanmasında “Anket formu”, “Şiddete İlişkin Tutum Ölçeği” ve “Sağlık Personelinin Şiddete Uğramış Kadına Karşı Mesleki Rollerine İlişkin Tutum Ölçeği” kullanılmıştır. **Bulgular:** Deney grubundaki ebe ve hemşirelerin Şiddete İlişkin Tutum Ölçeğinin tüm alt boyutları ve ölçek toplamına ait son test puan ortalamalarının ön test puan ortalamalarından önemli düzeyde daha düşük olduğu saptanmıştır ($p<0.001$). Deney grubundaki ebe ve hemşirelerin şiddete uğramış kadına karşı mesleki rollerine ilişkin tutum ölçeğinin tüm alt boyutları ve ölçek toplamına ait son test puan ortalamalarının ön test puan ortalamalarından önemli düzeyde daha düşük olduğu saptanmıştır ($p<0.001$). **Sonuç:** Kadına yönelik şiddete ilişkin verilen eğitimin ebe ve hemşirelerin şiddete ve şiddete uğramış kadına karşı mesleki rollerine ilişkin gelenekselci tutumlarını azalttığı belirlenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Ebe, hemşire, kadına yönelik şiddet

ABSTRACT Aim: The objective of this study was to determine the effect of education received by midwives and nurses on their attitudes regarding the violence against women. **Material and Method:** The study was conducted as an experimental model with pretest-posttest experimental and control group. The population of the study consisted of midwives and nurses working in 18 Family Health Centers in the city center of Erzurum. All midwives and nurses (84 individuals) who agreed to participate in the study were included in the study without selecting any sample group. A pretest was performed to midwives and nurses in the experimental and control groups. And then the midwives and nurses in the experimental group were trained about the violence against women and at the end of the training, they were given training manuals. Once the trainings were over, a posttest was performed to the experimental and control group. The “Questionnaire form”, “Attitude towards Violence Scale” and “Scale of the Attitude of Medical Personnel towards the Occupational Roles of Violated Women” were used to collect the data. **Results:** It was observed that the midwives and nurses in the experimental group had considerably lower posttest mean scores in all subscales and the overall Attitude towards Violence Scale, compared to the pretest mean scores ($p<0.001$). It was also observed that the midwives and nurses in the

Geliş Tarihi/Received:31.10.2014/Kabul Tarihi/Accepted: 05.01.2015

¹ Yazışma Adresi/ Crossepondence: Yrd. Doç. Dr., Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Kampüs/ Erzurum, e-mail: aslisis@hotmail.com / aslisis@atauni.edu.tr , Tlf: + (90) 442 231 26 89

² Araş. Gör., Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Kampus/ Erzurum, e-mail: nihan-25-kilic@hotmail.com

³ Yrd. Doç. Dr., Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Bölümü,Kampus/ Erzurum, e-mail: sejder@hotmail.com

⁴ Araş. Gör., Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Kampus/ Erzurum, e-mail: aysea@atauni.edu.tr

⁵ Prof. Dr., Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Kampus/ Erzurum,e-mail: tpasin@atauni.edu.tr

Çalışma Atatürk Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri birimi tarafından desteklenmiş, 2-4 Mayıs tarihleri arasında Eskişehir’de yapılan II. Kadın Araştırmaları Sempozyumunda tam metin sözel bildiri olarak sunulmuştur.

experimental group had considerably lower posttest mean scores in all subscales and the overall scale of the attitude of medical personnel towards the occupational roles of violated women, compared to the pretest mean scores ($p < 0.001$). **Conclusion:** It was determined that the training about the violence against women decreased the traditional attitudes of midwives and nurses regarding their occupational roles towards violence and the violated women.

Key words: Midwife, nurse, violence against women

Giriş

Şiddet fiziksel güç veya konumun kasıt içeren bir tehdit veya gerçek olarak bir başkasına uygulanması sonucunda hedef alınan bireyde yaralanma, ölüm ve psikolojik zarara yol açan ya da neden olma olasılığı bulunan durum olarak tanımlanmaktadır. Şiddet evde, okulda, işyerinde kısaca yaşamın tüm alanlarında görülmekle birlikte özellikle evde ve aile içinde daha sık görülmektedir.¹ Aile içi şiddete maruz kalanların genelde kadınlar, çocuklar ve yaşlılar olduğu bildirilmektedir.^{2,3} DSÖ'nün bildirdiğine göre, şiddet en fazla aile ortamında ve kadına yönelik olarak yaşanmaktadır.⁴

Kadına yönelik şiddet (KYŞ) kadınlarda mortalite ve morbiditeyi etkileyen önemli sorunlara neden olmaktadır. Bu sorunlar psikolojik veya fizyolojik birçok sağlık sorununun ortaya çıkmasını kolaylaştıran, iyileşmeyi geciktiren, tedaviye uyumu bozan etkilere sahip olmanın yanında yaralanma, sakatlanma ve ölümlere de neden olmaktadır.⁵

Türkiye Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet (KYAİŞ) araştırması (2009) sonuçlarına göre, ülkemizde kadınların %39'u fiziksel, %15'i cinsel ve %44'ü duygusal şiddete maruz kalmaktadır.⁵ Altınay ve Arat'ın (2007) 1800 evli kadın üzerinde yapmış olduğu çalışmada; her üç kadından birinin (%35) hayatı boyunca en az bir kez eşinden fiziksel şiddet gördüğü belirlenmiştir. Çalışmada, okuma yazma bilmeyen kadınlar arasında en az bir kez fiziksel şiddet gördüğünü belirtenlerin oranı %43 iken, bu oranın yüksek öğrenim görmüş kadınlarda %12 olduğu saptanmıştır.⁶ Araştırma sonuçları ülkemizde şiddet gören kadınların oranının yüksek olduğunu ortaya koymaktadır.

Şiddet gören ve risk altındaki kadınlar için yardım alabilecekleri hizmet

alanları içerisinde, sağlık hizmetleri önemli yere sahiptir. Fiziksel şiddete uğrayan kadınların yaklaşık %80'i en az bir kez yardım almak için sağlık kuruluşlarına başvurmuştur. Bu duruma rağmen sağlık personeli bilgi ve eğitim eksikliği, toplumsal yanlış inançlar ve tutumlar nedeniyle birçok vakayı gözden kaçırmaktadır.⁷ Konunun önemi göz önüne alınacak olursa ebe ve hemşirelerin konuya dikkatinin çekilmesi ve bu konuda bilgi sahibi olması önemlidir.

KYAİŞ'le "Mücadele Ulusal Eylem Planı"nın 2010 yılı hedeflerinden biri de, birinci basamak sağlık kuruluşlarında çalışan hemşire ve ebelerin ev ziyaretleri ve rutin çalışmaları içeriğine KYAİŞ konusunun dahil edilmesidir. Bu kapsamda KYAİŞ ile mücadelede hemşire ve ebelere önemli sorumluluklar verilmiştir.⁸

Çalışmamız kadına yönelik aile içi şiddet ile mücadeleye katkı sağlayacaktır. Kadına yönelik şiddet konusunda bilinçlenen ebe ve hemşireler şiddet mağduru kadınları daha iyi tanıyıp uygun girişimleri yapabilecektir.

Bu çalışmanın amacı ebe ve hemşirelere verilen eğitimin kadına yönelik aile içi şiddete ilişkin tutumlarına etkisinin belirlenmesidir.

Araştırmanın Hipotezleri;

H₁: Kadına yönelik şiddet ile ilgili planlı sağlık eğitimi verilen deney grubundaki ebe ve hemşirelerin kontrol grubundakilere göre şiddete ilişkin gelenekselci tutumları azalır.

H₂: Kadına yönelik şiddet ile ilgili planlı sağlık eğitimi verilen deney grubundaki ebe ve hemşirelerin kontrol grubundakilere göre şiddete uğramış kadına karşı mesleki rollerine ilişkin gelenekselci tutumları azalır.

Materyal ve Metod

Araştırmanın Tipi: Çalışma ön test-son test deney ve kontrol gruplu deneme modeline uygun olarak yapılmıştır.

Araştırmanın Evren ve Örneklemi: Araştırma evrenini Erzurum il merkezinde bulunan 18 Aile Sağlığı Merkezinde çalışmakta olan 92 ebe ve hemşire oluşturmuştur. Araştırmada örneklem seçimine gidilmeksizin çalışmaya katılmayı kabul eden 84 ebe ve hemşire çalışma kapsamına alınmıştır. Benzer sosyo-ekonomik ve sosyo-kültürel özelliklere sahip aile sağlığı merkezlerinden biri kontrol diğeri deney olmak üzere 18 ASM 2'ye bölünmüştür.

Verilerin Toplanması

Ön Test Verilerinin Toplanması

Araştırmacılar tarafından ilgili ASM'lerde çalışan ebe ve hemşirelere "Tanımlayıcı Özellikler Formu", "Şiddete İlişkin Tutum Ölçeği" ve "Sağlık Personelinin Şiddete Uğramış Kadına Karşı Mesleki Rollerine İlişkin Tutum Ölçeği" uygulanarak ön test verileri toplanmıştır. Formlar bireylerin kendileri tarafından doldurulmuş ve ortalama 10 dk sürmüştür.

Son Test Verilerinin Toplanması

Deney grubundaki ebe ve hemşirelere 2'şer hafta ara ile toplam 3 kez eğitim verilmiştir. Deney grubunun eğitimleri bittikten sonra hem deney hem de kontrol grubundaki ebe ve hemşirelere "Şiddete İlişkin Tutum Ölçeği" ve "Sağlık Personelinin Şiddete Uğramış Kadına Karşı Mesleki Rollerine İlişkin Tutum Ölçeği" tekrar uygulanarak son test verileri toplanmıştır.

Veri Toplama Araçları

Tanımlayıcı Özellikler Formu: Yaş, cinsiyet, eğitim durumu, unvan, medeni durum, çalışma süresi, mezuniyet öncesi ve sonrası KYAIŞ eğitimi alma, eğitimin türü ve bu eğitimlerin gerekliliğine inanma durumuna yönelik 13 soru yer almaktadır.

Şiddete İlişkin Tutum Ölçeği (ŞİTÖ): Gömbül (2000) tarafından geliştirilen Şiddete İlişkin Tutum Ölçeği; sağlık personelinin ailede kadına eşi tarafından uygulanan şiddete ilişkin tutumunu belirlemektedir.⁹ Ölçekte; ekonomik şiddete ilişkin 7 soru (9, 14, 15, 16, 17, 18, 19. ifadeler), duygusal, psikolojik, cinsel şiddete ilişkin 6 soru (7, 8, 10, 11, 12, 13. ifadeler), meşrulaştırıcı mitlere ilişkin 3 soru (1, 2, 3. İfadeler) ve neden açıklayıcı mitlere ilişkin 3 soru (4, 5, 6. ifadeler) olmak üzere toplam 19 tutum ifadesi yer almaktadır. Likert tipi ölçekte; kesinlikle katılmıyorum "1", katılmıyorum "2", kararsızım "3", katılıyorum "4" ve tamamen katılıyorum "5" şeklinde puanlanmıştır. 19 sorunun 6'sı (7, 8, 10, 11, 12, 13. ifadeler) negatif yüklü maddelere karşılık gelmektedir.⁹

Ölçek toplamından alınabilecek en düşük puan ortalaması 19, en yüksek puan ortalaması 95'dir. Ekonomik şiddete (*Kocanın evlilikte alınan malların kendi üzerine olmasında ısrar etmesi doğaldır vb ifadeler*) ilişkin alt ölçekten alınabilecek en düşük puan ortalaması 7, en yüksek puan ortalaması 35, Duygusal, Psikolojik, Cinsel şiddete (*Karısı soru sorduğunda kocanın cevap vermemesi kadını aşağılayıcı bir davranıştır, Kocanın, doğum kontrolüne izin vermemesi de bir tür cinsel tacizdi, Karısına "beni terk edersen intihar ederim" diyen koca, karısını istismar ediyordur vb ifadeler*) ilişkin alt ölçekten alınabilecek en düşük puan ortalaması 6, en yüksek puan ortalaması 30, Meşrulaştırıcı Mitlere (*Koca karısını kışkırdığı için dövülebilir vb ifadeler*) ve Neden Açıklayıcı Mitlere (*Kocasına itaat etmeyen kadının şiddete maruz kalması doğaldır vb ifadeler*) ilişkin alt ölçeklerden alınabilecek en düşük puan ortalaması 3, en yüksek puan ortalaması 15 'dir.

Toplam puanın yüksek olması, sağlık personelinin şiddete ilişkin tutumunda geleneksellikte artmayı, tutum puanının düşük olması ise geleneksellikten uzaklaşmayı ve çağdaş görüşü göstermektedir.⁹

Gömbül'ün yaptığı analizlerde ölçeğin geçerlilik düzeyi 0.8233 bulunmuştur (Gömbül 2000). Bu araştırmada ölçeğin iç tutarlılık katsayısı Cronbach alfa=0.8053 olarak belirlenmiştir.

Sağlık Personelinin Şiddete Uğramış Kadına Karşı Mesleki Rollerine İlişkin Tutum Ölçeği

Gömbül (2000) tarafından geliştirilen "Hemşirelerin Şiddete Uğramış Kadına Karşı Mesleki Rollerine İlişkin Tutum Ölçeği" hemşirelerin şiddete mesleki rollerine ilişkin tutumu belirlemeye yöneliktir.⁹ Sağlık Personelinin Şiddete Uğramış Kadına Karşı Mesleki Rollerine İlişkin Tutum Ölçeği; sağlık personelinin destekleyici girişimlerine ilişkin 6 soru (7, 8, 12,13, 14, 15. ifadeler); evliliği her koşulda sürdürmeye yönelik 4 soru (1, 2, 4, 6. ifadeler); evlilik birlikteliğini sonlandırmaya yönelik 2 soru (3, 5. ifadeler) ve sağlık personelinin rolüne olumsuz bakışına yönelik 3 soru (9, 10, 11. ifadeler) olmak üzere toplam 15 soru içermektedir. Likert tipi ölçekte; tamamen katılıyorum "5", katılıyorum "4", kararsızım "3", katılmıyorum "2" ve kesinlikle katılmıyorum "1" şeklinde puanlanmıştır. 15 sorunun 6'sı (7, 8, 12, 13, 14, 15. ifadeler) negatif yüklü maddelere karşılık gelmektedir.

Ölçekte alınabilecek en düşük puan ortalaması 15, en yüksek puan ortalaması 75'dir. Sağlık personelinin destekleyici girişimlerine (*Sağlık personeli toplumda kadınları girişken olmaları için desteklemelidir vb ifadeler*) ilişkin alt ölçekten alınabilecek en düşük puan ortalaması 6, en yüksek puan ortalaması 30, Evliliği her koşulda sürdürmeye yönelik (*Sağlık personelinin yapacağı en iyi şey, kocasının zamanla düzeleceğini söyleyerek kadına sabırlı olmasını öğütlemektir vb ifadeler*) alt ölçekten alınabilecek en düşük puan ortalaması 4, en yüksek puan ortalaması 20, Evlilik birlikteliğini sonlandırmaya (*Sağlık personeli dayak yiyen kadına evden ayrılmasını önermelidir vb ifadeler*) ilişkin alt ölçekten alınabilecek en

düşük puan ortalaması 2, en yüksek puan ortalaması 10, ve Şiddete sağlık personelinin rolüne olumsuz bakışına (*Sağlık personeli önce kendi sorunlarını çözmeli sonra kadınların sorunları ile ilgilenmelidir vb ifadeler*) yönelik alt ölçekten alınabilecek en düşük puan ortalaması 3, en yüksek puan ortalaması 15'dir.

Tutum puanının yüksek olması, sağlık personelinin şiddete uğramış kadına karşı mesleki rolüne ilişkin tutumunda geleneksellikte artmayı, düşük olması ise geleneksellikten uzaklaşmayı ve çağdaş görüşü göstermektedir.⁹

Gömbül'ün yaptığı analizlerde ölçeğin geçerlilik düzeyi 0.7244 bulunmuştur (Gömbül 2000). Bu araştırmada ölçeğin iç tutarlılık katsayısı Cronbach alfa=0.7161 olarak belirlenmiştir.

Hemşirelik Girişimi

Girişim olarak ebe ve hemşirelere Kadına Yönelik Şiddetin Tanımı, Türleri, Yasal Düzenlemeler, Şiddetin Kadın Sağlığına Etkisi, AİŞ ile Mücadele Programı, Şiddete Maruz Kalan Kadınlara Sunulan Hizmetler gibi konuları kapsayan slayt gösterisi ve soru cevap yöntemi kullanılarak 2'şer hafta ara ile toplam 3 kez eğitim verilmiştir. Eğitimler yaklaşık 1 saat sürmüş ve eğitimlerin ardından araştırmacılar tarafından hazırlanan bu konuları kapsayan eğitim kitapçıkları verilmiştir.

Araştırmanın Değişkenleri

Bağımlı Değişken: Ebe ve hemşirelerin kadına yönelik şiddet ve şiddete uğramış kadına karşı mesleki rollerine ilişkin tutumlarının düzeyleri.

Bağımsız Değişken: Ebe ve hemşirelere verilecek eğitim.

Kontrol Değişkenleri: Şiddete İlişkin Tutum Ölçeği ön test puanı, Sağlık Personelinin Şiddete Uğramış Kadına Karşı Mesleki Rollerine İlişkin Tutum Ölçeği ön test puanı, ebe ve hemşirelerin eğitim düzeyi, yaşı, meslekte ortalama çalışma süresi, kadına yönelik şiddet konusunda mezuniyet öncesi ve meslek yaşamında eğitim alma durumları kontrol değişkenlerini

oluşturmuştur. Kontrol değişkenleri açısından deney ve kontrol grubu arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olmadığı ve her iki grubun benzer olduğu belirlenmiştir ($p>0.05$).

Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin kodlanması ve değerlendirilmesi araştırmacılar tarafından SPSS 16.0 paket programı kullanılarak yapılmıştır. Deney ve kontrol grubu ebe ve hemşirelerin kontrol değişkenlerinin karşılaştırılması için ki-kare testi, Deney ve kontrol grubu ebe ve hemşirelerin ölçeklere ait ön test-son test puan ortalamalarının gruplar arası karşılaştırılması için bağımsız gruplarda t testi, Deney ve kontrol grubu ebe ve hemşirelerin ölçeklere ait ön test-son test puan ortalamalarının gruplar içi karşılaştırılması için eşleştirilmiş gruplarda t testi kullanılmıştır.

Araştırmanın Etik İlkeleri

Ölçeklerin kullanılması için Doç.Dr.Özen KULAKAÇ'den yazılı izin alınmıştır. Araştırmanın yapılabilmesi için Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Etik Kurul'undan onay alınmıştır. Erzurum Halk Sağlığı Müdürlüğü'nden yazılı izin, araştırmaya katılmayı kabul eden ebe ve hemşirelerden sözlü onay alınmıştır.

Bulgular

Araştırma kapsamındaki ebe ve hemşirelerin tanıtıcı özellikleri incelendiğinde (Tablo 1); deney grubunda yer alan bireylerin yaş ortalamasının 30.11 ± 5.46 ve toplam çalışma süresi ortalamasının 9.21 ± 4.83 yıl olduğu ve %45.2'sinin sağlık meslek lisesi mezunu

olduğu belirlenmiştir. Kontrol grubunda yer alan bireylerin yaş ortalamasının 31.23 ± 5.71 ve toplam çalışma süresi ortalamasının 10.47 ± 5.79 yıl olduğu ve %52.4'ünün lise mezunu olduğu belirlenmiştir. Tanıtıcı özellikler açısından deney ve kontrol grubu arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olmadığı ve her iki grubun benzer olduğu belirlenmiştir ($p>0.05$, Tablo 1).

Her iki ölçeğin tüm alt boyutları ile ölçek toplamalarına ait ön test puan ortalamaları açısından gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$, Tablo 2).

Tablo 3'te Deney grubundaki ebe ve hemşirelerin Şiddete İlişkin Tutum Ölçeği tüm alt boyutları ve ölçek toplamına ait ön test-son test puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu saptanmıştır ($p<0.001$).

Kontrol grubundaki ebe ve hemşirelerin Şiddete İlişkin Tutum Ölçeği tüm alt boyutları ve ölçek toplamına ait ön test-son test puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$).

Tablo 4'te Deney grubundaki ebe ve hemşirelerin Mesleki Rollerine İlişkin Tutum Ölçeği tüm alt boyutları ve ölçek toplamına ait ön test-son test puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu saptanmıştır ($p<0.001$).

Kontrol grubundaki ebe ve hemşirelerin Şiddete İlişkin Tutum Ölçeği tüm alt boyutları ve ölçek toplamına ait ön test-son test puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$).

Tablo 1. Deney ve kontrol grubunun tanıtıcı özelliklerine göre karşılaştırılması

Tanıtıcı Özellikler	Deney Grubu (n=42)		Kontrol Grubu (n=42)		Test ve p Değeri
	S	%	S	%	
Yaş Ortalaması	30.11±5.46		31.23±5.71		t = 0.917 p>0.05
Çalışma Süresi Ortalaması	9.21±4.83		10.47±5.79		t = 1.084 p>0.05
Medeni Durum					
Evli	31	73.8	34	81	$\chi^2 = 0.612$ p>0.05
Bekâr	11	26.2	8	19	
Eğitim Düzeyi					
Lise	19	45.2	22	52.4	$\chi^2 = 4.996$ p>0.05
Ön lisans	12	28.6	12	28.6	
Lisans ve üzeri	11	26.2	8	19.0	
Unvan					
Ebe	33	78.6	32	76.2	$\chi^2 = 0.068$ p>0.05
Hemşire	9	21.4	10	23.8	
Mezuniyet Öncesi “KYŞ” ile ilgili Eğitim Alma Durumu					
Alan	8	19.0	2	4.8	$\chi^2 = 4.086$ p>0.05
Almayan	34	81.0	40	95.2	
“KYŞ” Konusunu Eğitim Müfredatında İsteme Durumu					
Evet	31	73.8	28	66.7	$\chi^2 = 0.513$ p>0.05
Hayır	11	26.2	14	33.3	
Meslek Yaşamında “KYŞ” Konusunda Eğitim Alma Durumu					
Alan	9	21.4	6	14.3	$\chi^2 = 0.730$ p>0.05
Almayan	33	78.6	36	85.7	
“KYŞ” Konusunda Hizmet İçi Eğitim Programlarını İsteme Durumu					
Evet	35	83.3	36	85.7	$\chi^2 = 0.091$ p>0.05
Hayır	7	16.7	6	14.3	
Şiddete Maruz Kalmış Bir Kadınla Karşılaşma Durumu					
Evet	25	59.5	23	54.8	$\chi^2 = 1.718$ p>0.05
Hayır	17	40.5	19	45.2	

Tablo 2. Deney ve kontrol grubundaki ebe ve hemşirelerin şiddete ilişkin tutum ölçeği ve mesleki rollerine ilişkin tutum ölçeği ön test puan ortalamalarının karşılaştırılması

ÖLÇEKLER		Deney Grubu	Kontrol Grubu	Test ve p Değeri
		X±SS	X±SS	
Şiddete İlişkin Tutum Ölçeği				
Alt Boyutlar	Ekonomik Şiddet	11.19±3.10	11.14±3.02	t = 0.071, p>0.05
	Duygusal Psikolojik, Cinsel Şiddet	11.92±4.69	12.61±4.82	t = 0.665, p>0.05
	Meşrulaştırıcı Mitler	4.45±1.88	4.47±1.78	t = 0.058, p>0.05
	Neden Açıklayıcı Mitler	5.50±2.25	5.42±2.16	t = 0.148, p>0.05
Ölçek Toplam		33.07±8.06	33.66±6.90	t = 0.363, p>0.05
Mesleki Rollerine İlişkin Tutum Ölçeği				
Alt Boyutlar	Sağlık Personelinin Destek Girişimleri	12.76±4.33	13.52±4.69	t = 0.857, p>0.05
	Evliliği Sürdürmeye Yönelik Girişimleri	8.95±2.95	8.61±3.07	t = 0.176, p>0.05
	Evliliği Sonlandırmaya Yönelik Girişimleri	3.71±1.50	3.42±1.51	t = 0.736, p>0.05
	Sağlık Personelinin Rolüne Olumsuz Bakışı	7.59±2.46	8.00±3.32	t = 0.873, p>0.05
Ölçek Toplam		33.02±6.57	33.57±6.11	t = 0.162, p>0.05

Tablo 3. Deney ve kontrol grubundaki ebe ve hemşirelerin şiddete ilişkin tutum ölçeği ön test-son test puan ortalamalarının karşılaştırılması

Şiddete İlişkin Tutum Ölçeği	Deney Grubu		Test ve p Değeri	Kontrol Grubu		Test ve p Değeri	
	Ön Test X±SS	Son Test X±SS		Ön Test X±SS	Son Test X±SS		
Alt Boyutlar	Ekonomik Şiddet	11.19±3.10	8.00±1.56	t = 8.646 p<0.001	11.14±3.02	10.64±3.16	t = 1.000 p>0.05
	Duygusal Psikolojik, Cinsel Şiddet	11.92±4.69	17.61±4.01	t = 35.211 p<0.001	12.61±4.82	12.75±4.07	t = 2.820 p>0.05
	Meşrulaştırıcı Mitler	4.45±1.88	3.45±1.04	t = 5.449 p<0.001	4.47±1.78	3.77±1.30	t = 1.420 p>0.05
	Neden Açıklayıcı Mitler	5.50±2.32	3.95±1.52	t = 9.046 p<0.001	5.42±2.16	5.36±2.84	t = 1.000 p>0.05
ÖLÇEK TOPLAM		33.07±8.06	28.38±8.36	t = 9.420 p<0.001	33.66±6.90	32.74±6.25	t = 1.354 p>0.05

Tablo 4. Deney ve kontrol grubundaki ebe ve hemşirelerin şiddete uğramış kadına karşı mesleki rollerine ilişkin tutum ölçeği ön test-son test puan ortalamalarının karşılaştırılması

	Mesleki Rollerine İlişkin Tutum Ölçeği	Deney Grubu		Test ve p Değeri	Kontrol Grubu		Test ve p Değeri
		Ön Test	Son Test		Ön Test	Son Test	
		X±SS	X±SS		X±SS	X±SS	
Alt Boyutlar	Sağlık Personelinin Destek Girişimleri	12.76±4.33	18.52±3.98	t = 56.963 p<0.001	13.52±4.69	13.78±4.21	t = 1.746 p>0.05
	Evliliği Sürdürmeye Yönelik Girişimleri	8.95±2.95	6.09±1.99	t = 12.701 p<0.001	8.61±3.07	8.11±3.01	t = 1.837 p>0.05
	Evliliği Sonlandırmaya Yönelik Girişimleri	3.71±1.50	2.47±1.01	t = 9.776 p<0.001	3.42±1.51	2.76±1.25	t = 1.080 p>0.05
	Sağlık Personelinin Rolüne Olumsuz Bakışı	7.59±2.46	5.07±1.99	t = 18.771 p<0.001	8.00±3.32	7.54±3.21	t = 1.000 p>0.05
ÖLÇEK TOPLAM		33.02±6.57	30.64±6.15	t = 13.986 p<0.001	33.57±6.11	32.63±6.05	t = 1.986 p>0.05

Tablo 5. Deney ve kontrol grubundaki ebe ve hemşirelerin şiddete ilişkin tutum ölçeği son test puan ortalamalarının karşılaştırılması

ÖLÇEKLER		Deney Grubu	Kontrol Grubu	Test ve p Değeri
		X±SS	X±SS	
Şiddete İlişkin Tutum Ölçeği				
Alt Boyutlar	Ekonomik Şiddet	8.00±1.56	10.64±3.16	t = 6.021, p<0.001
	Duyusal Psikolojik, Cinsel Şiddet	17.61±4.01	12.75±4.07	t = 5.162, p<0.001
	Meşrulaştırıcı Mitler	3.45±1.04	3.77±1.30	t = 3.213, p<0.05
	Neden Açıklayıcı Mitler	3.95±1.52	5.36±2.84	t = 3.608, p<0.05
Ölçek Toplam		28.38±8.36	32.74±6.25	t = 3.158, p<0.05
Mesleki Rollerine İlişkin Tutum Ölçeği				
Alt Boyutlar	Sağlık Personelinin Destek Girişimleri	18.52±3.98	13.78±4.21	t = 5.262, p<0.001
	Evliliği Sürdürmeye Yönelik Girişimleri	6.09±1.99	8.11±3.01	t = 4.460, p<0.001
	Evliliği Sonlandırmaya Yönelik Girişimleri	2.47±1.01	2.76±1.25	t = 3.379, p<0.05
	Sağlık Personelinin Rolüne Olumsuz Bakışı	5.07±1.99	7.54±3.21	t = 4.901, p<0.001
Ölçek Toplam		30.64±6.15	32.63±6.05	t = 2.186, p<0.05

Her iki ölçeğin tüm alt boyutları ile ölçek toplamlarına ait son test puan ortalamaları açısından gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu saptanmıştır (p<0.001, p<0.05, Tablo 5).

Tartışma

Kadına yönelik aile içi şiddet, tanınması ve girişimde bulunulması zor bir durumdur.¹⁰ Aile içi şiddete maruz kalan kadınlar çeşitli

nedenlerle sağlık kuruluşlarından yararlanmaktadır. Ancak kadınlar, sağlık personelinin utanmaları, şiddet uygulayan kişiden korkmaları ve kendilerini suçlu hissetmeleri gibi çeşitli nedenlerle sorunlarını dile getirememektedirler.¹¹ Bu nedenle ebe ve hemşirelerin duyarlı davranması ve kadına yönelik aile içi şiddetin saptanması ve girişimini geciktirmeden yapması gerekmektedir. Ebe

ve hemşireler, çalışma ortamlarında hastalarla kurdukları yakın ilişki ve çoğunluğu kadın olan bir meslek grubundan olmaları sebebiyle kadına yönelik aile içi şiddetin saptanması ve girişimi açısından kilit noktadadırlar.¹⁰

Deney ve kontrol grubundaki ebe ve hemşirelerin ŞİTÖ'nün tüm alt boyutları ile ölçek toplamına ait ön test ve son test toplam puan ortalamaları karşılaştırılmış ve deney grubundaki ebe ve hemşirelerin son test puan ortalamalarının ön test puan ortalamalarından daha düşük olduğu saptanmıştır (p<0.001, Tablo 3, Tablo 5). Bu bulgu ebe ve hemşirelere, kadına yönelik şiddet konusunda verilen sağlık eğitiminin, ebe ve hemşirelerin şiddete yönelik gelenekselci tutumlarının azalmasında etkili olduğunu göstermektedir. Bu sonuç **“Kadına yönelik şiddet ile ilgili planlı sağlık eğitimi verilen deney grubundaki ebe ve hemşirelerin kontrol grubundakilere göre şiddete ilişkin gelenekselci tutumları azalır”** şeklindeki H₁ hipotezini doğrulamaktadır. Bu nedenle, Kadına yönelik şiddet konusunda farkındalık sağlamada ve pozitif tutum geliştirmede eğitimin önemli olduğu düşünülmektedir. Mandt (1993) çalışmasında, eğitimin bireyin tutum yaklaşımında son derece etkili olduğunu ve tutum değişikliğinin ancak eğitim yoluyla gerçekleşebileceğini vurgulamaktadır.¹¹ Yapılan çalışmalar da farklı sürelerde verilen Kadına yönelik şiddet eğitimlerinin sağlık çalışanlarında olumlu tutum geliştirmede etkili olduğunu göstermektedir.¹²⁻¹⁶

Handerson'a göre inanç ve değerler ebelik/hemşirelik uygulamalarını etkilemektedir.¹⁷ Bu nedenle KYŞ ile mücadelede ilk olarak ebe ve hemşirelerin tutumlarının ele alınması gerektiği ve ebe/hemşirelerin tutumunun şiddete uğramış kadının saptanması ve bakımında önemli rol oynadığı vurgulanmaktadır.^{18,19} Bu nedenle, ebe/hemşirelerin şiddete uğrayan kadına yardım edebilmede etkin olabilmesi için atılacak ilk adımın ebe/hemşirelerin konuya ilişkin kendi inanışlarını ve ikilemlerini tanıması olduğu düşünülmektedir. Kim ve

Motsei (2002) çalışmalarında; hemşirelerin öncelikle o toplumda yaşayan bireyler olduğunun ve onların da hizmet verecekleri insanlarla aynı kültürel değerleri hatta aynı düzeyde şiddet deneyimlerini paylaştığının altını çizerek, cinsiyete bağlı şiddet konusunda önyargıları değiştirecek eğitim programlarının hazırlanmasının önemini vurgulamışlardır.²⁰ Nitekim çalışmamızda da eğitimin sağlık çalışanlarında pozitif tutum değişikliğine neden olduğu görülmüştür.

Deney ve kontrol grubundaki ebe ve hemşirelerin Şiddete Uğramış Kadına Karşı Mesleki Rollerine İlişkin Tutum Ölçeğinin tüm alt boyutları ile ölçek toplamına ait ön test ve son test toplam puan ortalamaları karşılaştırılmış ve deney grubundaki ebe ve hemşirelerin son test puan ortalamalarının ön test puan ortalamalarından daha düşük olduğu saptanmıştır (p<0.001, Tablo 4, Tablo 5). Bu bulgu ebe ve hemşirelere, kadına yönelik şiddet ile mücadele programı, yasal düzenlemeler ve şiddete maruz kalan kadınlara sunulan hizmetler konusunda verilen sağlık eğitiminin, ebe ve hemşirelerin şiddete uğramış kadına karşı mesleki rollerine ilişkin gelenekselci tutumlarının azalmasında etkili olduğunu göstermektedir. Bu sonuç **“Kadına yönelik şiddet ile ilgili planlı sağlık eğitimi verilen deney grubundaki ebe ve hemşirelerin kontrol grubundakilere göre şiddete uğramış kadına karşı mesleki rollerine ilişkin gelenekselci tutumları azalır”** şeklindeki H₂ hipotezini doğrulamaktadır. Yapılan çalışmalar, şiddete yönelik eğitim programlarının sağlık çalışanlarının mesleki rolleri üzerinde pozitif tutum geliştirmede etkili olduğunu göstermektedir.^{16,18,21-23} Şiddet gören ve risk altındaki kadınlar için yardım alabilecekleri hizmet alanları içerisinde, sağlık hizmetleri önemli yere sahiptir. Fiziksel şiddete uğrayan kadınların yaklaşık %80'i en az bir kez yardım almak için sağlık kuruluşlarına başvurmuştur.²⁴ Sağlık kuruluşuna başvuran kadınlar, kendilerini özellikle hemşire ve ebelerle daha iyi ifade etmektedir.²⁵ Bu nedenle hemşire ve ebelerin şiddetle mücadelede rol ve

sorumlulukların bilincinde olması gerekmektedir.

Sonuç ve Öneriler

Verilen eğitimin sonucunda deney grubundaki ebe ve hemşirelerin şiddete ilişkin gelenekselci tutumları ve şiddete uğramış kadına karşı mesleki rollerine ilişkin gelenekselci tutumları azalırken, kontrol grubundaki ebe ve hemşirelerin tutumları değişmemiş aynen kalmıştır.

Bu sonuçlar doğrultusunda, sağlık çalışanlarında farkındalık oluşturmak için; öncelikle ilköğretim ve lise müfredatlarında toplumsal cinsiyet eşitliği ve aile içi şiddete yönelik eğitimlere yer verilmesi, bunun yanında sağlık çalışanlarının mesleki eğitimlerinde bu konunun devamlılığının sağlanması, hatta şiddet konusunun kadın sağlığı, halk sağlığı, ruh sağlığı ve çocuk sağlığı gibi derslere entegre edilerek öğrencilerde soruna çok yönlü bakabilme yeteneğinin geliştirilmesi sağlanmalıdır. Bu eğitimlerin sağlık çalışanlarının meslek yaşamlarında gerek hizmet içi/sertifikalı eğitimlerle gerekse kongre, konferans, sempozyum gibi eğitimlerle desteklenmesi ve sürekliliğinin sağlanması gerektiği düşünülmektedir.

Yazar katkısı

Literatür araştırması, çalışmanın tasarımı:

ASÇ, NT

Verilerin toplanması: ASÇ, NT, AA

Verilerin analizi: ASÇ, NT

Raporlama: ASÇ, NT, AA, SEA, TP

Kaynaklar

1. ICN (2001) Nurses, Always There For You: United Against Violence, International Nurses' Day 2001, Anti-Violence Tool Kit, Geneva.
2. Turla A. Kadına Yönelik Şiddet ve Sorunun Çözümünde Sağlık Personelinin Rolü, Sendrom, Aylık Aktüel Tıp Dergisi, 2006;18(8), 59-66.
3. Carson VB (2000). Mental Health Nursing, the Nurse-Patient Journey,

Second Edition, W.B. Saunders Company, USA, 991-1040.

4. World Health Organization. *World report on violence and health: Summary*. Geneva, 2002.
5. Türkiye'de Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet Araştırması. Elma Teknik Basım Matbaası. T.C. Başbakanlık Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü Yayınları, Ankara, 2009.
6. Altınay AG, Arat Y. Türkiye'de Kadına Yönelik Şiddet. Punto Baskı, İstanbul, 2007.
7. Cohn F, Salmon ME, Stobo JD. Committee on the Training Needs of Health Professionals to Respond to Family Violence, Board on Children, Youth, and Families. *Confronting Chronic Neglect: The Education and Training of Health Professionals on Family Violence* Institute of Medicine. Washington DC: National Academy Press, 2002.
8. Özvarış B, Demirören M, Şener S, Tümay Ş. Kadına Yönelik Aile İçi Şiddetle Mücadelede Sağlık Hizmetleri. ed: Akın A, TC Başbakanlık Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü Yayınları, Ankara, 2008.
9. Gömbül Ö. Hemşirelerin Ailede Kadına Eşi Tarafından Uygulanan Şiddet ve Şiddette Mesleki Role İlişkin Tutumları. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi* 2000;2(1): 19-32.
10. Yaman Efe Ş. Acil Servis Hemşirelerinin Kadına Yönelik Aile İçi Şiddete İlişkin Rol ve Sorumlulukları. *Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Tıp Dergisi* 2012; 26 (1): 49 -54.
11. Mandt AK. Curriculum revolution in action: nursing and crisis intervention for victims of family violence. *Journal of Nursing Education* 1993; 32(1):7-12.
12. Kripte EN, Steele G, Brien M, Novack DH. Domestic violence training program for residents. *JGIM* 1998; 13:839-841.
13. Roberts GL, Raphael B, Lawrence JM, Toole B, O'Brien D. Impact of an education program about domestic violence on nurses and doctors in an

- Australian emergency department. J Emerg Nurs 1997; 23:220-227.
14. Salaçin S. Sağlık Çalışanlarının Kadına Yönelik Şiddetin Önlenmesinde Üstlenecekleri Roller. Toplumsal Cinsiyet, Sağlık ve Kadın, ed: Akın A. Hacettepe Üniversitesi Yayınları, Ankara, 2003.
 15. Gwenneth R, Raphael B, Lawrence JM, Toole B, O'Brien D. Impact of an education program about domestic violence on nurses and doctors in an Australian Emergency Department. Journal of Emergency Nursing 1997; 23(3):220-227.
 16. Kaplan S. Kadına yönelik aile içi şiddet ile mücadelede farklı yöntemlerle verilen sağlık hizmetleri eğitimlerinin etkinliğinin değerlendirilmesi. (Doktora Tezi) Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, 2011.
 17. Henderson A. Factors influencing nurses' responses to abused women what they say they do and why they say they do It. Journal of Interpersonal Violence 2011; 6(12):1284–1306.
 18. Schoening AM, Greenwood JL, McNichols JA. Effect of an intimate partner violence educational program on the attitudes of nurses. JOGNN 2004;33(5):572-579.
 19. Corbally MA. Factors affecting nurses' attitudes towards the screening and care of battered women in dublin a&e departments: a literature review. Accident and Emergency Nursing 2001; 9:27–37.
 20. Kim J, Motsei M. Women enjoy punishment: attitudes and experiences of gener-based violence among PHC nursis in rural South Africa. Social Science and Medicine 2002; 54:1243-1254.
 21. Kripte EN, Steele G, Brien M, Novack DH. Domectic violence training program for residents. JGIM 1998;13:839-841.
 22. Gwenneth R, Raphael B, Lawrence JM, Toole B, O'Brien D. Impact of an education program about domestic violence on nurses and doctors in anAustralian Emergency Department. Journal of Emergency Nursing 1997; 23(3):220-227.
 23. Moore M, Zaccaro D, Parsons L. Attitudes and practices of registered nurses toward women who experienced abuse/ Domestic violence. JOGNN 1998;27:175-182.
 24. Akyurt Ö, Sarı ÖN, Şahin N. Aile içi şiddette sağlık çalışanlarının rolü. I. Kadın Sağlığı Kongresi Kitabı, Mucize Reklam, Ankara,2008.
 25. Seçkin RÇ, Ocakoğlu H. Kadına yönelik şiddetin önlenmesi, sivil toplum kuruluşları ve sağlık çalışanları, 11. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Kongre Kitabı, Denizli, 2007.

Acil Servise Başvuru Yapan Hastaların Memnuniyeti**Evaluation of Patients Admitted to the Emergency Department Satisfactions****Handan ÖZCAN^a, Okay ÖZDEMİR^b, Esmâ İNCİ^c, Nuriye SÖZKESEN^c**

Özet Giriş: Hasta memnuniyeti kaliteli hizmetin önemli bir parçasıdır. Hastaların memnuniyet düzeylerinin belirlenmesi, hizmet kalitesinin artırılması ve hastaların beklentileri doğrultusunda daha nitelikli hizmet sunulması bakımından önemlidir. **Amaç:** Acil polikliniğine başvuru yapan hastaların, memnuniyet düzeylerini belirlemektir. **Yöntem:** Araştırma Gümüşhane Devlet Hastanesi Acil Servisinde, çalışmaya gönüllü olarak katılmayı kabul eden 300 hasta ile gerçekleştirildi. Veriler, SPSS for Windows 15.0 paket programı kullanılarak, frekans dağılımı ve ki kare testi ile analiz edildi. **Bulgular:** Hastaların, yaş ortalaması 33.34±14.46'dır. Katılımcıların %68'i acil serviste çok beklemeden muayene olduğunu, %75.3'ü tüm sağlık personelinin kişisel mahremiyetlerine dikkat ettiğini (muayene edilirken kapının kapanması, paravan veya perdenin çekilmesi gibi), %56'sı muayene eden doktorun hastalık hakkında bilgi verdiğini belirtti. **Sonuç:** Hasta mahremiyetine dikkat edilmesi, tıbbi bakım ve tedavinin kısa sürede yapılması, yapılan uygulamalar hakkında bilgi verilmesi, servisin temiz olması gibi etmenler hasta memnuniyetini artıran faktörlerdendir. Hastaların eğitim düzeyleri arttıkça memnuniyet beklentileri de artmaktadır.

Anahtar Sözcükler: Acil servis, eğitim düzeyi, memnuniyet.

Abstract Background: Patient satisfaction is an important part of quality service. The satisfaction level of the patient, in line with the expectations of patients and increasing the quality of service is important to provide a more quality service. **Objectives:** That apply to emergency department patients, to determine satisfaction levels. **Methods:** The research Gumushane State Hospital Emergency Service, the study was carried out on 300 patients who agreed to participate on a voluntary basis. . Data were using SPSS for Windows 15.0 software package, frequency and distribution were analyzed by chi square test. **Results:** Patients' mean age 33.34±14:46, respectively. 68.0% of patients, then the emergency room waiting for the inspection lot that 75.3% of all health care personnel attention to personal privacy that the (closure of the door is being examined, such as the withdrawal of a screen or curtain) 56.0% then the examining physician, gave information about the disease were identified. **Conclusion:** The attention to patient privacy, medical care and short duration of treatment, giving information about the practices, factors such as service, not clean the factors that increase patient satisfaction. Educational levels of patient satisfaction increased expectations are increasing.

Key Words: Emergency services, level of education, satisfaction,

Geliş Tarihi/Received:14.11.2015 Kabul Tarihi/ Accepted:14.04.2015

^a Yazışma adresi/Correspondence:Öğr. Görv, Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, email:hndnozcn@hotmail.com.

^b Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, İlk Ve Acil Yardım Bölümü 1. Sınıf öğrencisi

^c Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü 4. Sınıf Öğrencisi

Giriş

İnsan hayatını ve sağlığını tehdit eden her türlü çevresel ve biyolojik durum, acil servis kavramı içinde yer almaktadır. Acil servisin önemi günümüz tıbbında giderek artmaktadır.¹ Acil servisler; başvuran hastalar için, 7 gün 24 saat kesintisiz hizmet sunan birimler olup, birbirinden farklı şikâyetleri olan birçok hastaya hizmet vermektedir.² Acil serviste sağlanan bakım, hastalar üzerinde büyük bir etkiye sahiptir. Ayrıca hastaların hastane ve acil servis hakkındaki düşüncelerinin oluşmasında da etkilidir.³

Sağlık bir hizmet sektörüdür. Dünyaya gelen her fert, hiç bir ön şart olmadan, en iyi sağlık hizmeti alma hakkına sahiptir. İyi bir sağlık hizmeti verebilmek için de, alınan hizmet kalitesinin ölçülmesi gerekir. Bu da memnuniyet değerlendirme araştırmaları ile yapılır.⁴ Hasta memnuniyetinde en önemli süreçler; yönlendirme, bilgilendirme, ilgi ve nezaket, empati, psikososyal destek, hizmet hızı, zamanlamanın uygunluğu, hizmet sunanların yetkinliği, tıbbi sonuçların uygunluğu ve genel kalitedir.⁵

Sağlık hizmetlerinin kullanımı ve sunuluş biçimi, günümüzde ülkelerin sosyoekonomik kalkınmışlık düzeylerini belirleyen, en önemli göstergeler arasında yer almaktadır.⁶ Modern toplumlarda hasta memnuniyeti ve pozitif algılayışın gelişmesinde, tıbbi bakım kalitesi önemli rol oynamaktadır.⁷

Hasta memnuniyeti, kaliteli hizmetin önemli bir parçasıdır. Hastaların memnuniyetlerinin belirlenmesi, hizmet kalitesinin artırılması ve hastaların beklentileri doğrultusunda daha nitelikli hizmet sunulması bakımından önemlidir. Sağlık hizmeti sunumundan memnun kalan bir hasta, gereksinim duyduğunda yine aynı sağlık hizmeti veren kurumu tercih edecektir.⁸ Memnuniyet; yaşam tarzı, geçmiş deneyimler, gelecekte beklenenler, bireysel ve toplumsal değerleri içeren birçok faktör ile ilişkili karmaşık bir kavramdır. Bakımın sonuçlarının algılanması ve beklentilerin karşılanması ile ilişkili olan

hasta memnuniyeti, farklı kişilerce ve hatta aynı kişiler tarafından farklı zamanlarda farklı şekilde tanımlanabilmektedir.^{9,10}

Ülkemizde birçok hastanenin acil servislerinde hasta ve yakınlarının aldıkları hizmetten memnun kalmadıkları bilinen bir gerçektir. Hastaların en çok yaşadıkları güçlükler arasında bekleme süresinin uzunluğu, tanı-tedavi ve bakıma yönelik bilgi alamama ve sağlık personelinin tutumu belirtilmektedir.⁷ Hastaların çoğu tanı-tedavi ve bakıma yönelik yeterli bilgi alamadıkları için genellikle verilen tedaviye uyum gösterememekte, bu durum hastaların hastaneye tekrar başvurmalarına, tedavilerini yanlış yada eksik uygulamalarına ve iyileşme sürecinin uzamasına neden olabilmektedir.¹¹

Hasta memnuniyetini arttıran faktörler arasında; hastanın karar verme sürecine katılımı, hastanın tedavi ve durumu hakkında bilgilendirilmesi, aile fertlerinin desteğinin sağlanması, etkili iletişim, emosyonel destek, çabuk ve uygun şekilde ağrıyı dindirme, yeterli finansal bilgi ve tavsiyeler yer almaktadır. Ayrıca ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası dönemlerde ameliyat hakkında açıklamalar, hasta ve yakınlarının sorularına cevap vermek, hastalara dikkatli olarak takip edildiklerini bildirmek, hastaya mümkün olduğunca görülebilir olmak ve acil serviste eşlik eden ilgiyi göstermekte memnuniyeti artırmaktadır.¹²

Hasta memnuniyeti, hizmetin sunumunu, hasta ve hizmeti verenlerin etkileşimini, hizmetin varlığını, hizmetin sürekliliğini, hizmeti verenlerin yeterliliği ve iletişim özelliklerini içeren çok boyutlu bir kavramdır. Bu nedenle hasta memnuniyeti, sağlık hizmetlerinin bir sonucu olarak kabul edilmektedir.¹³

Bu çalışmanın amacı; Gümüşhane Devlet Hastanesi, Acil Polikliniğine başvuran hastaların, hasta memnuniyetlerini ve etkileyen faktörleri belirlemektir.

Gereç ve Yöntemler

Araştırmanın Tipi: Tanımlayıcı nitelikte bir çalışmadır.

Araştırmanın Yeri: 01 Nisan 2012 ile 15 Mayıs 2012 tarihleri arasında Gümüşhane Devlet Hastanesi, Acil servisinde yapılmıştır.

Araştırmanın Örneklemi: Araştırma acil polikliniğe başvuran ve çalışmaya gönüllü olarak katılmayı kabul eden, toplam 300 hasta ile gerçekleştirilmiştir.

Veri Toplama Araçları: Araştırmada kullanılan veri toplama aracı iki kısımdan oluşmaktadır. Formun birinci kısmında; yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, hastaneye getiriliş şekli gibi başlıklardan oluşan 10 soru yer almaktadır. Formun ikinci kısmını, hasta memnuniyetini değerlendirmek için oluşturulan 16 soru

oluşturmaktadır. Veriler yüz yüze görüşme yöntemi ile toplanmıştır.

Verilerin değerlendirilmesi: Bilgisayar ortamında SPSS for Windows 15.0 paket programı kullanılarak frekans dağılımı ve ki kare testi ile analiz edilmiştir.

Araştırmanın Etik Yönü: İlde etik kurul olmadığından dolayı il Sağlık Müdürlüğü'nden yazılı izin alınmış ve hastanenin kullanmış olduğu hasta memnuniyet anketlerinin yapılması uygun görülmüştür. Hastalardan sözlü ve yazılı onam alınmıştır.

Bulgular

Katılımcıların yaş ortalaması 33.34±14.46 (minimum 15, maksimum 85)'dir. Araştırma grubunun bazı sosyo demografik özellikleri Tablo 1'de verilmiştir. Katılımcıların %59.7'si kadın, %56.3'ü bekâr, %30.3'ü lise mezunudur.

Tablo 1. Katılımcıların sosyo-demografik özellikleri

Özellikler	n	%
Yaş		
15-30	154	51.3
31-45	85	28.3
46 ve üzeri	61	20.3
Cinsiyet		
Kadın	179	59.7
Erkek	121	40.3
Medeni Durum		
Evli	169	56.3
Bekâr	131	43.7
Eğitim Durumu		
Okur yazar değil	21	7.0
İlkokul	61	20.3
Ortaokul	40	13.3
Lise	91	30.3
Üniversite	87	29.0

Katılımcıların medeni durumları ile tekrar aynı polikliniği seçme durumlarının karşılaştırılması sonucunda, istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.005$, Tablo 2). Evlilerin bekârlara göre, daha fazla oranda aynı acil servisi tekrar tercih etmek istedikleri belirlenmiştir.

Hastaların acil servisten memnuniyetleri, tekrardan aynı polikliniği seçme durumları ile cinsiyet ve medeni durumları karşılaştırılmış, arada anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.005$).

Tablo 2. Katılımcıların medeni durumu ile tekrar aynı acil polikliniği tercih etme durumları*

Tekrar Acile Gelmeniz Gerekirse Yine Bu Acil Servisi Tercih Eder misiniz?						
Medeni durum	Evet	%	Kısmen	%	Hayır	%
Evli	93	56.4	58	65.2	18	40.0
Bekâr	72	43.6	31	34.8	27	60.0
Toplam	165	100.0	89	100.0	45	100.0
X² = 8.995, p = 0.029						

*Sütun yüzdesi alınmıştır.

Tablo 3. Katılımcıların eğitim durumu ile aynı acil servisi başkalarına tavsiye etme durumları*

Bu Acil Servisi Başkasına Tavsiye Eder misiniz?						
Eğitim Durumu	Evet	%	Kısmen	%	Hayır	%
Okur Yazar Değil	15	8.8	6	7.1	.0	.0
İlkokul	40	23.4	13	15.3	8	18.2
Ortaokul	28	16.4	9	10.6	3	6.8
Lise	54	31.6	25	29.4	12	27.3
Üniversite	34	19.9	32	37.6	21	47.7
Toplam	171	100.0	85	100.0	44	100.0
X² = 21.524, p = 0.006						

*Sütun yüzdesi alınmıştır.

Hastaların eğitim durumu ile acil servisi başkalarına tavsiye etme durumları arasında istatistiksel olarak ileri derecede

anlamli bir fark bulunmuştur (p<0.005). Eğitim seviyesi arttıkça acil servisi başkalarına tavsiye etme oranı düşmektedir.

Tablo 4. Katılımcıların eğitim durumu ile tekrardan bu acil servisi tercih etme durumları*

Tekrar Acile Gelmeniz Gerekirse Yine Bu Acil Servisi Tercih Eder misiniz?						
Eğitim Durumu	Evet	%	Kısmen	%	Hayır	%
Okur Yazar Değil	13	7.9	8	9.0	0	0
İlkokul	37	22.4	15	16.9	9	20.0
Ortaokul	22	13.3	16	18.0	2	4.4
Lise	56	33.9	26	29.2	9	20.0
Üniversite	37	19.9	24	27.0	25	55.6
Toplam	165	100.0	89	100.0	45	100.0
X² = 27.135, p = 0.006						

*Sütun yüzdesi alınmıştır.

Katılımcıların eğitim durumu ile aynı acil polikliniği tekrardan tercih etme durumları arasında, istatistiksel olarak ileri derecede anlamli bir fark bulunmuştur

(X²=27.135, p=.006). Eğitim seviyesi arttıkça bu acil servisi tekrar tercih etmek istemedikleri ortaya çıkmıştır.

Tablo 5. Yaş durumu ile aynı acil servisi başkasına tavsiye etme durumları arasındaki ilişki durumu*

Bu Acil Servisi Başkasına Tavsiye Eder misiniz?						
Yaş Durumu	Evet	%	Kısmen	%	Hayır	%
15-30 yaş aralığı	78	45.6	42	49.4	34	77.3
31-45 yaş aralığı	55	32.2	25	29.4	5	11.4
46 yaş ve üstü	38	22.2	18	21.2	5	11.4
Toplam	171	100.0	85	100.0	44	100.0
X² = 14.381, p = .006						

*Sütun yüzdesi alınmıştır.

Hastaların yaş durumu ile acil polikliniği başkalarına tavsiye etme durumu arasında istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı fark bulunmuştur ($X^2 = 14.381$, $p = 0.006$). 15-30 yaş aralığında olan katılımcıların, acil servisi başkalarına tavsiye etmek istemedikleri daha yüksek oranda bulunmuştur (%77.3).

Acil servise başvuru yapan hastaların %68'i acil serviste çok beklemeden muayene olduğunu belirtmiştir. Hastaların %75.3'ü tüm sağlık personelinin kişisel mahremiyetlerine dikkat ettiğini (muayene edilirken kapının kapanması, arada paravan veya perdenin çekilmesi gibi), hastaların %56'sı muayene eden doktorun hastalık hakkında bilgi verdiğini, %57'si bu acil servisi başka kişilere tavsiye edebileceklerini, %63.7'si acil servisin temiz olduğunu, %55'i tekrar acil servise gelmesi gerektiğinde bu acil servisi tercih edebileceğini, %50.7'sinin ise acil serviste verilen hizmetin genelde iyi olduğunu söyledikleri belirlenmiştir.

Tartışma

Hastaların yaşı, cinsiyeti, eğitim düzeyi, sosyal güvence durumu, gelir durumu, tedavisi gibi faktörler hasta memnuniyetini etkilemektedir.¹⁴ Yapılan çalışmada hasta memnuniyeti yüksek çıkmıştır. Hastaların %56.4'ü tekrar acil servisi tercih edeceklerini, %49.4'ü kısmen acil servisi başkalarına tavsiye edeceklerini söyledikleri belirlenmiştir. Hastaların eğitim seviyeleri arttıkça acil servisten memnuniyet derecelerinin düştükleri bulunmuştur. Üniversite mezunu olan hastaların %55.6'sının tekrardan bu acil servisi tercih etmek istemedikleri, %47.7'si acil servisi başkalarına tavsiye etmek istemedikleri saptanmıştır (Tablo 4). Tükel ve arkadaşlarının 2004 yılında yapmış oldukları çalışmada, hastaların eğitim düzeyleri ile aynı acil servisi tekrar tercih etme durumları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Fakat çalışmada eğitim seviyesi arttıkça, acil servisi başkalarına tavsiye etme oranları düşük olarak bulunmuştur. Yapılan

çalışmalarda bireylerin eğitim düzeyi arttıkça, aldıkları sağlık hizmetlerinden memnuniyetlerinin azaldığı görülmüştür.¹⁵⁻¹⁷ Çalışmalar bu araştırma sonuçları ile benzerlik göstermektedir.

Çalışmada evli olan hastaların bekâr olanlara göre, tekrar aynı acil servisi tercih etme durumları yüksek çıkmıştır. Genç yaş grupta olan hastalarda (15-30 yaş aralığı) aynı acil servisi başkasına tavsiye etme durumları düşük bulunmuştur. İldeki genç bireyleri, çalışan memur ve öğrencilerin oluşturması sonucunda, başka illerde acil servisle karşılaşma durumlarının bunda önemli bir faktör olabileceği düşünülmektedir.

Acil servisler hastanelerin halka açılan pencereleridir ve hastanelerin toplumla ilişkilerinin en fazla olduğu bölümlerdir. Kaliteli bir acil tıp hizmeti için fiziki şartları, iyi bina, tıbbi donanım, temiz koşullar, kalifiye insan gücü yanında o bölgede acil servise başvuran hasta özelliklerinin de iyi biliniyor olması gerekir. Ancak bu şekilde hasta bakım kalitesinde ve çalışanların memnuniyetinde artış sağlanabilir.¹⁸ Çalışmada hastaların memnuniyet sebepleri sorgulandığında; özellikle tüm sağlık personelinin kişisel mahremiyetlerine dikkat ettiğini (muayene edilirken kapının kapanması, arada paravan veya perdenin çekilmesi gibi), doktorun hastalık hakkında bilgi verdiğini, acil servisin temiz olduğunu belirtmişlerdir.

Hastaların memnuniyet düzeylerinin belirlenmesi, hizmet kalitesinin artırılması ve hastaların beklentileri doğrultusunda daha nitelikli hizmet sunulması bakımından önemlidir. Sağlık hizmeti sunumundan memnun kalan bir hasta, gereksinim duyduğunda yine aynı sağlık hizmeti veren kuruma yönelecektir.^{8,19,20} Çalışmada hastalar tekrardan aynı acil servisi seçebilecekleri ve başkalarına tavsiye edebilecekleri belirlenmiş olmasına rağmen, ilde tek hastane olması bunda etken olabileceğini göstermektedir

Sonuç ve Öneriler

Hasta memnuniyeti sağlık kurumlarında hizmet kalitesini değerlendirmede kullanılan temel bir kriter olup, hastaların sosyo-demografik özelliklerinden etkilenmektedir. Bu tür çalışmaların, tüm hastanelerde ve

hastanelerin bütün bölümlerinde yapılması faydalı olabilir. Bu tür çalışmalar yapıldıkça, kurumların etkin ve verimli bir şekilde hizmet kalitesini arttırması ve toplumun beklentilerine cevap vermesi sağlanabilir.

Kaynaklar

1. Ertem M, Oto R, Karayel P. Dicle Üniversitesi hastanesinde yatan hastalarda hasta memnuniyeti araştırması. 1. Ulusal Sağlık İdaresi Kongresi Bildiriler Kitabı, Ankara; 2000.p.325-31.
2. Yarnold PR, Michelson EA, Thompson DA and Adams SL. Predicting patient satisfaction: A study of two emergency departments. J Behav Med 1998; 21:545-63.
3. Meryem Y. Sağlık bakım kalitesinin bir ölçütü: Hasta memnuniyeti. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2001;5:69-74.
4. Bursch B, Beezy J, Shaw R. Emergency department satisfaction: what matters most? Ann Emerg Med Mar.1993;22(3):586-91.
5. Yavuz Ş. Acil serviste hasta ve hasta yakınının memnuniyeti ve bunu etkileyen faktörler. Uzmanlık Tezi, Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı. İstanbul; 2003.
6. Dölek M, Turaba F, Akbınar C, Sezgin B, Aksu H, Solak İ. Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi acil servis biriminde yatan hastaların memnuniyet düzeyinin incelenmesi. Türkiye Acil Tıp Dergisi 2005;5(3):122-127.
7. Yıldırım C, Kocoğlu H, Göksu S, Günay N, Savaş H. Patient satisfaction in a university hospital emergency department in Turkey. Acta Medica (Hradec Kralove). 2005;48(1):59-62.
8. Heidegger T, Saal D, Nuebling M. Patient satisfaction with anaesthesia care: What is patient satisfaction, how should it be measured, and what is the evidence for assuring high patient satisfaction? Best Pract Res Clin Anaesthesiol 2006;20(2):331-346.
9. Akkaya EG, Bulut M, Akkaya C. Acil servise başvuran hastaların memnuniyetini etkileyen faktörler. Türkiye Acil Tıp Dergisi 2012;12(2):62-68.
10. Boudreaux ED, Mandry CV, Wood K. Patient satisfaction data as a quality indicator: A tale of two emergency departments. Acad Emerg Med 2003;10:261-8.
11. Bulut H. Acil servislerde hasta ve yakınlarını bilgilendirmenin memnuniyet üzerine etkisi. Ulus Travma Acil Cerrahi Dergisi 2006;12(4):288-298.
12. Sandovski U, Salman H, Bergman M, Neiman V, Bessler H, Djaldetti M. Patients satisfaction with the staff function in an emergency department. Eur J Emerg Med 2001;8(2):117-122.
13. Tokem Y, Kuzeyli YK, Fadıloğlu Ç. Diyaliz hastalarının verilen bakımdan memnun olma durumlarının incelenmesi. Nefroloji Hemşireliği Dergisi Temmuz-Ekim, 2005.p.49-54.
14. Özer A, Çakıl E. Sağlık hizmetlerinde hasta memnuniyetini etkileyen faktörler. Tıp Araştırma Dergisi 2007;5(3):140-143.
15. Tükel B, Acuner AM, Önder ÖR, Üzgül A. Ankara Üniversitesi İbn-i Sina Hastanesi'nde yatan hasta memnuniyeti. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası 2004;57(4):205-214.
16. Sünter AT, Canbaz S, Tunçel EK, Çetinoğlu EÇ, Peşken Y. Bir tıp fakültesi hastanesinde yatan hastaların memnuniyet düzeylerinin değerlendirilmesi. 9. Halk sağlığı günleri bildiri özet kitabı. Ankara. 2005;474.
17. Öztürk A, Balcı E, Gün İ. (2005). Sağlık ocağına başvuranların sağlık sistemi ve aile hekimliği ile ilgili bilgi ve

- düşünceleri. 9. Halk sağlığı kongresi bildiri özet kitabı. Ankara, 2005.p.468.
18. Sezgin B. Acil servise başvuran hastaların aldıkları hizmetten memnuniyetlerinin incelenmesi. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. İzmir. 1998.
19. Kılıçaslan İ, Bozan H, Oktay C, Göksu E. (2005). Türkiye’de acil servise başvuran hastaların demografik özellikleri. Türkiye Acil Tıp Dergisi 2005;5(1);5-13.
20. İlker E, Bülent E, İsmet K. Hastaların sosyo-ekonomik durumlarına göre sağlık hizmetlerinden memnuniyetlerinin incelenmesi. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2004;1(3):161-167.

Reasons for Couples to Prefer Withdrawal Method**Geri Çekme Yöntemini Eşlerin Tercih Etme Nedenleri****Sinem BULDURUCU^a Saadet YAZICI^b**

Abstract This study was conducted in order to determine the reasons why men and women choose the withdrawal method, one of the traditional methods in preventing pregnancy. The study sample was composed of married women aged 15-49 years (150) and their partners. The study was applied in the Süleymaniye Obstetrics and Gynecology Training and Research Hospital. Data required for the research was collected during three month period of time via questionnaires on women and men, and was prepared in the light of recent literature on this subject. While analyzing the data, we used percentage, average and chi-squared testing. It was discovered that women's knowledge on family planning methods was significantly higher than men's ($p<0.05$). We found that there was a significant difference between men and women in terms of their reasons to choose withdrawal as a birth-control ($p<0.05$). The rate of the men who preferred withdrawal method (33.3%) was founded to be significantly higher than women (18%) ($p<0.05$). Although women were significantly more conscious about family planning than men, men were the ones to decide the method to use.

Keywords: Midwifery, family planning methods, traditional methods, withdrawal method

Özet Bu çalışma; eşlerinin geleneksel yöntemlerden biri olan geri çekme yöntemini gebeliğin önlenmesinde tercih etme nedenlerini saptamak amacı ile gerçekleştirildi. Araştırmanın örneklemini 15-49 yaş grubu, evli kadınlar (150) ve eşleri (150) oluşturdu. Araştırma Süleymaniye Doğum ve Kadın Hastalıkları Eğitim Araştırma Hastanesinde gerçekleştirildi. Araştırmanın verileri literatür bilgisi doğrultusunda oluşturulan kadın ve eşine ilişkin anket formları aracılığı ile toplandı. Verilerin değerlendirilmesinde, yüzdeler, ortalama ve Ki-kare önemlilik testi kullanıldı. İstatistiksel anlamlılık ise $p<0.05$ ile tanımlandı. Kadınların etkili aile planlaması yöntemlerini erkeklerden istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha fazla bildiği bulundu ($p<0.05$). Geri çekme yöntemlerini tercih etme nedenleri açısından eşler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptandı ($p<0.05$). Geri çekme yöntemini kimin tercih ettiği sorulduğunda, erkeklerde "benim tercihim" diyenlerin oranı (%33.3) kadınlardan (%18) anlamlı olarak fazla bulundu ($p<0.05$). Sonuç olarak aile planlaması yöntemleri konusunda kadınların erkeklerden daha bilinçli olduğu ancak kararı erkeklerin verdiği söylenebilir.

Anahtar Kelimeler: Ebelik, aile planlaması yöntemleri, geleneksel yöntemler, geri çekme yöntemi

Geliş Tarihi/Received: 21.11.2015 Kabul Tarihi/Accepted 05.04.2015

^aUzman Ebe, sinembul@yahoo.com.tr, Süleymaniye Doğum ve Kadın Hastalıkları Eğitim Araştırma Hastanesi

^bYazışma Adresi/ Corresponding, Doç. Dr. saadetyazc@yahoo.com, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi-Ebelik Bölümü Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi (Bahçe İçi) 34740Bakırköy / İstanbul-Turkey
Phone:90 212-4141500-40137

Introduction

This is a descriptive and cross-sectional study conducted for exploring the reasons men and women use withdrawal as one of the traditional family planning methods. Despite modern family planning methods, traditional methods are still being used for preventing unintended pregnancy in both developed and developing countries¹

According to the results of the studies conducted in different countries on the use of withdrawal method, usage rate of the method was 35% in Romania, 24% in Czechoslovakia, 17.5% in Italy, and 4% in England.¹⁻³

According to Turkey Demographic and Health Survey (TDHS-2008)⁴ results, 73% of married women in Turkey still use a contraceptive method. Forty-six percent of women prefer modern methods while 27% prefer traditional methods. Withdrawal is the mostly preferred method among other traditional methods of contraception. When we examine the statistics on the use of withdrawal method in Turkey during the last 20 years, the usage rate was found to be as in the following: in 1988 25.7%, in 1993 26.2%, in 1998 24.4%, in 2003 26.4% and in 2008 26.3%.¹⁻³

In the countries where family planning services cannot be implemented effectively, there are excessive birth-rates and high risk pregnancy; maternal mortality rates are also high in those countries.⁵

Maternal mortality ratio in Turkey is 28.5 per 100 000 live births.⁶ In general (61.6%) of maternal mortality are results of preventable factors. When that condition is taken into consideration, quality and effectiveness of reproductive health and family planning services are extremely important for our country.

Both domestic and foreign studies have showed that reproduction and fertility controlling methods are determined according to patriarchal traditions and this situation affects reproductive behaviors of women.¹⁻⁴

For the success of family planning services, relevant healthcare personnel must

be well-trained and work effectively. Midwives are the key personnel in reproductive health and family planning services and also have close relations with families. Therefore by making good use of their roles as educators and counselors in the fields of family planning services, midwives can achieve positive behavioral changes in individuals and ensure more people benefit from family planning services.^{7,8}

Accordingly, this study was carried out to determine the reasons for men and women to use withdrawal as a traditional family planning method in Turkey.

Material and Methods

This is a descriptive and cross-sectional study. The study was carried out between 01.05.2010 and 31.07.2010 in the Süleymaniye Obstetrics and Gynecology Training and Research Hospital, after receiving approval from the Study Ethics Committee and relevant authorities of the institution.

During the 3 month period, women and partners who presented at the hospital for various reasons (gynecological examination, child examination, family planning unit) and reported their use of the withdrawal method for the last 6 months or longer were included in the sample.

Prior to the study, health personnel who worked at the polyclinics were informed about the study in order to reach partners who use withdrawal. Health personnel were requested to refer partners who reported the use of the withdrawal method to the Family Planning (FP) unit. Among the men and women who presented at the family planning unit, those willing to participate in the study were included in the sample. Some couples did not wish to take part in the study during the data collection process (20 couples). Their decision was respected and these couples were not included in the study. In addition, the researcher provided training about effective methods to the couples who presented at the family planning unit.

The sample of the research was comprised of 150 women and their husbands who were randomly chosen among the men and women who came to family planning polyclinic between the specified dates (01.05.2010-31.07.2010) for education and consultation, during the work hours of the researcher.

Criteria for participating in the research;

1. Being willing to take part in the research,
2. Women between 15-49 and their husbands,
3. Actively using the withdrawal method for 6 months,
4. Women and their husbands who had the capacity for comprehending and answering questions taken in the research.

Research data was collected via questionnaires. Questionnaire forms were prepared by the researcher in the light of relevant literature review. Questionnaires for women composed of 30 questions while the ones for men included 20 questions. Ten questions of women questionnaires were on socio-demographical characteristic of the family, those questions were asked only of women. In order to determine the understandability of the questionnaire form, 15 women and their husbands were selected for pre-application and questionnaires were edited according to the outcomes of pre-application.

Before presenting questionnaires to the participants, the researcher informed them about the aim of the study and took their oral consents. Questionnaires were completed by the researcher through face to face interviews. Questionnaires were filled in separately for men and women, and each took about 15 minutes. Since the questionnaires were separate for males and females, in order to prevent the two groups from being affected by each other and in

order to provide an environment where they could answer the questionnaires more comfortably, the questionnaire was applied by accepting women first into the interview room and men later.

The question form was open ended and also included yes or no questions. No scale was used for data collection.

The question form which was administered to women consisted of 30 questions and the questionnaire administered to men consisted of 20 questions. Since common questions pertaining to the socio-demographic properties of the family (family structure, income, duration of marriage, social security, etc.) were included in the form administered to women, the number of questions in that questionnaire was greater. In order to make comparison easier, the other questions in the questionnaire were parallel.

The questionnaires used in the study consist of the following topics:

- Descriptive information about the women and their partners
- Obstetrics history for the women
- Knowledge of the men and women on the subject of family planning
- The history of the couple regarding the coitus interrupts method they use
- Reasons for the couple choosing the coitus interrupts method

We used SPSS for Windows 15.0 packaged software for assessing data. The data was assessed with percentage, average and Chi-Squared test. We used $p < 0.05$ for statistical significance.

Results

Then the research data was evaluated, the distribution of withdrawal usage by age, education and wanting another child was as in the Table 1.

Table1. Age, education and wanting another child characteristics of couples to sex

Age, education and wanting another child	Sex				χ^2	P
	Female (n: 150)		Male (n: 150)			
	Number	%	Number	%		
Age						
24 ↓	37	24.6	15	10.1	27.655 sd:4	.000
25-29	35	23.3	35	23.3		
30-34	43	28.7	26	17.3		
35-39	22	14.7	50	33.3		
40 ↑	13	8.7	24	16.0		
Education						
Illiterate- literate	15	10.0	6	4.0	9.063 sd:4	.060
Elementary school	53	35.3	43	28.7		
Middle school	31	20.7	32	21.3		
High school	33	22.0	37	24.7		
University	18	12.0	32	21.3		
Wanting another child						
Yes	34	22.7	33	22.0	2.227 sd:2	.328
No	83	55.3	73	48.7		
Not sure	33	22.0	44	29.3		

When the distribution of men and women' age groups by age was compared, we found that there was a statistically significant difference between the two sexes ($p < 0.01$).

When the distribution of men and women by educational background was compared, there was no significant difference between the two sexes ($p > 0.05$).

It was also comprehended that (F: 22.7% -M: 22.0%) wanted more babies while (F: 55.3%-M: 48.7%) did not want another child.

When the employment case was evaluated, men and women with employment (F: 28.0%-M: 94.0%), without employment (F: 72.0%- M: 6.0%) was different.

Family structures of the men and women participating in the research were analyzed: 32.7% extended families, while 67.3% nuclear families. Also, 16.0% of these men and women did not have health

insurance, while 84% of men and women benefitted from health insurance.

It was also found that 37.3% of women included in the sample had had two pregnancies, 26.7% of them three pregnancies, 18.7% one pregnancy, 16.7% of them four or more pregnancies; however, only one woman had no pregnancy yet.

Forty seven point three percent of these men and women had two children, 26.7% had one, 20.7% had three children and 5.3% of them had no children yet.

It was also comprehended that (F: 22.7% -M: 22.0%) wanted more babies while (F: 55.3%-M: 48.7%) did not want another child.

There was no significant difference between men and women regarding the knowing with cervical mucus, vagina douche and cervical palpation methods ($p > 0.05$); however, the ratio of women knowing calendar and breastfeeding methods was significantly higher compared to men ($p < 0.01$).

Table 2. Distribution of couples by sexes regarding knowledge on modern family planning methods (N=300)

Modern family planning methods	Sex				χ^2	P
	Female (n: 150)		Male (n: 150)			
	Number	%	Number	%		
Intrauterine device						
Knowing	107	71.3	78	52.0	11.859 sd:1	.001
Not knowing	43	28.7	72	48.0		
Birth control pill						
Knowing	115	76.7	88	58.7	11.107 sd:1	.001
Not knowing	35	23.3	62	41.3		
Condom						
Knowing	105	70.0	116	77.3	2.079 sd:1	.149
Not knowing	45	30.0	34	22.7		
Monthly/12-week injections						
Knowing	47	31.3	26	17.3	7.984 sd:1	.005
Not knowing	103	68.7	124	82.7		
Sub dermal implants						
Knowing	25	16.7	8	5.3	8.716* Sd:1	.003
Not knowing	125	83.3	142	94.7		
Vasectomy						
Knowing	28	18.7	18	12.0	2.080* sd:1	.149
Not knowing	122	81.3	132	88.0		
Tubal ligation						
Knowing	47	31.3	31	20.7	4.435	.035
Not knowing	103	68.7	119	79.3		

When the familiarity status of men and women with modern family planning methods for male and female were compared. It was found that there was significant difference women's knowledge on intrauterine devices, birth control pills, monthly/12-week injections and tubal

ligation was significantly higher than male's ($p < 0.05$), (Table 2). We found that "it is more effective in preventing pregnancy when the experience increases with age" was significantly higher in man compared to women ($p < 0.05$), (Table 3).

Table 3. Distribution of couples by sex regarding the use of withdrawal method (N=300)

Reasons for using withdrawal method	Sex				χ^2	P
	Female (n: 150)		Male (n: 150)			
	N	%	N	%		
Easy-to-use						
Yes	58	38.7	41	27.3	4.357 sd:1	.037
No	92	61.3	109	72.7		
A reliable method						
Yes	37	24.7	35	23.3	.073 sd:1	.787
No	113	75.3	115	76.7		
My partner prefers it						
Yes	59	39.3	40	26.7	5.442 sd:1	.020
No	91	60.7	110	73.3		
Other methods involve costs						
Yes	12	8.0	9	6.0	.205* sd:1	.651
No	138	92.0	141	94.0		
No side effects						
Yes	69	46.0	71	47.3	.054 sd:1	.817
No	81	54.0	79	52.7		
Other methods are religiously objectionable						
Yes	10	6.7	17	11.3	1.465* sd:1	.226
No	140	93.3	133	88.7		
We want to have baby in a short time						
Yes	27	18.0	28	18.7	.022 sd:1	.881
No	123	82.0	122	81.3		
Because of health problems						
Yes	23	15.3	12	8.0	3.235* sd:1	.072
No	127	84.7	138	92.0		
It is more effective in preventing pregnancy when the experience increases with age						
Yes	8	5.3	19	12.7	4.070* sd:1	.044
No	142	94.7	131	87.3		

Table 4. Opinions of couples on withdrawal method (N=300)

Opinions of couples regarding withdrawal method	Female (n: 150)		Male (n: 150)			
Who prefers withdrawal?	N	%	Nr	%	χ^2	P
My choice	27	18.0	50	33.3	11.807 sd:3	0.008
My wife's / husband's choice	44	29.3	21	14.0		
Both of us want to use that method	76	50.7	76	50.7		
Family elders' decision	3	2.0	3	2.0		
Having fear of becoming pregnant while using withdrawal method					28.779 sd:2	0.000
Yes	63	42.0	25	16.6		
Sometimes	35	23.3	73	48.7		
No	52	34.7	52	34.7		
Opinions about becoming pregnant while using withdrawal method					7.007 sd:3	0.072
I will deliver/ I want her to deliver the baby	95	63.4	80	53.3		
I will have an abortion/ O want her to have abortion	9	6.0	17	11.4		
I will discuss that with my not decided. not thought; (I will ask family elders')	35	23.3	32	21.3		
11	7.3	21	14.0			
Taking family planning training before deciding the method					10.092 sd:1	0.001
Yes	34	22.7	13	8.7		
No	116	77.3	137	91.3		
The period they want to use withdrawal method					8.841 sd:2	0.012
I will use permanently.	47	31.4	48	32.0		
I will use for a short time	86	57.3	98	65.3		
I do not want/ I will stop using	17	11.3	4	2.7		
Psychological effect of the use of withdrawal method					13.133 sd:2	0.001
Yes	51	34.0	27	18.0		
Sometimes	48	32.0	45	30.0		
No	51	34.0	78	52.0		
Sex life being affected while using withdrawal method					2.848 sd:2	0.241
No difference	47	31.3	60	40.0		
Being affected positively	12	8.0	8	5.3		
Being affected negatively	91	60.7	82	54.7		

It was understood from the study that there was a significant difference between men and women regarding preference of withdrawal method. (Having fear of becoming pregnant, their attitudes in case of an unwanted pregnancy and taking family planning training), (Table 4).

The rate of the individuals who did not have fear of becoming pregnant was

found to be equal in both sexes. However, the ratio of women saying they were afraid of getting pregnant was higher than men.

When the duration of withdrawal use was examined, the rate of men and women using the method for 6-12 months were found to be 14.6%, for 13-24 months 24.0%, 25-48 months 40.7%, 49 months and over 20.7%.

Discussion

When educational backgrounds of the men and women involved in our study were compared via Chi-Squared analysis, we

found no significant difference between men and women in terms of education ($p < 0.001$).

According to 2008 Turkey Demographic and Health Survey, out as

withdrawal known by nine out of every ten married women is still the most commonly known traditional method in Turkey. It was ascertained that one of every four married men and women in Turkey still use the withdrawal method.⁴

There was a statistically significant difference between men and women involved in the study in terms of knowledge status on the five modern family planning methods; intrauterine devices, birth control pills, monthly/12-week injections, sub dermal implants and tubal ligation ($p<0.05$). One could infer from this data that women have information about male-specific methods; however, men have a nodding acquaintance with female-specific methods. For this reason, wives and their husbands should be together in trainings covering effective family planning methods. By doing so, we can enhance men's knowledge on family planning methods and thus enable men and women to use modern contraceptive methods.

Another finding of our study was that, excluding the withdrawal method, the next mostly known method among male and female was the breastfeeding method. The rate of the women knowing with calendar and breastfeeding methods was found to be significantly higher statistically in women compared to men ($p<0.01$). These results indicate that although men and women were familiar with effective Family Planning methods, they insisted on using the methods with limited effect.

When a literature review was conducted, it was found that there were several reasons for men and women to choose withdrawal as a birth-control method: for instance, reliability, not having knowledge on other methods, economical (low cost), no side effects, preferences of partners, easy-to-use characteristic, no hormonal content, religious beliefs and etc.^{9,10}

Studies indicated that 39.4% of women use the out as withdrawal method due to their husbands' request.^{11,12}

Güngör et al. evaluated the contraception methods used by women and indicated that out as withdrawal was the most frequently used method.¹³

The reasons of the men and women for using the withdrawal method were compared, the rate of women stating that they preferred the withdrawal method because it was easy to practice or their partners preferred it was statistically significantly higher women compared to men ($p<0.05$). Men who stated that they were using that method as it became more successful in preventing pregnancy with experience and age was statistically significantly higher in men compared to women ($p<0.05$, Table 3). The results of the study have parallels with the literature. Studies conducted earlier determined that men and women prefer using traditional methods because of fallacies against modern family planning methods.^{12,14}

When we analyzed the reasons for using out as withdrawal, we witnessed that women mostly said they had made the decision together with their partners, while most of the men said it was "their choice". That fact indicates that while making a decision on contraception women ask their partners' opinion, the majority of men made decisions by themselves. Therefore, we can infer from this information that men take a more active role in the use of the withdrawal method and it is a male-oriented preference method.

As indicated by several studies, the most important factor why women prefer in a family planning method is its reliability. However, it is interesting that women deferred to the man's request as their reason to use the withdrawal method. It was found that factors such as manhood stunt gender ability, indicator of youthfulness etc. influenced men to choose the withdrawal method.¹⁵

Family planning services mainly focus on women and men are generally ignored by health service providers.

One of the important facts obtained from the study is that although women were

worried about becoming pregnant while using the withdrawal method, they continue using the method due to their husbands' demand. When men and women were asked what they would do if a pregnancy status occurred while using the withdrawal method, more than half of the women and men gave the answer "I will deliver/ I want her to deliver the baby". It was found that there was a significant difference between men and women regarding anxiety for becoming pregnant ($p < 0.001$).

Women are correct to fear becoming pregnant because, according to study results, pregnancy rate is high in women who use the withdrawal method. Çiftçioğlu found pregnancy rate during out as withdrawal used to be 27.5% in her study, while Yıldırım in his study stated it as 28.6%.^{16,17}

It is also thought-provoking that although most of the men and women participating in the study had reported that they did not want to have another baby, they were determined to deliver the baby in case of an unwanted pregnancy while using the withdrawal method, which is not an effective birth-control method. Furthermore, the withdrawal method is a long-term correct adjective method which is used regardless of the opportunity to access modern contraceptive methods.^{18,19}

It was indicated in many studies that the withdrawal method is still regarded as an effective family planning method and, even if it leads to unwanted pregnancies there is no change in the attitudes and behaviors of families towards the method.^{20,21}

While the withdrawal method is an ineffective method, it is frequently used due to several cultural and personal reasons while more effective methods have a low usage rate. That situation increases the unwanted pregnancy rate of women and thus causes women to end their pregnancy with abortion.²² Contradicts the tests done in this report Despite the fact that unintended pregnancies terminate with miscarriages in Turkey, there is not a significant decrease in the use of as the withdrawal method.⁴

Our study indicated that the ratio of women taking family planning training was significantly higher compared to men ($p < 0.01$). When they were asked how long they wanted to use the withdrawal method, there was a significant difference between the answers of men and women ($p < 0.05$). It was also found in the study that the rate of women expressing that they do not want to use/ want to stop using the withdrawal method is significantly higher than men ($p < 0.05$).

The study showed that permanent use of the withdrawal method caused sexual dissatisfaction and psychological tension in men and women.¹⁶ The withdrawal method requires a man, during intercourse, to withdraw his penis from a woman's vagina prior to orgasm. However, it is not easy for the man to use this method effectively as it can result in unwanted pregnancies and dissatisfied sexual intercourse.²³

In the study conducted by Kılıç et al. women expressed that their sexual lives were negatively affected by the use of the withdrawal method. However, they could ignore effects of a contraceptive method and tolerate it as long as it provided protection from pregnancy.²⁴

The study also indicated that there was no significant difference between men and women regarding being sexually affected by the use of the withdrawal method ($p > 0.05$), but the difference between men and women was significant when the psychological influence of the method came into question ($p < 0.01$). The rate of men who were not affected psychologically was found to be significantly higher than women. Although it was found in the study that out as withdrawal affected men and women's sexual life negatively, they still continued using that method for preventing pregnancy. Therefore, the decision-making process on effective methods for healthy marriages and sexual life should be facilitated for men and women.

Conclusion

The withdrawal method was preferred mostly by male and female were using the method as their husbands wanted it. Those males and females who were using the withdrawal method as their most preferred method were doing so as it was the choice of the male. It this preference was also significantly higher in men compared the women ($p < 0.05$). The reasons for using the withdrawal method were found to be, respectively, not having side effects, being easy to practice, being a reliable method and partner's request.

References

1. Finger WR. Withdrawal popular in some culteres. *Contraceptive Update Network* 1996; **17**: 15- 16.
2. Koyuncuer E. Kontrasepsiyon ve Türkiye`de durum [Contraception and the status of Turkey]. *Sted* 2004; **13**: (12), 455-459.
3. Mehryar AH, Mostafavi F, Agha H. Men and family planning in iran. The IUSSP XXIVth General Population Conference in Salvador de Bahia, Brazil, Augus 2001; t 18-24, 4.
4. *Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması Ana Rapor* (TNSA 2008). [Turkey Population and Health Research (TDHS-2008)]. Accession date: 15.03.2011. <http://www.hips.hacettepe.edu.tr/TNSA2008-AnaRapor.pdf> (2010).
5. Ersin F, Gözükarar F, Şimşek Z, Kayahan Kurçer MA. Bir sağlık ocağı bölgesindeki kadınların aile planlaması yöntemlerini kullanma durumları ve yöntem bırakma nedenleri. [He stuation of the contraceptive use and the reasons of family planning method discontinuation of married women in a primary health care center area]. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi* 2003; **1**: 30-37.
6. Ulusal Anne Ölümleri Çalışması (2005). [National maternal mortality study]. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü SB Ana-Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Avrupa Birliği Komisyonu Türkiye Delegasyonu Ankara.
7. Ulusal Aile Planlaması Hizmet Rehberi (2005). [National family planning and service guide], T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Cilt, 2.
8. Apay SE, Pasinlioğlu T. Nişanlı çiftlerin evlendikten sonra kullanmayı düşündükleri aile planlaması yöntemleri. [Family planning methods engaged-couples thought to use after marriage]. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2008; **11**: 4 [Journal of Ataturk University School of Nursing]
9. Atış F, Yurdakul M, Öztürk M, Karaman M. Koitus interruptus kullanım nedenleri ve yöntem başarısını etkileyen faktörler. [The reasons for using the koitus interruptus method and the factors affecting the success of it]. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi* 2010; **5**: (15), 31-44.
10. Doğan G. Kontrasepsiyon amaçlı başvuran kadınların erkek kontrasepsiyonuna bakış açısı. [Perspective on male contraception in women attending contraception in women attending purpose]. *Afyon Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Kadın Hastalıkları ve Doğum Hemşireliği Yüksek Lisans Tezi* 2008; Afyon.
11. Family Planning Unmet Need Analyzed. *Population Today* 1997; **1**: 3-25.
12. Yanıkkerm E, Acar H, Elem E. Withdrawal users` persceptions of and experience with contraceptive methods in manisa, Turkey. *Midwifery* 2006; **22**: 274-284.
13. Güngör S, Başer I, Göktolga U, Özkömür E, Keskin U. Koitus interruptus (geri çekme) yönteminin etkinliği ve eğitim seviyesinin önemi. [Efficacy of withdrawal method and the importance of education level]. *Gülhane Tıp Dergisi* 2006; **48** (1), 8-10.
14. Yurdakul M, Vural G. Reasons for using traditional methods and role of nurses in family planning science direct: *contraception* 2002. Accession date: 14.07.2009. <http://www.sciencedirect.com/science?>

- _ob=ArticleURL&_udi=B6T5P-4602RF0-7&_user=74727&_c.
15. Ortaylı, N, Bulut A, Özgürlü M, Cokar M. Why Withdrawal? Why Not Withdrawal? Mens Perspectives. *Reprod Health Matters* 2005; **13**: (25), 164-73
 16. Çiftçioğlu S. Geri çekmenin aile planlaması yöntemi olarak kullanılma nedenleri. [Reasons to be used as a method of family planning to withdraw]. *Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim DALI, Yüksek Lisans Tezi* 2006; Erzurum.
 17. Yıldırım B. Göztepe Eğitim Araştırma Hastanesinde İsteyerek Doğum Yapmış Kadınların Sosyodemografik Özellikleri ve Aile Planlaması Bilgi Düzeylerinin Karşılaştırılması. [Socio-demographic characteristics of goztepe training and research hospital for women and family planning information induced births levels]. Uzmanlık Tezi, İstanbul 2008.
 18. Miller R.. Withdrawal: A very great deal better than nothing. *Canadian Journal of Human Sexuality* 2003; **12**: 189-190.
 19. Horner JR, Salazar LF, Romer D et al. "Withdrawal (coitus interruptus) as a sexual risk reduction strategy: perspectives from African-American adolescents," *Archives of Sexual Behavior* 2009; **38**: (5), 779-787.
 20. İnce N, Özyıldırım BA, Özden Irmak Y. The use the family planning methods in one administrative of istanbul. *The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care* 2003; **8**: 21-26.
 21. Ünsal A, Öner SD, Nuhoglu S, İnan O, Metintaş S. Eskişehir'den 15-49 yaş grubunda evli kadınların aile planlaması ile ilgili bilgi, tutum ve davranışları. [Eskişehir married women 15-49 age group related to family planning knowledge, attitude and behavior]. *Klinik Bilimler ve Doktor* 1999; **5**: 36-41.
 22. Şahin S, Cevahir R, Sözeri C. Sakarya doğum ve çocuk bakımevi hastanesi'ne isteğe bağlı kürtaj için başvuran kadınların değerlendirilmesi. [Sakarya maternity and child care hospital assessment of women attending for abortion optional]. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi* 2003; **1**: 1.
 23. Withdrawal Coitus Interruptus). (Accession date: 22.06.2010, <http://meshealth.about.com/od/contraception/a/coitus.htm>. [in Turkish].
 24. Kılıç A, Akyüz A, Yavan T, Güvenç G. Kontraseptiflerin cinsel yaşantıya etkileri üzerine niteliksel bir çalışma. [A Qualitative study on the effects of contraceptives sexual normal life]. *Türkiye Klinikleri Jinekoloji-Obstetrik Dergisi* 2003; **19**: (3), 131-141.

Klinik Uygulamaya Çıkan Öğrenci Hemşirelerin İletişim Becerileri ve Etkileyen Faktörler

Communication Skills and Affecting Factors of Nursing Student Participating to Clinical Practice

Hatice KAHYAOĞLU SÜT^a, Nazlı Gül DEMİR^b, Buse ÖZER^b

ÖZET Amaç: Çalışmada klinik uygulamaya çıkan öğrenci hemşirelerin iletişim beceri düzeylerinin belirlenmesi ve iletişim becerilerini etkileyen faktörlerin incelenmesi amaçlanmıştır. **Gereç ve Yöntem:** Araştırmamız Şubat-Mart 2014 tarihleri arasında Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesinde yürütülen kesitsel ve tanımlayıcı özellikte bir araştırmadır. Araştırmaya klinik uygulamaya çıkan, iletişim ile ilgili dersi almış ve araştırmaya katılmaya gönüllü hemşirelik bölümü 2, 3, 4. sınıf öğrencilerinden 179 öğrenci dahil edildi. Verilerin toplanmasında araştırmacılar tarafından hazırlanan, öğrencilerin çeşitli sosyo-demografik tanımlayıcı özelliklerinin ve iletişimle ilgili düşüncelerinin sorgulandığı bir anket formu ve iletişim becerilerini değerlendirmek için “İletişim Becerileri Envanteri” kullanıldı. **Bulgular:** Öğrencilerin yaş ortalaması 20,7±1,1 ve %90,5’i kadın olup alkol kullanma oranı %12,8’dir. %87,2’si insanlarla, %91,1’i hastalarla iletişimlerinin iyi olduğunu düşünmekte, hasta ile iletişimde sorun yaşayanların oranı %17,9’dur. Öğrencilerin %59,2’si klinik uygulamalarda sağlık personelinin olumsuz davranışlarının hasta ile iletişimini olumsuz etkilediğini düşünmektedir. Öğrencilerin iletişim becerileri envanterinin alt boyutlarından en yüksek skoru “*zihinsel beceri*” alt boyutundan (59,1±6,2), en düşük skoru “*duygusal beceri*” alt boyutundan (53,0±5,5) elde edildi. Alkol kullanmayanların “*zihinsel beceri*” skoru (59,5±6,0) alkol kullananlardan (56,2±6,6) anlamlı olarak yüksek bulundu (p=0,035). Okulda iletişim ile ilgili alınan derslerin yararlı olduğunu düşünenlerin “*zihinsel beceri*” (p=0,012), “*davranışsal beceri*” (p=0,020) ve “*toplam beceri*” (p=0,046) skoru anlamlı olarak yüksek bulundu, “*duygusal beceri*” (p=0,448) skorunda fark bulunmadı. İnsanlarla iletişimlerinin iyi olduğunu düşünen öğrencilerin “*davranışsal beceri*” skoru anlamlı olarak yüksek bulundu (p=0,018). Benzer şekilde, hastalarla iletişimlerinin iyi olduğunu düşünen öğrencilerin “*davranışsal beceri*” skorları da anlamlı olarak yüksek bulundu (p=0,010). **Sonuç:** Klinik uygulamaya çıkan öğrenci hemşirelerin iletişim becerileri değerlendirildiğinde hastalar ve insanlarla olan iletişimlerine ilişkin olumlu düşünceye sahip olanların davranışsal iletişim becerilerinin, alkol kullanmayanların ise zihinsel iletişim becerilerinin daha yüksek olduğu gözlenmiştir. Ayrıca, okulda iletişimle ilgili alınan dersler zihinsel ve davranışsal iletişim becerilerini yükselterek toplam iletişim becerisini iyileştirmektedir.

Anahtar kelimeler: Öğrenci hemşire, iletişim becerisi, hasta, klinik uygulama

ABSTRACT Aim: In this study, it was aimed to investigate that communication skills and affecting factors of nursing student participating to clinical practice. **Material and Methods:** Our research conducted as cross-sectional and descriptive features at the Trakya University, Faculty of Health Sciences between February and March 2014. One hundred and seventy-nine 2nd, 3rd, and 4th year nursing students who learned communication course, volunteered to study and participated into clinical practice were included. Socio-demographic and communication characteristics were collected by using a survey form designed by researchers and communication skills of students were obtained by using “Communication Skills Inventory”. **Results:** Average age was 20.7 ± 1.1, 90.5% was women, alcohol consumption rate was 12.8%, 87.2% thought that their communication with people was good, 91.1% thought that their communication with patients was good, 17.9% had problems communicating with patients. 59.2% of the students thought that negative behavior of health staff in clinical practices negatively affected to their communication with the patient. The highest subscale score of

Geliş Tarihi/Received: 27.11.2014 Kabul Tarihi/ Accepted: 01.28.2015

^a Yrd.Doç. Dr.Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı-Edirne

^b Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü Öğrencisi-Edirne

Yazışma adresi/Correspondence :Yrd.Doç.Dr. Hatice Kahyaoglu Süt, Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı 22030 – Edirne haticesut@yahoo.com

*Çalışma 1-3 Mayıs 2014 tarihleri arasında Trabzon’da düzenlenen 13.Ulusal Öğrenci Hemşire Kongresinde poster bildiri olarak sunulmuştur.

the Communication Skills Inventory was *cognitive skills* (59.1 ± 6.2) while the lowest subscale score was *emotional skills* (53.0 ± 5.5). *Cognitive skills* score of students who not used alcohol (59.5 ± 6.0) was significantly higher than those used alcohol (56.2 ± 6.6) ($P = 0.035$). "*Cognitive skills* ($p = 0.012$)," "*behavioral skills* ($p = 0.020$)" and "*total skills* ($p = 0.046$)" scores of students thinking that learned communication lessons in the school was helpful were significantly higher, however, it was not significantly differ in "*emotional skills* ($p = 0.448$)" score. "*Behavioral skills*" score was significantly higher ($p = 0.018$) in students thought that their communication with people was good. Similarly, "*behavioral skills*" score was also significantly higher ($p = 0.010$) in students thought that their communication with patients was good. **Conclusion:** When the communication skills of nursing student participating to clinical practice are evaluated, individual *behavioral skills* is higher in students thought that their communication with patients and people was good and *cognitive skills* is higher in students who not used alcohol. Also, thinking that learned communication lessons in the school were helpful improves overall communication skills upgrading of *cognitive* and *behavioral skills*.

Keywords: Nursing student, communications skill, patients, clinical practice

Giriş

İletişim, iki kişinin duygu, düşünce ve bilgilerini paylaşarak birbirini anlamasını sağlayan bir süreçtir. Mesleki yaşamda ise iletişim, bir kurum içerisinde verimli, etkin şekilde olması gereken ve beraberinde başarıyı, anlayışı, sağlıklı iletişim davranışlarını getiren bir süreçtir. İletişim becerisi ise, kişinin duygu, düşünce, inanç ve tutumlarını anlaşılır ve amaca uygun bir şekilde aktarabilme becerisidir.¹⁻³

Etkili iletişim becerileri, her türlü insan ilişkisinde ve bütün meslek alanlarında ilişkileri kolaylaştırabilmektedir.^{4,5} Kişilerarası etkileşimin özünü oluşturan iletişim bütün bireylerin yaşamlarında önemlidir. Meslek çalışanlarının başarıları da mevcut iletişim becerilerinden etkilenir.^{4,6,7} Hemşirelikte ise iletişim becerilerinin geliştirilmesi ilk olarak eğitim süreci içerisinde olur.^{2,8}

Hemşirelik öğrencileri, okulda aldığı teorik bilgileri klinik uygulama alanlarında pratik bilgiye dönüştürerek 4 yıllık uygulamalı eğitim görmektedir.⁹ Klinik uygulama alanları hemşirelik öğrencilerine meslektaşlarını gözlemlene, tek başına uygulama yaparak sorumluluk alabilme, karar verme ve bir ekip üyesi olarak çalışabilmesini, okul ortamında öğretilen teorik ve pratik bilgiyi klinik ortamda uygulamalı olarak bütünleştirme imkanı verir.¹⁰⁻¹² Bu süreçte öğrencinin gerekli tüm bilgi ve teknik becerileri öğrenmesi, etkili kişilerarası ilişkiler kurma, danışmanlık becerileri gibi nitelikli hemşirelik hizmetlerinin önemli bir unsuru olan temel becerileri öğrenmesi gerekmektedir.¹³

Hemşireler bakım hizmetlerinde hasta ve hasta yakınları ile sürekli iletişim içerisinde ve hemşirelerin hastalarını bakım hizmetleri yönünden memnun edebilmeleri için etkili iletişim becerilerine sahip olması gerekir.⁴ Hemşirelerin iletişim becerilerinin iyi olmasının (hasta ve diğer bireylerle iyi iletişime sahip olmalarının) hastaların memnuniyet, hastalık ve tedaviye uyum, motivasyon artışı gibi pozitif etki yarattığı yapılan çalışmalarda gösterilmiştir.^{14,15} Kişilerarası ilişkilerin son derece önemli olduğu hemşirelik mesleğini seçen öğrencilerin de meslek yaşamlarına başlamadan klinik uygulama alanlarında eğitimleri devam ederken, eğitim programlarının iletişim becerilerini geliştirecek şekilde düzenlenmesi gerekmektedir.^{15,16}

Araştırmamızda klinik uygulamaya çıkan öğrenci hemşirelerin iletişim beceri düzeylerinin belirlenmesi ve iletişim becerilerini etkileyen faktörlerin incelenmesi amaçlanmaktadır.

Araştırmanın soruları:

- Klinik uygulamaya çıkan Öğrenci hemşirelerin iletişim beceri düzeyleri nasıldır?
- Klinik uygulamaya çıkan öğrenci hemşirelerin iletişim becerilerini etkileyen faktörler nelerdir?

Gereç ve Yöntem

Araştırmanın Tipi: Çalışmamız kesitsel ve tanımlayıcı özellikte olup, Şubat-Mart 2014 tarihlerinde Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü 2.,

3., 4. sınıf öğrencilerinden (n=347) klinik uygulamaya çıkan, iletişim ile ilgili dersi almış (kişilerarası ilişkiler dersi), çalışmaya katılmaya gönüllü olan n=179 öğrenci üzerinde yürütüldü.

Veri Toplama Araçları: Verilerin toplanmasında araştırmacılar tarafından hazırlanan ve öğrencilerin çeşitli sosyo-demografik tanımlayıcı özelliklerinin ve iletişimle ilgili düşüncelerinin sorgulandığı bir anket formu ile “İletişim Becerileri Envanteri” kullanıldı.

İletişim Becerileri Envanteri: Ersanlı ve Balcı tarafından 1998 yılında geliştirilen “İletişim Becerileri Envanteri” her biri 5 seçenekli likert tipi (Her zaman=5, Genellikle=4, Bazen=3, Nadiren=2 ve Hiçbir zaman=1) cevaplar içeren 45 maddeden ve 3 alt boyuttan (zihinsel, duygusal ve davranışsal) oluşmaktadır. Alt boyutların her biri 15'er madde içermektedir. 1,3,6,12,15,17,18,20,23,24,26, 28,33,37,45. maddeler ölçeğin “zihinsel beceriler” alt boyutunu, 5, 9, 11, 27, 29, 31, 34, 35, 36, 38-40, 42-44. maddeler ölçeğin “duygusal beceriler” alt boyutunu, 2, 4, 7, 8, 10, 13, 14, 16, 19, 21, 22, 25, 30, 32, 41. maddeler ölçeğin “davranışsal beceriler” alt boyutunu sorgulamaktadır. Ölçek puanlarının hesaplanması alt boyutlara giren maddelerin toplam puanlarının hesaplanmasına dayalıdır, 15'er madde içeren her bir alt ölçekten alınabilecek en yüksek puan 75 en düşük puan ise 15'dir. Toplam puan benzer şekilde 45 maddenin toplanmasıyla bulunur ve alınabilecek en yüksek puan 225'dir. Yüksek puan bireyin daha iyi iletişim becerisine sahip olduğunu gösterir.¹⁷

Verilerin Analizi: Araştırma sonuçları Ortalama \pm Standart Sapma ya da Sayı (Yüzde) olarak gösterildi. Niceliksel verilerin normal dağılıma uygunluğu Tek Örneklem Kolmogorov Smirnov Test ile incelendi. İletişim Becerileri Envanterine Güvenirlilik Analizi (Reliability Analysis) uygulanarak Cronbach alfa katsayısı

hesaplandı. Ölçeğe ilişkin Cronbach's alpha katsayısı 0,78 olarak bulundu ve buna göre ölçek oldukça güvenilir olarak değerlendirildi. İki kategoriden oluşan değişkenlerin kategorileri arasında ölçek skorlarının karşılaştırılmasında Mann Whitney U Testi kullanıldı. Kategori sayısı ikiden fazla olan değişkenlerin kategorileri arasında ölçek skorlarının karşılaştırılmasında ise Kruskal Wallis Testi kullanıldı, anlamlı farklılık bulunduğu farklılığın hangi kategoriler arasında olduğunu belirlemede ise Bonferroni düzeltmeli Mann Whitney U Testi kullanıldı. Yaş ile ölçek skorları arasındaki ilişkileri incelemede Spearman Korelasyon Analizi kullanıldı. İstatistiksel analizler SPSS 20.0 istatistiksel paket programı kullanılarak yapıldı. İstatistiksel anlamlılık sınır değeri olarak $p < 0.05$ kabul edildi.

Araştırmanın Etik Yönü: Anketin öğrenciler üzerinde uygulanabilmesi için Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekanlığından yazılı izin alınmıştır. Öğrenciler anketi doldurmadan önce çalışmanın amacı açıklanmış olup anketi doldurmayı kabul eden gönüllüler çalışmaya dahil edildi.

Bulgular

Çalışmaya katılan n=179 öğrencinin yaş ortalaması $20,7 \pm 1,1$, %90,5'ini kız öğrenciler oluşturmaktadır. Öğrencilerin büyük çoğunluğunun yaşadığı yer ilçe, şehir ve büyükşehir iken, %14'lük kısmının köydür. Anne ve baba eğitimine baktığımızda, annelerin %83,8'i, babaların %59,8'i ilköğretim ve altı eğitim düzeyindedir. Üniversite eğitimleri sırasında öğrencilerin %38'i devlet yurdunda, %6,7'si ise aileleriyle birlikte yaşamaktadır. Öğrencilerin %8,9'unun sigara, %12,8'inin alkol kullanmaktadır. %69,3'ü hemşirelik bölümünü isteyerek tercih etmiş olup tercih nedenlerinin başında (%61,5) kolay iş bulabileceğini düşünüyor olmaları gelmektedir. Öğrencilerin %75,4'ü hemşirelik bölümünde okumaktan memnundurlar (Tablo 1).

Tablo 1. Hemşirelik öğrencilerinin incelenen sosyo-demografik tanımlayıcı özellikleri

		n	%
Cinsiyet	Kız	162	90,5
	Erkek	17	9,5
Yaşadığı yer	Köy	25	14,0
	Kasaba	14	7,8
	İlçe	49	27,4
	Şehir	45	25,1
	Büyükşehir	46	25,7
Mezun olunan lise	Düz	95	53,1
	Anadolu	74	41,3
	Sağlık meslek	1	0,6
	Meslek	8	4,5
	Öğretmen	1	0,6
Sınıf düzeyi	II	83	46,4
	III	75	41,9
	IV	21	11,7
Anne eğitim	İlköğretim ve altı	150	83,8
	Lise ve üstü	29	16,2
Baba eğitim	İlköğretim ve altı	107	59,8
	Lise ve üstü	72	40,2
Üniversite eğitimi sırasında kalınan yer	Aile	12	6,7
	Devlet yurdu	68	38,0
	Özel yurt	45	25,1
	Evde tek	6	3,4
	Evde ark	48	26,8
Sigara kullanım durumu	Evet	16	8,9
	Hayır	163	91,1
Alkol kullanım durumu	Evet	23	12,8
	Hayır	156	87,2
Hemşirelik bölümünü isteyerek mi tercih ettiği	Evet	124	69,3
	Hayır	55	30,7
Hemşirelik bölümünü tercih nedeni	Sevdiğim için	47	26,3
	Aile istediğinden	20	11,2
	Kolay iş	110	61,5
	Diğer	2	1,1
Hemşirelik bölüm memnuniyeti	Evet	135	75,4
	Hayır	44	24,6

Öğrencilerin iletişimle ilgili çeşitli düşüncelerini sorguladığımızda; %87,2'si insanlarla, %91,1'i hastalarla iletişimlerinin iyi olduğunu düşünmekte olup, hasta ile iletişimde sorun yaşayanların oranı %17,9'dur. Öğrencilerin %59,2'si klinik

uygulamalarda sağlık personelinin olumsuz davranışlarının hasta ile iletişimlerini olumsuz etkilediğini düşünmektedir. Okulda alınan iletişim ile ilgili derslerin klinik uygulamalarında faydalı olduğunu düşünen öğrencilerin oranı %33'dür (Tablo 2).

Tablo 2. Öğrencilerin iletişimle ilgili çeşitli düşüncelerinin sorgulanma dağılımı

		n	%
İnsanlar ile iletişiminizin iyi olduğunu düşünüyor musunuz?	Evet	156	87,2
	Hayır	23	12,8
Hastalar ile iletişiminizin iyi olduğunu düşünüyor musunuz?	Evet	163	91,1
	Hayır	16	8,9
Hasta ile iletişimde sorun yaşıyor musunuz?	Evet	32	17,9
	Hayır	147	17,9
Klinik uygulamaları sırasında, uygulama alanında çalışan sağlık personelinin size olan davranışları, sizin hasta ile iletişiminizi olumsuz etkiliyor mu?	Hayır	73	40,8
	Evet	106	59,2
Okulda iletişim ile ilgili almış olduğunuz derslerin klinik uygulama alanında size yararı olduğunu düşünüyor musunuz?	Hayır	34	19,0
	Evet	59	33,0
	Kısmen	86	48,0

Öğrencilerin iletişim becerileri envanterinin alt boyut skorları ve toplam skoruna baktığımızda; en yüksek skor *zihinsel beceriler* alt boyutundan

(59,1±6,2) elde edilirken en düşük skor *duygusal beceriler* alt boyutundan (53,0±5,5) elde edilmiştir (Tablo 3).

Tablo 3. İletişim becerileri envanterinin alt boyut ve toplam skoru

	Ortalama ± SD	Minimum	Maksimum
Zihinsel Beceriler	59,1±6,2	43	75
Duygusal Beceriler	53,0±5,5	39	71
Davranışsal Beceriler	55,8±5,8	38	69
Toplam Skor	168,0±14,5	122	209

Öğrencilerin yaş, cinsiyet, yaşanılan yer, anne ve baba eğitimi, sınıf düzeyi, sigara ve alkol kullanma durumu ile iletişim becerileri envanterinin alt boyut skorları ve toplam skoru karşılaştırıldığında; sadece alkol kullanmayanların zihinsel beceri skoru (59,5±6,0) alkol kullananlardan (56,2±6,6)

anlamli olarak yüksek bulundu (p=0,035). Bunun dışında yaş, cinsiyet, yaşanılan yer, anne ve baba eğitim durumu, sınıf düzeyi, sigara kullanma durumu değişkenlerinin *zihinsel beceri* (p>0,05), *duygusal beceri* (p>0,05), *davranışsal beceri* (p>0,05) ve *toplam beceri* (p>0,05) ölçek skorlarını etkilemediği bulundu (Tablo 4).

Tablo 4. Öğrencilerin incelenen sosyo-demografik tanımlayıcı özellikleri ile iletişim becerileri envanterinin alt boyut skorları ve toplam skorunun karşılaştırılması

		Zihinsel Beceriler	Duygusal Beceriler	Davranışsal Beceriler	Toplam Skor
Cinsiyet	Kadın (n=162)	59,3±5,9	53,0±5,4	55,9±5,7	168,3±13,9
	Erkek (n=17)	56,7±8,3	53,2±6,6	55,0±7,4	165,0±19,5
	p	0,077	0,959	0,567	0,244
Yaşanılan yer	Köy (n=25)	58,9±6,8	52,7±5,9	55,2±5,8	166,8±15,0
	Kasaba (n=14)	57,4±6,6	52,4±6,1	55,6±6,2	165,5±16,9
	İlçe (n=49)	60,1±6,2	54,3±5,2	57,2±6,4	171,7±14,0
	Şehir (n=45)	58,6±6,7	53,2±5,1	55,5±5,6	167,3±14,7
	Büyükşehir (n=46)	59,0±5,3	51,8±5,8	55,0±5,1	165,9±13,5
	p	0,516	0,307	0,250	0,292
Anne eğitimi	İlköğretim ve altı (n=150)	59,0±6,0	52,8±5,6	55,6±5,7	167,5±14,2
	Lise ve üstü (n=29)	59,4±7,3	54,3±5,2	56,8±6,4	170,5±16,0
	p	0,697	0,223	0,201	0,334
Baba eğitimi	İlköğretim ve altı (n=107)	59,3±6,3	52,8±5,7	55,9±6,1	168,1±14,8
	Lise ve üstü (n=72)	58,7±6,1	53,3±5,4	55,6±5,5	167,7±14,0
	p	0,552	0,516	0,662	0,934
Sınıf düzeyi	II (n=83)	59,1±5,5	53,4±5,5	55,5±5,5	168,0±13,6
	III (n=75)	59,6±6,8	52,9±5,6	56,5±6,1	169,0±15,2
	IV (n=21)	57,2±6,5	51,7±5,4	54,7±6,0	163,8±15,2
	p	0,363	0,542	0,348	0,484
Sigara kullanımı	Hayır (n=163)	59,3±6,2	52,9±5,6	56,0±5,8	168,3±14,7
	Evet (n=16)	56,6±6,0	53,8±4,3	53,6±5,7	164,1±12,0
	p	0,078	0,455	0,144	0,215
Alkol kullanımı	Hayır (n=156)	59,5±6,0	53,0±5,6	56,1±5,5	168,8±14,3
	Evet (n=23)	56,2±6,6	53,3±4,8	53,8±7,3	163,3±15,5
	p	0,035	0,816	0,357	0,132
Yaş*		r=-0,038 ; p=0,618	r=0,004; p=0,956	r=0,012; p=0,869	r=0,002; p=0,976

* Spearman korelasyon analizi

Öğrencilerin iletişimle ilgili düşünceleri ile iletişim becerileri envanterinin alt boyut skorları ve toplam skorunun karşılaştırılmasına baktığımızda; okulda iletişim ile ilgili alınan derslerin yararlı olduğunu düşünenlerin “*zihinsel beceri* (p=0,012)”, “*davranışsal beceri* (p=0,020)” ve “*toplam beceri* (p=0,046)” skoru anlamlı olarak yüksek bulundu, “*duygusal beceri* (p=0,448)” skorunda fark bulunmadı. Okulda iletişim ile ilgili alınan derslerin klinik uygulama alanında yararı olduğunu düşünenlerin, *zihinsel, davranışsal ve toplam beceri* skorları hayır ve kısmen yanıtı verenlerden anlamlı olarak yüksek bulundu (p<0,05). Kısmen ve hayır yanıtı

verenler arasında *zihinsel, davranışsal ve toplam beceri* skorları açısından anlamlı fark bulunmadı (p>0,05). İnsanlar ile iletişimlerinin iyi olduğunu düşünenlerin *davranışsal beceri* skoru, iyi olmadığını düşünenlerden anlamlı olarak yüksek bulundu (p=0,018). İnsanlar ile iletişimlerinin iyi olduğunu düşünenlerin *zihinsel beceri* ve *toplam beceri* skorları, iyi olmadığını düşünenlerden yüksek fakat istatistiksel anlamlılığa yakın bulundu (p=0,065 ve p=0,057). İnsanlar ile iletişimlerinin iyi olduğunu düşünenlerin ve düşünmeyenlerin *duygusal beceri* skorları arasında anlamlı fark bulunmadı (p=0,627). Hastalar ile iletişimlerinin iyi olduğunu

düşünenlerin *davranışsal beceri* skoru, iyi olmadığını düşünenlerden anlamlı olarak yüksek bulundu ($p=0,010$). Hastalar ile iletişimlerinin iyi olduğunu düşünenlerin *zihinsel beceri* ve *toplam beceri* skorları iyi olmadığını düşünenlerden yüksek fakat

istatistiksel anlamlılığa yakın bulundu ($p=0,081$ ve $p=0,136$). Hastalar ile iletişimlerinin iyi olduğunu düşünenlerin ve düşünmeyenlerin *duygusal beceri* skoru arasında anlamlı fark bulunmadı ($p=0,450$) (Tablo 5).

Tablo 5. Öğrencilerin iletişimle ilgili düşünceleri ile iletişim becerileri envanterinin alt boyut skorları ve toplam skorunun karşılaştırılması

		Zihinsel Beceriler	Duygusal Beceriler	Davranışsal Beceriler	Toplam Skor
Okulda iletişim ile ilgili alınan derslerin yararı olduğunu düşünüyor musunuz?	Hayır	57,7±7,2	53,7±6,2	53,3±7,3	164,8±18,3
	Kısmen	58,3±5,8	52,6±5,5	55,8±5,1	166,8±13,5
	Evet	60,9±5,8	53,2±5,1	57,2±5,5	171,4±12,8
p		0,012	0,448	0,020	0,046
İnsanlar ile iletişiminizin iyi olduğunu düşünüyor musunuz?	Hayır	57,2±6,1	52,9±6,9	53,4±5,6	163,6±15,6
	Evet	59,3±6,2	53,0±5,3	56,1±5,8	168,6±14,3
p		0,065	0,627	0,018	0,057
Hastalar ile iletişiminizin iyi olduğunu düşünüyor musunuz?	Hayır	57,1±5,3	54,1±6,8	52,4±5,4	163,6±14,3
	Evet	59,2±6,3	52,9±5,4	56,1±5,8	168,4±14,5
p		0,081	0,450	0,010	0,136

Tartışma

Öğrenci hemşirelerin iletişim beceri düzeylerinin belirlenmesi, klinik uygulamalarda iletişim becerilerini etkileyen faktörlerin incelenmesi, mezuniyet öncesi iletişim becerilerini artırmaya yönelik eğitim gereksinimlerinin saptanması açısından önemlidir.

Çalışmamızda öğrencilerin %75,4'ünün hemşirelik bölümde okumaktan memnun olduğu, %69,3'ünün hemşirelik bölümünü isteyerek tercih ettiği ve tercih nedenlerinin başında (%61,5) kolay iş imkanı düşüncesi olduğu bulunmuştur (Tablo 1). Hemşirelik bölümü öğrencileri üzerinde yürütülen bir çalışmada öğrencilerin %71,4'ünün hemşire olmaya istekli oldukları ve hemşirelik mesleğini orta derecede prestijli bulduğu için tercih ettiği belirlenmiştir.¹⁸ Ünlü ve arkadaşlarının¹⁹ yaptığı çalışmada öğrencilerin %56,0'ının

mesleği severek tercih ettiği, %42,7'sinin iş bulma imkanının fazla olması nedeniyle tercih ettiği belirlenmiştir. Günümüzde sağlık alanında çalışacak hemşire ihtiyacının fazla olması nedeniyle mezuniyet sonrası işe girme sürecinin diğer meslek gruplarına göre daha hızlı ve kolay olması gibi etkenlerin öğrencilerin hemşirelik bölümünü isteyerek tercih etmelerinde önemli rolü olduğu düşünülmektedir.

Öğrencilerin iletişimle ilgili çeşitli düşüncelerini sorguladığımızda; öğrencilerin %87,2'si insanlarla, %91,1'i hastalarla iletişimlerinin iyi olduğunu düşünmekte olup, hasta ile iletişimde sorun yaşayanların oranı %17,9 olduğu bulunmuştur (Tablo 2). Tutuk ve arkadaşlarının¹⁴ çalışmasına göre öğrencilerin %37,2'si insanlarla ilişkilerinde güçlük yaşadıklarını, klinikte hasta ve hasta yakınları ile iletişim sorunu yaşama konusunda klinik deneyimi olmayan

birinci sınıf öğrencileri dışındaki öğrencilerin %12,6' sının çok fazla sorun yaşadığını bildirilmişken, %65,8' inin ise zaman zaman sorun yaşadığını ifade ettiği bildirilmiştir. Genel olarak baktığımızda hemşirelik bölümünü tercih eden öğrencilerin çoğunluğunun insanlarla ve hastalarla iletişimlerinin iyi olduğunu düşündüğü görülmektedir.

Öğrencilerin %59,2'si klinik uygulamalarda sağlık personelinin olumsuz davranışlarının hasta ile iletişimlerini olumsuz etkilediğini düşündüğü bulunmuştur (Tablo 2). Klinik uygulamaya çıkan (2., 3., 4. sınıf) 162 hemşirelik öğrencisi üzerinde yürütülen bir çalışmada, öğrencilerin yalnızca % 3.1'i klinik hemşirelerinin kendileriyle olan iletişimlerini "iyi" olarak, % 53.1' i "ne iyi-ne kötü", % 43.8'i ise "kötü" ya da "çok kötü" olarak ifade ettiği belirlenmiştir.²⁰ Akyüz ve arkadaşlarının²¹ çalışmasında hemşirelerin çalışma süreleri yükseldikçe öğrencilerin klinikteki varlıklarının iş yükünü arttırdığını düşünme oranının arttığı belirlenmiştir. Öğrenci hemşirelerin servis hemşireleri ile olan iletişim eksikliğinden dolayı klinik uygulamalarına isteyerek katılmadıkları, aynı çalışma da hemşirelerin öğrenci hemşirelerle beraber uygulama yaparken öğrencilerin hata yapmasından endişe duyduklarını (% 69) ifade ettikleri belirlenmiştir.²² Klinik hemşirelerinin ve sağlık personelinin yoğun çalışma koşulları, öğrenci hemşirelere klinik uygulamalarda hata yapmamaları için takip etmek zorunda olmaları gibi nedenlerle öğrencileri ek bir iş yükü olarak görmeleri, öğrencilerle iletişim sorunu yaşamalarına ve bu durumda öğrencilerin hasta ile olan iletişimini olumsuz etkilemesine sebep olduğu düşünülmektedir.

Çalışmamızda okulda alınan iletişim ile ilgili derslerin klinik uygulamalarda faydalı olduğunu düşünen öğrencilerin oranı %33'dür (Tablo 2). Sabancıoğulları ve arkadaşlarının²³ çalışmasında iletişim becerilerinin lisans eğitimiyle geliştiği saptanmıştır. 4. Sınıf hemşirelik öğrencilerinin iletişim becerilerinin 1. Sınıf

öğrencilerinden daha yüksek belirlendiği bir çalışmada, 1. ve 2. sınıfta yer alan genel ve mesleki iletişim dersleri ve diğer derslerde iletişimle ilgili konular vurgulanmasının eğitimin öğrencilerin iletişim becerilerinin gelişmesine olumlu katkı sağladığı şeklinde bildirmişlerdir.¹⁴ Ayrıca hemşirelik eğitimi sırasında uygulamalı hemşirelik derslerinde hasta-hemşire iletişimine yönelik eğitim verilmesinin hasta memnuniyetini olumlu yönde etkilediği bildirilmiştir.⁴ Klinikte hasta-hemşire iletişiminin önemi nedeniyle mezuniyet öncesi eğitim sürecinde iletişimle ilgili konuların ve derslerin müfredatta yer alması, öğrenci hemşirelerin iletişim becerilerini klinik uygulamalarda etkin kullanabilmeleri açısından öğrenciler tarafından önemsendiği görülmektedir.

Çalışmamızda öğrencilerin incelenen sosyo-demografik tanımlayıcı özellikleri (yaş, cinsiyet, yaşanılan yer, anne ve baba eğitim durumu, sınıf düzeyi, sigara ve alkol kullanma durumu) ile iletişim becerileri envanterinin alt boyut skorları ve toplam skoru karşılaştırmasında sadece alkol kullanmayanların *zihinsel beceri* skoru alkol kullananlardan anlamlı olarak yüksek bulundu (Tablo 4). İncelenen diğer sosyo-demografik tanımlayıcı özelliklerin *zihinsel, duygusal, davranışsal ve toplam beceri* ölçek skorlarını etkilemediği bulundu. Yapılan diğer çalışmalarda da çalışmamızın sonuçlarına benzer şekilde öğrencilerin incelenen sosyo-demografik özelliklerinin iletişim becerilerini etkilemediği belirlenmiştir. Ancak bu çalışmalarda alkol kullanımı ile iletişim becerileri arasındaki ilişkiye bakılmamıştır.^{15,24} Çalışmamız sonucuna göre alkol kullanan öğrencilerin *zihinsel beceri* skorunun düşük bulunması, alkol kullanımının öğrenci hemşirelerin zihinsel iletişim becerilerini olumsuz yönde etkilediğini göstermektedir.

Çalışmamızda öğrencilerin lisans eğitiminde sınıf düzeylerinin *zihinsel, duygusal, davranışsal ve toplam beceri* ölçek skorlarını etkilemediği bulundu (Tablo 4). Bingöl ve arkadaşının¹⁵ çalışmasında dört yıllık lisans eğitimi sonrasında iletişim becerilerinde artış yönünde dördüncü sınıf

lehine anlamlı fark beklenirken, fark olmadığı belirlenmiş ve ders müfredatının iletişim becerileri yönünden tekrar gözden geçirilmesi gerektiğini bildirmişlerdir. Hemşirelik öğrencilerinin iletişim becerilerine yönelik bir çalışma da sınıf düzeyi ile iletişim becerileri düzeyi arasındaki ilişkinin anlamlı bulunduğu ve birinci sınıftan üçüncü sınıfa kadar sınıf düzeyi arttıkça iletişim becerilerinde artış olduğu belirlenmiştir.¹⁴ Ülkemiz hemşirelik lisans eğitimi veren okullarında müfredatta iletişim ile ilgili derslere ve konulara yer verildiğinde iletişim becerilerindeki artışın sınıf düzeyi ile paralel olarak artabileceği, müfredatta iletişim ile ilgili derslere ve konulara yer verilmemesi durumunda ise iletişim becerilerinin sınıf düzeyinden etkilenmeyebileceği düşünülmektedir.

Çalışmamızda öğrencilerin okulda iletişim ile ilgili aldıkları derslerin yararlı olduğunu düşünme durumlarının *zihinsel*, *davranışsal* ve *toplam beceri* skorunu etkilediği, *duygusal beceri* skorunu ise etkilemediği bulundu (Tablo 5). Yapılan bazı çalışmalarda ise iletişim becerilerinin lisans eğitimiyle geliştiği saptanmıştır.^{20,24} Genel olarak baktığımızda öğrencilerin okulda iletişimle ilgili aldıkları derslerin yararlı olduğunu düşünmelerinin iletişim becerilerini olumlu yönde etkilediği söylenebilir.

Okulda iletişim ile ilgili alınan derslerin klinik uygulama alanında yararı olduğunu düşünenlerin, *zihinsel*, *davranışsal* ve *toplam beceri* skorları hayır ve kısmen yanıtı verenlerden anlamlı olarak yüksek bulundu (Tablo 5). Birinci sınıf hemşirelik öğrencileri ile yapılan bir çalışmada, öğrencilerin mesleki eğitime başlarken iletişim becerileri yönünden kısmen gelişmiş oldukları bildirilmiştir.¹⁴ Kumcağz ve arkadaşlarının⁴ çalışmasında lisans ve üzeri eğitimin, hemşirelerin iletişim becerilerinin davranışsal boyutunu olumlu yönde etkilediği saptanmıştır. Öğrencilerin iletişim ile ilgili derslerin klinik uygulamalarda yararlı olduğunu düşünmeleri iletişim becerilerini olumlu yönde etkilemekte ve lisans eğitim düzeyinin mezuniyet

sonrasında iletişim becerileri üzerinde olumlu etkisinin olduğu görülmektedir.

İnsanlar ile iletişimlerinin iyi olduğunu düşünenlerin *davranışsal beceri* skoru, iyi olmadığını düşünenlerden anlamlı olarak yüksek bulundu (Tablo 5). Bir çalışmada öğrencilerden insanlarla ilişkilerinde güçlük yaşadığını bildirenlerin iletişim becerilerinin, güçlük yaşamadığını bildirenlere göre daha iyi olduğu belirlenmiştir.¹⁴ Buradan insanlarla iletişimlerinin iyi olduğunu düşünmenin davranışlara da olumlu yönde yansıdığı söylenebilir.

Hastalar ile iletişimlerinin iyi olduğunu düşünenlerin *davranışsal beceri* skoru, iyi olmadığını düşünenlerden anlamlı olarak yüksek bulundu (Tablo 5). Bir çalışmada

klinik uygulamalarda iletişimde güçlük yaşadığını bildirenler ile güçlük yaşamadığını bildirenler arasında iletişim becerileri açısından fark olmadığı belirlenmiştir.¹⁴ Hastalar ile iletişimlerinin iyi olduğunu düşünmenin davranışlara da olumlu yönde yansıdığı fakat klinik uygulamalarda öğrencilerin iletişim becerilerini etkin kullanmalarını engelleyen başka faktörlerin olabileceği söylenebilir.

Sonuç ve Öneriler

Klinik uygulamaya çıkan öğrenci hemşirelerin iletişim becerileri değerlendirildiğinde, hastalar ve insanlarla olan iletişimlerine ilişkin olumlu düşünceye sahip öğrencilerin davranışsal iletişim becerileri, alkol kullanmayanların ise zihinsel iletişim becerileri daha yüksek olup, okulda iletişimle ilgili alınan dersler zihinsel ve davranışsal iletişim becerisini yükseltmek toplam iletişim becerisini iyileştirir.

Elde edilen sonuçlar doğrultusunda aşağıdaki sonuçlar önerilebilir:

1. Mevcut hemşirelik lisans eğitimi ders müfredatı yeniden gözden geçirilerek, iletişim ile ilgili eğitim içeriği ve uygulamalı eğitim yöntemlerinin ders müfredatındaki konulara sınıfların düzeylerine uygun olacak şekilde düzenli yerleştirilmesi,

2. Diksiyon ve hitabet, psikodrama, yaratıcı drama vb. zihinsel, duygusal ve davranışsal iletişim becerilerinin etkin kullanılmasını ve artırılmasını sağlayacak derslerin müfredatta seçmeli ya da zorunlu ders olarak eklenmesi ve bu alanlarda uzman eğitimciler tarafından uygulamalı olarak derslerin verilmesi,

3. Alkol vb. zararlı alışkanlıklar konusunda mezuniyet öncesi öğrencilerin farkındalığını artırmak amacıyla iletişim ders konuları içerisinde “alkol ve iletişim” konusuna da yer verilmesi gerekliliği önerilmektedir.

Yazarların Katkıları

Çalışma tasarımı: H KS, NG D, BÖ

Veri toplama ve/ veya analizi: H KS, NG D, BÖ

Makalenin hazırlanması: H KS, NG D, BÖ

Kaynaklar

1. Üstün B. Çünkü iletişim Çok Şeyi Değiştirir. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2005; 2: 88-94.
2. Tiryaki HŞ, Taşkın FY, Pekşen ÖÜ. Hizmet İçi Eğitim Hemşirelerinin İletişim Beceri Düzeyleri. Journal of Psychiatric Nursing 2013;4(1):13-20
3. Çelik Ç. İlköğretim okulu müdürlerini iletişim becerileri ile tükenmişlik düzeyleri arasındaki ilişki (Gaziantep İli Merkez İlçeleri Örneği). [Yayınlanmamış yüksek lisans tezi] Gaziantep: Gaziantep Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü; 2007.
4. Kumcağız H, Yılmaz M, Çelik SB, Avcı İA. Hemşirelerin iletişim becerileri: Samsun ili örneği. Dicle Tıp Dergisi 2011; 38 (1): 49-56
5. Korkut F. Yetişkinlere yönelik iletişim becerileri eğitimi. Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi 2005; 28: 143-149.
6. Uyer G. Hemşire - Hasta İletişimi ve İletişimin Hasta Yönünden Önemi. Türkiye Klinikleri Tıp Etiği 2000; 8: 88-94.

7. Yılmaz S, Hacıhasanoğlu R, Çiçek Z. Hemşirelerin genel ruhsal durumlarının incelenmesi. Sted 2006; 15:92-97.
8. Suikkala A, Leino-Kilpi H. Nursing student-patient relationship: a review of the literature from 1984 to 1998. J Adv Nurs 2001;33:42-50.
9. Aydın MF, Argun MŞ. Bitlis Eren Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü Öğrencilerinin Hastane Uygulamalarından Beklentileri ve Karşılaştıkları Sorunlar. Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 2010; (1):4
10. Karadağ G, Kılıç SP, Ovayolu N, Özlem Ovayolu, Hülya Kayaaslan H. Öğrenci Hemşirelerin Klinik Uygulamada Karşılaştıkları Güçlükler ve Klinik Hemşireler Hakkındaki Görüşleri. TAF Prev Med Bull 2013;12(6):665-672
11. Atay S, Yılmaz F. Sağlık yüksekokulu öğrencilerinin ilk klinik stres düzeyleri. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi 2011; 14(4): 32-37
12. Dunn SV, Hansford B. Undergraduate nursing students' perception of their clinical learning environment. J Adv Nurs. 1997; 25(6):1299-306.
13. Arifoğlu B, Razi GS. Birinci Sınıf Hemşirelik Öğrencilerinin Empati ve İletişim Becerileriyle İletişim Yönetimi Dersi Akademik Başarı Puanı Arasındaki İlişki. DEUHYO ED 2011,4(1): 7-11
14. Tutuk A, Al D, ve Doğan S. “Hemşirelik Öğrencilerinin İletişim Becerisi ve Empati Düzeylerinin Belirlenmesi”. C. Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi 2002;6:36-41.
15. Bingöl G, Demir A. Amasya sağlık yüksekokulu öğrencilerinin iletişim becerileri. Göztepe Tıp Dergisi 2011; 26(4):152-159.
16. Kuzu A. “Hemşirelik Öğrencilerinin Duygusal Zeka ve İletişim Becerilerin Eşdeğer Öğrenim Gören Öğrencilerle Karşılaştırmalı Olarak Değerlendirilmesi” Düzce Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

- (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi),
Düzce, (2008).
17. Ersanlı K, Balcı S. İletişim Becerileri Envanterin Geliştirilmesi: Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi 1998;2(10):7-12.
 18. Erbil N, Kahraman AN, Bostan Ö. Hemşirelik Öğrencilerinin İlk Klinik Deneyim Öncesi Anksiyete Düzeylerinin Belirlenmesi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2006; 9(1).
 19. Ünlü S, Özgür G, Gümüş AB. Hemşirelik yüksekokulundaki öğrencilerin hemşirelik mesleği ve eğitimi ile ilgili görüş ve beklentileri. E.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2008; 24(1): 43-56.
 20. Kaya A, Gözüm S, Kaya A, Ünsal A, Unlu F. Hemşirelik Öğrencileri Gözüyle Klinik Hemşireleri. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2000;3(1).
 21. Akyüz A, Tosun N, Yıldız D, Kılıç A. Klinik Öğretimde Hemşirelerin, Kendi Sorumluluklarına ve Hemşirelik Öğrencilerinin Çalışma Sistemine İlişkin Görüşleri. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni 2007;6(6).
 22. Aydın MF, Argun MŞ. Bitlis Eren Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü Öğrencilerinin Hastane Uygulamalarından Beklentileri ve Karşılaştıkları Sorunlar. Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 2010;1(4).
 23. Sabancıoğulları S, Kelleci M, Doğan S, Gölbaşı Z. Entegre Eğitim Programında Öğrenim Gören Hemşirelik Öğrencilerinin Empatik Eğilim Düzeylerinin Yıllara Göre İncelenmesi. C.Ü Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2007;11(2):1-6.
 24. Tepeköylü Ö, Soytürk M, Çamlıyer H. Beden Eğitimi ve Spor Yüksekokulu (Besyo) Öğrencilerinin İletişim Becerisi Algılarının Bazı Değişkenler Açısından İncelenmesi, Spormetre Beden Eğitimi ve Spor Bilimleri Dergisi, 2009;7:115-124.

Klinik Uygulamaya Çıkan Öğrenci Hemşirelerin İletişim Becerileri ve Etkileyen Faktörler

Communication Skills and Affecting Factors of Nursing Student Participating to Clinical Practice

Hatice KAHYAOĞLU SÜT^a, Nazlı Gül DEMİR^b, Buse ÖZER^b

ÖZET Amaç: Çalışmada klinik uygulamaya çıkan öğrenci hemşirelerin iletişim beceri düzeylerinin belirlenmesi ve iletişim becerilerini etkileyen faktörlerin incelenmesi amaçlanmıştır. **Gereç ve Yöntem:** Araştırmamız Şubat-Mart 2014 tarihleri arasında Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesinde yürütülen kesitsel ve tanımlayıcı özellikte bir araştırmadır. Araştırmaya klinik uygulamaya çıkan, iletişim ile ilgili dersi almış ve araştırmaya katılmaya gönüllü hemşirelik bölümü 2, 3, 4. sınıf öğrencilerinden 179 öğrenci dahil edildi. Verilerin toplanmasında araştırmacılar tarafından hazırlanan, öğrencilerin çeşitli sosyo-demografik tanımlayıcı özelliklerinin ve iletişimle ilgili düşüncelerinin sorgulandığı bir anket formu ve iletişim becerilerini değerlendirmek için “İletişim Becerileri Envanteri” kullanıldı. **Bulgular:** Öğrencilerin yaş ortalaması 20,7±1,1 ve %90,5’i kadın olup alkol kullanma oranı %12,8’dir. %87,2’si insanlarla, %91,1’i hastalarla iletişimlerinin iyi olduğunu düşünmekte, hasta ile iletişimde sorun yaşayanların oranı %17,9’dur. Öğrencilerin %59,2’si klinik uygulamalarda sağlık personelinin olumsuz davranışlarının hasta ile iletişimini olumsuz etkilediğini düşünmektedir. Öğrencilerin iletişim becerileri envanterinin alt boyutlarından en yüksek skoru “*zihinsel beceri*” alt boyutundan (59,1±6,2), en düşük skoru “*duygusal beceri*” alt boyutundan (53,0±5,5) elde edildi. Alkol kullanmayanların “*zihinsel beceri*” skoru (59,5±6,0) alkol kullananlardan (56,2±6,6) anlamlı olarak yüksek bulundu (p=0,035). Okulda iletişim ile ilgili alınan derslerin yararlı olduğunu düşünenlerin “*zihinsel beceri*” (p=0,012), “*davranışsal beceri*” (p=0,020) ve “*toplam beceri*” (p=0,046) skoru anlamlı olarak yüksek bulundu, “*duygusal beceri*” (p=0,448) skorunda fark bulunmadı. İnsanlarla iletişimlerinin iyi olduğunu düşünen öğrencilerin “*davranışsal beceri*” skoru anlamlı olarak yüksek bulundu (p=0,018). Benzer şekilde, hastalarla iletişimlerinin iyi olduğunu düşünen öğrencilerin “*davranışsal beceri*” skorları da anlamlı olarak yüksek bulundu (p=0,010). **Sonuç:** Klinik uygulamaya çıkan öğrenci hemşirelerin iletişim becerileri değerlendirildiğinde hastalar ve insanlarla olan iletişimlerine ilişkin olumlu düşünceye sahip olanların davranışsal iletişim becerilerinin, alkol kullanmayanların ise zihinsel iletişim becerilerinin daha yüksek olduğu gözlenmiştir. Ayrıca, okulda iletişimle ilgili alınan dersler zihinsel ve davranışsal iletişim becerilerini yükselterek toplam iletişim becerisini iyileştirmektedir.

Anahtar kelimeler: Öğrenci hemşire, iletişim becerisi, hasta, klinik uygulama

ABSTRACT Aim: In this study, it was aimed to investigate that communication skills and affecting factors of nursing student participating to clinical practice. **Material and Methods:** Our research conducted as cross-sectional and descriptive features at the Trakya University, Faculty of Health Sciences between February and March 2014. One hundred and seventy-nine 2nd, 3rd, and 4th year nursing students who learned communication course, volunteered to study and participated into clinical practice were included. Socio-demographic and communication characteristics were collected by using a survey form designed by researchers and communication skills of students were obtained by using “Communication Skills Inventory”. **Results:** Average age was 20.7 ± 1.1, 90.5% was women, alcohol consumption rate was 12.8%, 87.2% thought that their communication with people was good, 91.1% thought that their communication with patients was good, 17.9% had problems communicating with patients. 59.2% of the students thought that negative behavior of health staff in clinical practices negatively affected to their communication with the patient. The highest subscale score of

Geliş Tarihi/Received: 27.11.2014 Kabul Tarihi/ Accepted: 01.28.2015

^a Yrd.Doç. Dr.Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı-Edirne

^b Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü Öğrencisi-Edirne

Yazışma adresi/Correspondence :Yrd.Doç.Dr. Hatice Kahyaoglu Süt, Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı 22030 – Edirne haticesut@yahoo.com

*Çalışma 1-3 Mayıs 2014 tarihleri arasında Trabzon’da düzenlenen 13.Ulusal Öğrenci Hemşire Kongresinde poster bildiri olarak sunulmuştur.

the Communication Skills Inventory was *cognitive skills* (59.1 ± 6.2) while the lowest subscale score was *emotional skills* (53.0 ± 5.5). *Cognitive skills* score of students who not used alcohol (59.5 ± 6.0) was significantly higher than those used alcohol (56.2 ± 6.6) ($P = 0.035$). "*Cognitive skills* ($p = 0.012$)," "*behavioral skills* ($p = 0.020$)" and "*total skills* ($p = 0.046$)" scores of students thinking that learned communication lessons in the school was helpful were significantly higher, however, it was not significantly differ in "*emotional skills* ($p = 0.448$)" score. "*Behavioral skills*" score was significantly higher ($p = 0.018$) in students thought that their communication with people was good. Similarly, "*behavioral skills*" score was also significantly higher ($p = 0.010$) in students thought that their communication with patients was good. **Conclusion:** When the communication skills of nursing student participating to clinical practice are evaluated, individual *behavioral skills* is higher in students thought that their communication with patients and people was good and *cognitive skills* is higher in students who not used alcohol. Also, thinking that learned communication lessons in the school were helpful improves overall communication skills upgrading of *cognitive* and *behavioral skills*.

Keywords: Nursing student, communications skill, patients, clinical practice

Giriş

İletişim, iki kişinin duygu, düşünce ve bilgilerini paylaşarak birbirini anlamasını sağlayan bir süreçtir. Mesleki yaşamda ise iletişim, bir kurum içerisinde verimli, etkin şekilde olması gereken ve beraberinde başarıyı, anlayışı, sağlıklı iletişim davranışlarını getiren bir süreçtir. İletişim becerisi ise, kişinin duygu, düşünce, inanç ve tutumlarını anlaşılır ve amaca uygun bir şekilde aktarabilme becerisidir.¹⁻³

Etkili iletişim becerileri, her türlü insan ilişkisinde ve bütün meslek alanlarında ilişkileri kolaylaştırabilmektedir.^{4,5} Kişilerarası etkileşimin özünü oluşturan iletişim bütün bireylerin yaşamlarında önemlidir. Meslek çalışanlarının başarıları da mevcut iletişim becerilerinden etkilenir.^{4,6,7} Hemşirelikte ise iletişim becerilerinin geliştirilmesi ilk olarak eğitim süreci içerisinde olur.^{2,8}

Hemşirelik öğrencileri, okulda aldığı teorik bilgileri klinik uygulama alanlarında pratik bilgiye dönüştürerek 4 yıllık uygulamalı eğitim görmektedir.⁹ Klinik uygulama alanları hemşirelik öğrencilerine meslektaşlarını gözlemlene, tek başına uygulama yaparak sorumluluk alabilme, karar verme ve bir ekip üyesi olarak çalışabilmesini, okul ortamında öğretilen teorik ve pratik bilgiyi klinik ortamda uygulamalı olarak bütünleştirme imkanı verir.¹⁰⁻¹² Bu süreçte öğrencinin gerekli tüm bilgi ve teknik becerileri öğrenmesi, etkili kişilerarası ilişkiler kurma, danışmanlık becerileri gibi nitelikli hemşirelik hizmetlerinin önemli bir unsuru olan temel becerileri öğrenmesi gerekmektedir.¹³

Hemşireler bakım hizmetlerinde hasta ve hasta yakınları ile sürekli iletişim içerisinde ve hemşirelerin hastalarını bakım hizmetleri yönünden memnun edebilmeleri için etkili iletişim becerilerine sahip olması gerekir.⁴ Hemşirelerin iletişim becerilerinin iyi olmasının (hasta ve diğer bireylerle iyi iletişime sahip olmalarının) hastaların memnuniyet, hastalık ve tedaviye uyum, motivasyon artışı gibi pozitif etki yarattığı yapılan çalışmalarda gösterilmiştir.^{14,15} Kişilerarası ilişkilerin son derece önemli olduğu hemşirelik mesleğini seçen öğrencilerin de meslek yaşamlarına başlamadan klinik uygulama alanlarında eğitimleri devam ederken, eğitim programlarının iletişim becerilerini geliştirecek şekilde düzenlenmesi gerekmektedir.^{15,16}

Araştırmamızda klinik uygulamaya çıkan öğrenci hemşirelerin iletişim beceri düzeylerinin belirlenmesi ve iletişim becerilerini etkileyen faktörlerin incelenmesi amaçlanmaktadır.

Araştırmanın soruları:

- Klinik uygulamaya çıkan Öğrenci hemşirelerin iletişim beceri düzeyleri nasıldır?
- Klinik uygulamaya çıkan öğrenci hemşirelerin iletişim becerilerini etkileyen faktörler nelerdir?

Gereç ve Yöntem

Araştırmanın Tipi: Çalışmamız kesitsel ve tanımlayıcı özellikte olup, Şubat-Mart 2014 tarihlerinde Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü 2.,

3., 4. sınıf öğrencilerinden (n=347) klinik uygulamaya çıkan, iletişim ile ilgili dersi almış (kişilerarası ilişkiler dersi), çalışmaya katılmaya gönüllü olan n=179 öğrenci üzerinde yürütüldü.

Veri Toplama Araçları: Verilerin toplanmasında araştırmacılar tarafından hazırlanan ve öğrencilerin çeşitli sosyo-demografik tanımlayıcı özelliklerinin ve iletişimle ilgili düşüncelerinin sorgulandığı bir anket formu ile “İletişim Becerileri Envanteri” kullanıldı.

İletişim Becerileri Envanteri: Ersanlı ve Balcı tarafından 1998 yılında geliştirilen “İletişim Becerileri Envanteri” her biri 5 seçenekli likert tipi (Her zaman=5, Genellikle=4, Bazen=3, Nadiren=2 ve Hiçbir zaman=1) cevaplar içeren 45 maddeden ve 3 alt boyuttan (zihinsel, duygusal ve davranışsal) oluşmaktadır. Alt boyutların her biri 15'er madde içermektedir. 1,3,6,12,15,17,18,20,23,24,26, 28,33,37,45. maddeler ölçeğin “zihinsel beceriler” alt boyutunu, 5, 9, 11, 27, 29, 31, 34, 35, 36, 38-40, 42-44. maddeler ölçeğin “duygusal beceriler” alt boyutunu, 2, 4, 7, 8, 10, 13, 14, 16, 19, 21, 22, 25, 30, 32, 41. maddeler ölçeğin “davranışsal beceriler” alt boyutunu sorgulamaktadır. Ölçek puanlarının hesaplanması alt boyutlara giren maddelerin toplam puanlarının hesaplanmasına dayalıdır, 15'er madde içeren her bir alt ölçekten alınabilecek en yüksek puan 75 en düşük puan ise 15'dir. Toplam puan benzer şekilde 45 maddenin toplanmasıyla bulunur ve alınabilecek en yüksek puan 225'dir. Yüksek puan bireyin daha iyi iletişim becerisine sahip olduğunu gösterir.¹⁷

Verilerin Analizi: Araştırma sonuçları Ortalama \pm Standart Sapma ya da Sayı (Yüzde) olarak gösterildi. Niceliksel verilerin normal dağılıma uygunluğu Tek Örneklem Kolmogorov Smirnov Test ile incelendi. İletişim Becerileri Envanterine Güvenirlilik Analizi (Reliability Analysis) uygulanarak Cronbach alfa katsayısı

hesaplandı. Ölçeğe ilişkin Cronbach's alpha katsayısı 0,78 olarak bulundu ve buna göre ölçek oldukça güvenilir olarak değerlendirildi. İki kategoriden oluşan değişkenlerin kategorileri arasında ölçek skorlarının karşılaştırılmasında Mann Whitney U Testi kullanıldı. Kategori sayısı ikiden fazla olan değişkenlerin kategorileri arasında ölçek skorlarının karşılaştırılmasında ise Kruskal Wallis Testi kullanıldı, anlamlı farklılık bulunduğu farklılığın hangi kategoriler arasında olduğunu belirlemede ise Bonferroni düzeltilmeli Mann Whitney U Testi kullanıldı. Yaş ile ölçek skorları arasındaki ilişkileri incelemede Spearman Korelasyon Analizi kullanıldı. İstatistiksel analizler SPSS 20.0 istatistiksel paket programı kullanılarak yapıldı. İstatistiksel anlamlılık sınır değeri olarak $p < 0.05$ kabul edildi.

Araştırmanın Etik Yönü: Anketin öğrenciler üzerinde uygulanabilmesi için Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekanlığından yazılı izin alınmıştır. Öğrenciler anketi doldurmadan önce çalışmanın amacı açıklanmış olup anketi doldurmayı kabul eden gönüllüler çalışmaya dahil edildi.

Bulgular

Çalışmaya katılan n=179 öğrencinin yaş ortalaması $20,7 \pm 1,1$, %90,5'ini kız öğrenciler oluşturmaktadır. Öğrencilerin büyük çoğunluğunun yaşadığı yer ilçe, şehir ve büyükşehir iken, %14'lük kısmının köydür. Anne ve baba eğitimine baktığımızda, annelerin %83,8'i, babaların %59,8'i ilköğretim ve altı eğitim düzeyindedir. Üniversite eğitimleri sırasında öğrencilerin %38'i devlet yurdunda, %6,7'si ise aileleriyle birlikte yaşamaktadır. Öğrencilerin %8,9'unun sigara, %12,8'inin alkol kullanmaktadır. %69,3'ü hemşirelik bölümünü isteyerek tercih etmiş olup tercih nedenlerinin başında (%61,5) kolay iş bulabileceğini düşünüyor olmaları gelmektedir. Öğrencilerin %75,4'ü hemşirelik bölümünde okumaktan memnundurlar (Tablo 1).

Tablo 1. Hemşirelik öğrencilerinin incelenen sosyo-demografik tanımlayıcı özellikleri

		n	%
Cinsiyet	Kız	162	90,5
	Erkek	17	9,5
Yaşadığı yer	Köy	25	14,0
	Kasaba	14	7,8
	İlçe	49	27,4
	Şehir	45	25,1
	Büyükşehir	46	25,7
Mezun olunan lise	Düz	95	53,1
	Anadolu	74	41,3
	Sağlık meslek	1	0,6
	Meslek	8	4,5
	Öğretmen	1	0,6
Sınıf düzeyi	II	83	46,4
	III	75	41,9
	IV	21	11,7
Anne eğitim	İlköğretim ve altı	150	83,8
	Lise ve üstü	29	16,2
Baba eğitim	İlköğretim ve altı	107	59,8
	Lise ve üstü	72	40,2
Üniversite eğitimi sırasında kalınan yer	Aile	12	6,7
	Devlet yurdu	68	38,0
	Özel yurt	45	25,1
	Evde tek	6	3,4
	Evde ark	48	26,8
Sigara kullanım durumu	Evet	16	8,9
	Hayır	163	91,1
Alkol kullanım durumu	Evet	23	12,8
	Hayır	156	87,2
Hemşirelik bölümünü isteyerek mi tercih ettiği	Evet	124	69,3
	Hayır	55	30,7
Hemşirelik bölümünü tercih nedeni	Sevdiğim için	47	26,3
	Aile istediğinden	20	11,2
	Kolay iş	110	61,5
	Diğer	2	1,1
Hemşirelik bölüm memnuniyeti	Evet	135	75,4
	Hayır	44	24,6

Öğrencilerin iletişimle ilgili çeşitli düşüncelerini sorguladığımızda; %87,2'si insanlarla, %91,1'i hastalarla iletişimlerinin iyi olduğunu düşünmekte olup, hasta ile iletişimde sorun yaşayanların oranı %17,9'dur. Öğrencilerin %59,2'si klinik

uygulamalarda sağlık personelinin olumsuz davranışlarının hasta ile iletişimlerini olumsuz etkilediğini düşünmektedir. Okulda alınan iletişim ile ilgili derslerin klinik uygulamalarında faydalı olduğunu düşünen öğrencilerin oranı %33'dür (Tablo 2).

Tablo 2. Öğrencilerin iletişimle ilgili çeşitli düşüncelerinin sorgulanma dağılımı

		n	%
İnsanlar ile iletişiminizin iyi olduğunu düşünüyor musunuz?	Evet	156	87,2
	Hayır	23	12,8
Hastalar ile iletişiminizin iyi olduğunu düşünüyor musunuz?	Evet	163	91,1
	Hayır	16	8,9
Hasta ile iletişimde sorun yaşıyor musunuz?	Evet	32	17,9
	Hayır	147	17,9
Klinik uygulamaları sırasında, uygulama alanında çalışan sağlık personelinin size olan davranışları, sizin hasta ile iletişiminizi olumsuz etkiliyor mu?	Hayır	73	40,8
	Evet	106	59,2
Okulda iletişim ile ilgili almış olduğunuz derslerin klinik uygulama alanında size yararı olduğunu düşünüyor musunuz?	Hayır	34	19,0
	Evet	59	33,0
	Kısmen	86	48,0

Öğrencilerin iletişim becerileri envanterinin alt boyut skorları ve toplam skoruna baktığımızda; en yüksek skor *zihinsel beceriler* alt boyutundan

(59,1±6,2) elde edilirken en düşük skor *duygusal beceriler* alt boyutundan (53,0±5,5) elde edilmiştir (Tablo 3).

Tablo 3. İletişim becerileri envanterinin alt boyut ve toplam skoru

	Ortalama ± SD	Minimum	Maksimum
Zihinsel Beceriler	59,1±6,2	43	75
Duygusal Beceriler	53,0±5,5	39	71
Davranışsal Beceriler	55,8±5,8	38	69
Toplam Skor	168,0±14,5	122	209

Öğrencilerin yaş, cinsiyet, yaşanılan yer, anne ve baba eğitimi, sınıf düzeyi, sigara ve alkol kullanma durumu ile iletişim becerileri envanterinin alt boyut skorları ve toplam skoru karşılaştırıldığında; sadece alkol kullanmayanların zihinsel beceri skoru (59,5±6,0) alkol kullananlardan (56,2±6,6)

anlamli olarak yüksek bulundu (p=0,035). Bunun dışında yaş, cinsiyet, yaşanılan yer, anne ve baba eğitim durumu, sınıf düzeyi, sigara kullanma durumu değişkenlerinin *zihinsel beceri* (p>0,05), *duygusal beceri* (p>0,05), *davranışsal beceri* (p>0,05) ve *toplam beceri* (p>0,05) ölçek skorlarını etkilemediği bulundu (Tablo 4).

Tablo 4. Öğrencilerin incelenen sosyo-demografik tanımlayıcı özellikleri ile iletişim becerileri envanterinin alt boyut skorları ve toplam skorunun karşılaştırılması

		Zihinsel Beceriler	Duygusal Beceriler	Davranışsal Beceriler	Toplam Skor
Cinsiyet	Kadın (n=162)	59,3±5,9	53,0±5,4	55,9±5,7	168,3±13,9
	Erkek (n=17)	56,7±8,3	53,2±6,6	55,0±7,4	165,0±19,5
	p	0,077	0,959	0,567	0,244
Yaşanılan yer	Köy (n=25)	58,9±6,8	52,7±5,9	55,2±5,8	166,8±15,0
	Kasaba (n=14)	57,4±6,6	52,4±6,1	55,6±6,2	165,5±16,9
	İlçe (n=49)	60,1±6,2	54,3±5,2	57,2±6,4	171,7±14,0
	Şehir (n=45)	58,6±6,7	53,2±5,1	55,5±5,6	167,3±14,7
	Büyükşehir (n=46)	59,0±5,3	51,8±5,8	55,0±5,1	165,9±13,5
	p	0,516	0,307	0,250	0,292
Anne eğitimi	İlköğretim ve altı (n=150)	59,0±6,0	52,8±5,6	55,6±5,7	167,5±14,2
	Lise ve üstü (n=29)	59,4±7,3	54,3±5,2	56,8±6,4	170,5±16,0
	p	0,697	0,223	0,201	0,334
Baba eğitimi	İlköğretim ve altı (n=107)	59,3±6,3	52,8±5,7	55,9±6,1	168,1±14,8
	Lise ve üstü (n=72)	58,7±6,1	53,3±5,4	55,6±5,5	167,7±14,0
	p	0,552	0,516	0,662	0,934
Sınıf düzeyi	II (n=83)	59,1±5,5	53,4±5,5	55,5±5,5	168,0±13,6
	III (n=75)	59,6±6,8	52,9±5,6	56,5±6,1	169,0±15,2
	IV (n=21)	57,2±6,5	51,7±5,4	54,7±6,0	163,8±15,2
	p	0,363	0,542	0,348	0,484
Sigara kullanımı	Hayır (n=163)	59,3±6,2	52,9±5,6	56,0±5,8	168,3±14,7
	Evet (n=16)	56,6±6,0	53,8±4,3	53,6±5,7	164,1±12,0
	p	0,078	0,455	0,144	0,215
Alkol kullanımı	Hayır (n=156)	59,5±6,0	53,0±5,6	56,1±5,5	168,8±14,3
	Evet (n=23)	56,2±6,6	53,3±4,8	53,8±7,3	163,3±15,5
	p	0,035	0,816	0,357	0,132
Yaş*		r=-0,038 ; p=0,618	r=0,004; p=0,956	r=0,012; p=0,869	r=0,002; p=0,976

* Spearman korelasyon analizi

Öğrencilerin iletişimle ilgili düşünceleri ile iletişim becerileri envanterinin alt boyut skorları ve toplam skorunun karşılaştırılmasına baktığımızda; okulda iletişim ile ilgili alınan derslerin yararlı olduğunu düşünenlerin “*zihinsel beceri* (p=0,012)”, “*davranışsal beceri* (p=0,020)” ve “*toplam beceri* (p=0,046)” skoru anlamlı olarak yüksek bulundu, “*duygusal beceri* (p=0,448)” skorunda fark bulunmadı. Okulda iletişim ile ilgili alınan derslerin klinik uygulama alanında yararı olduğunu düşünenlerin, *zihinsel, davranışsal ve toplam beceri* skorları hayır ve kısmen yanıtı verenlerden anlamlı olarak yüksek bulundu (p<0,05). Kısmen ve hayır yanıtı

verenler arasında *zihinsel, davranışsal ve toplam beceri* skorları açısından anlamlı fark bulunmadı (p>0,05). İnsanlar ile iletişimlerinin iyi olduğunu düşünenlerin *davranışsal beceri* skoru, iyi olmadığını düşünenlerden anlamlı olarak yüksek bulundu (p=0,018). İnsanlar ile iletişimlerinin iyi olduğunu düşünenlerin *zihinsel beceri* ve *toplam beceri* skorları, iyi olmadığını düşünenlerden yüksek fakat istatistiksel anlamlılığa yakın bulundu (p=0,065 ve p=0,057). İnsanlar ile iletişimlerinin iyi olduğunu düşünenlerin ve düşünmeyenlerin *duygusal beceri* skorları arasında anlamlı fark bulunmadı (p=0,627). Hastalar ile iletişimlerinin iyi olduğunu

düşünenlerin *davranışsal beceri* skoru, iyi olmadığını düşünenlerden anlamlı olarak yüksek bulundu ($p=0,010$). Hastalar ile iletişimlerinin iyi olduğunu düşünenlerin *zihinsel beceri* ve *toplam beceri* skorları iyi olmadığını düşünenlerden yüksek fakat

istatistiksel anlamlılığa yakın bulundu ($p=0,081$ ve $p=0,136$). Hastalar ile iletişimlerinin iyi olduğunu düşünenlerin ve düşünmeyenlerin *duygusal beceri* skoru arasında anlamlı fark bulunmadı ($p=0,450$) (Tablo 5).

Tablo 5. Öğrencilerin iletişimle ilgili düşünceleri ile iletişim becerileri envanterinin alt boyut skorları ve toplam skorunun karşılaştırılması

		Zihinsel Beceriler	Duygusal Beceriler	Davranışsal Beceriler	Toplam Skor
Okulda iletişim ile ilgili alınan derslerin yararı olduğunu düşünüyor musunuz?	Hayır	57,7±7,2	53,7±6,2	53,3±7,3	164,8±18,3
	Kısmen	58,3±5,8	52,6±5,5	55,8±5,1	166,8±13,5
	Evet	60,9±5,8	53,2±5,1	57,2±5,5	171,4±12,8
p		0,012	0,448	0,020	0,046
İnsanlar ile iletişiminizin iyi olduğunu düşünüyor musunuz?	Hayır	57,2±6,1	52,9±6,9	53,4±5,6	163,6±15,6
	Evet	59,3±6,2	53,0±5,3	56,1±5,8	168,6±14,3
p		0,065	0,627	0,018	0,057
Hastalar ile iletişiminizin iyi olduğunu düşünüyor musunuz?	Hayır	57,1±5,3	54,1±6,8	52,4±5,4	163,6±14,3
	Evet	59,2±6,3	52,9±5,4	56,1±5,8	168,4±14,5
p		0,081	0,450	0,010	0,136

Tartışma

Öğrenci hemşirelerin iletişim beceri düzeylerinin belirlenmesi, klinik uygulamalarda iletişim becerilerini etkileyen faktörlerin incelenmesi, mezuniyet öncesi iletişim becerilerini artırmaya yönelik eğitim gereksinimlerinin saptanması açısından önemlidir.

Çalışmamızda öğrencilerin %75,4'ünün hemşirelik bölümde okumaktan memnun olduğu, %69,3'ünün hemşirelik bölümünü isteyerek tercih ettiği ve tercih nedenlerinin başında (%61,5) kolay iş imkanı düşüncesi olduğu bulunmuştur (Tablo 1). Hemşirelik bölümü öğrencileri üzerinde yürütülen bir çalışmada öğrencilerin %71,4'ünün hemşire olmaya istekli oldukları ve hemşirelik mesleğini orta derecede prestijli bulduğu için tercih ettiği belirlenmiştir.¹⁸ Ünlü ve arkadaşlarının¹⁹ yaptığı çalışmada öğrencilerin %56,0'ının

mesleği severek tercih ettiği, %42,7'sinin iş bulma imkanının fazla olması nedeniyle tercih ettiği belirlenmiştir. Günümüzde sağlık alanında çalışacak hemşire ihtiyacının fazla olması nedeniyle mezuniyet sonrası işe girme sürecinin diğer meslek gruplarına göre daha hızlı ve kolay olması gibi etkenlerin öğrencilerin hemşirelik bölümünü isteyerek tercih etmelerinde önemli rolü olduğu düşünülmektedir.

Öğrencilerin iletişimle ilgili çeşitli düşüncelerini sorguladığımızda; öğrencilerin %87,2'si insanlarla, %91,1'i hastalarla iletişimlerinin iyi olduğunu düşünmekte olup, hasta ile iletişimde sorun yaşayanların oranı %17,9 olduğu bulunmuştur (Tablo 2). Tutuk ve arkadaşlarının¹⁴ çalışmasına göre öğrencilerin %37,2'si insanlarla ilişkilerinde güçlük yaşadıklarını, klinikte hasta ve hasta yakınları ile iletişim sorunu yaşama konusunda klinik deneyimi olmayan

birinci sınıf öğrencileri dışındaki öğrencilerin %12,6' sının çok fazla sorun yaşadığını bildirilmişken, %65,8' inin ise zaman zaman sorun yaşadığını ifade ettiği bildirilmiştir. Genel olarak baktığımızda hemşirelik bölümünü tercih eden öğrencilerin çoğunluğunun insanlarla ve hastalarla iletişimlerinin iyi olduğunu düşündüğü görülmektedir.

Öğrencilerin %59,2'si klinik uygulamalarda sağlık personelinin olumsuz davranışlarının hasta ile iletişimlerini olumsuz etkilediğini düşündüğü bulunmuştur (Tablo 2). Klinik uygulamaya çıkan (2., 3., 4. sınıf) 162 hemşirelik öğrencisi üzerinde yürütülen bir çalışmada, öğrencilerin yalnızca % 3.1'i klinik hemşirelerinin kendileriyle olan iletişimlerini "iyi" olarak, % 53.1' i "ne iyi-ne kötü", % 43.8'i ise "kötü" ya da "çok kötü" olarak ifade ettiği belirlenmiştir.²⁰ Akyüz ve arkadaşlarının²¹ çalışmasında hemşirelerin çalışma süreleri yükseldikçe öğrencilerin klinikteki varlıklarının iş yükünü arttırdığını düşünme oranının arttığı belirlenmiştir. Öğrenci hemşirelerin servis hemşireleri ile olan iletişim eksikliğinden dolayı klinik uygulamalarına isteyerek katılmadıkları, aynı çalışma da hemşirelerin öğrenci hemşirelerle beraber uygulama yaparken öğrencilerin hata yapmasından endişe duyduklarını (% 69) ifade ettikleri belirlenmiştir.²² Klinik hemşirelerinin ve sağlık personelinin yoğun çalışma koşulları, öğrenci hemşirelere klinik uygulamalarda hata yapmamaları için takip etmek zorunda olmaları gibi nedenlerle öğrencileri ek bir iş yükü olarak görmeleri, öğrencilerle iletişim sorunu yaşamalarına ve bu durumda öğrencilerin hasta ile olan iletişimini olumsuz etkilemesine sebep olduğu düşünülmektedir.

Çalışmamızda okulda alınan iletişim ile ilgili derslerin klinik uygulamalarda faydalı olduğunu düşünen öğrencilerin oranı %33'dür (Tablo 2). Sabancıoğulları ve arkadaşlarının²³ çalışmasında iletişim becerilerinin lisans eğitimiyle geliştiği saptanmıştır. 4. Sınıf hemşirelik öğrencilerinin iletişim becerilerinin 1. Sınıf

öğrencilerinden daha yüksek belirlendiği bir çalışmada, 1. ve 2. sınıfta yer alan genel ve mesleki iletişim dersleri ve diğer derslerde iletişimle ilgili konular vurgulanmasının eğitimin öğrencilerin iletişim becerilerinin gelişmesine olumlu katkı sağladığı şeklinde bildirmişlerdir.¹⁴ Ayrıca hemşirelik eğitimi sırasında uygulamalı hemşirelik derslerinde hasta-hemşire iletişimine yönelik eğitim verilmesinin hasta memnuniyetini olumlu yönde etkilediği bildirilmiştir.⁴ Klinikte hasta-hemşire iletişiminin önemi nedeniyle mezuniyet öncesi eğitim sürecinde iletişimle ilgili konuların ve derslerin müfredatta yer alması, öğrenci hemşirelerin iletişim becerilerini klinik uygulamalarda etkin kullanabilmeleri açısından öğrenciler tarafından önemsendiği görülmektedir.

Çalışmamızda öğrencilerin incelenen sosyo-demografik tanımlayıcı özellikleri (yaş, cinsiyet, yaşanılan yer, anne ve baba eğitim durumu, sınıf düzeyi, sigara ve alkol kullanma durumu) ile iletişim becerileri envanterinin alt boyut skorları ve toplam skoru karşılaştırmasında sadece alkol kullanmayanların *zihinsel beceri* skoru alkol kullananlardan anlamlı olarak yüksek bulundu (Tablo 4). İncelenen diğer sosyo-demografik tanımlayıcı özelliklerin *zihinsel, duygusal, davranışsal ve toplam beceri* ölçek skorlarını etkilemediği bulundu. Yapılan diğer çalışmalarda da çalışmamızın sonuçlarına benzer şekilde öğrencilerin incelenen sosyo-demografik özelliklerinin iletişim becerilerini etkilemediği belirlenmiştir. Ancak bu çalışmalarda alkol kullanımı ile iletişim becerileri arasındaki ilişkiye bakılmamıştır.^{15,24} Çalışmamız sonucuna göre alkol kullanan öğrencilerin *zihinsel beceri* skorunun düşük bulunması, alkol kullanımının öğrenci hemşirelerin zihinsel iletişim becerilerini olumsuz yönde etkilediğini göstermektedir.

Çalışmamızda öğrencilerin lisans eğitiminde sınıf düzeylerinin *zihinsel, duygusal, davranışsal ve toplam beceri* ölçek skorlarını etkilemediği bulundu (Tablo 4). Bingöl ve arkadaşının¹⁵ çalışmasında dört yıllık lisans eğitimi sonrasında iletişim becerilerinde artış yönünde dördüncü sınıf

lehine anlamlı fark beklenirken, fark olmadığı belirlenmiş ve ders müfredatının iletişim becerileri yönünden tekrar gözden geçirilmesi gerektiğini bildirmişlerdir. Hemşirelik öğrencilerinin iletişim becerilerine yönelik bir çalışma da sınıf düzeyi ile iletişim becerileri düzeyi arasındaki ilişkinin anlamlı bulunduğu ve birinci sınıftan üçüncü sınıfa kadar sınıf düzeyi arttıkça iletişim becerilerinde artış olduğu belirlenmiştir.¹⁴ Ülkemiz hemşirelik lisans eğitimi veren okullarında müfredatta iletişim ile ilgili derslere ve konulara yer verildiğinde iletişim becerilerindeki artışın sınıf düzeyi ile paralel olarak artabileceği, müfredatta iletişim ile ilgili derslere ve konulara yer verilmemesi durumunda ise iletişim becerilerinin sınıf düzeyinden etkilenemeyeceği düşünülmektedir.

Çalışmamızda öğrencilerin okulda iletişim ile ilgili aldıkları derslerin yararlı olduğunu düşünme durumlarının *zihinsel*, *davranışsal* ve *toplam beceri* skorunu etkilediği, *duygusal beceri* skorunu ise etkilemediği bulundu (Tablo 5). Yapılan bazı çalışmalarda ise iletişim becerilerinin lisans eğitimiyle geliştiği saptanmıştır.^{20,24} Genel olarak baktığımızda öğrencilerin okulda iletişimle ilgili aldıkları derslerin yararlı olduğunu düşünmelerinin iletişim becerilerini olumlu yönde etkilediği söylenebilir.

Okulda iletişim ile ilgili alınan derslerin klinik uygulama alanında yararı olduğunu düşünenlerin, *zihinsel*, *davranışsal* ve *toplam beceri* skorları hayır ve kısmen yanıtı verenlerden anlamlı olarak yüksek bulundu (Tablo 5). Birinci sınıf hemşirelik öğrencileri ile yapılan bir çalışmada, öğrencilerin mesleki eğitime başlarken iletişim becerileri yönünden kısmen gelişmiş oldukları bildirilmiştir.¹⁴ Kumcağz ve arkadaşlarının⁴ çalışmasında lisans ve üzeri eğitimin, hemşirelerin iletişim becerilerinin davranışsal boyutunu olumlu yönde etkilediği saptanmıştır. Öğrencilerin iletişim ile ilgili derslerin klinik uygulamalarda yararlı olduğunu düşünmeleri iletişim becerilerini olumlu yönde etkilemekte ve lisans eğitim düzeyinin mezuniyet

sonrasında iletişim becerileri üzerinde olumlu etkisinin olduğu görülmektedir.

İnsanlar ile iletişimlerinin iyi olduğunu düşünenlerin *davranışsal beceri* skoru, iyi olmadığını düşünenlerden anlamlı olarak yüksek bulundu (Tablo 5). Bir çalışmada öğrencilerden insanlarla ilişkilerinde güçlük yaşadığını bildirenlerin iletişim becerilerinin, güçlük yaşamadığını bildirenlere göre daha iyi olduğu belirlenmiştir.¹⁴ Buradan insanlarla iletişimlerinin iyi olduğunu düşünmenin davranışlara da olumlu yönde yansıdığı söylenebilir.

Hastalar ile iletişimlerinin iyi olduğunu düşünenlerin *davranışsal beceri* skoru, iyi olmadığını düşünenlerden anlamlı olarak yüksek bulundu (Tablo 5). Bir çalışmada

klinik uygulamalarda iletişimde güçlük yaşadığını bildirenler ile güçlük yaşamadığını bildirenler arasında iletişim becerileri açısından fark olmadığı belirlenmiştir.¹⁴ Hastalar ile iletişimlerinin iyi olduğunu düşünmenin davranışlara da olumlu yönde yansıdığı fakat klinik uygulamalarda öğrencilerin iletişim becerilerini etkin kullanmalarını engelleyen başka faktörlerin olabileceği söylenebilir.

Sonuç ve Öneriler

Klinik uygulamaya çıkan öğrenci hemşirelerin iletişim becerileri değerlendirildiğinde, hastalar ve insanlarla olan iletişimlerine ilişkin olumlu düşünceye sahip öğrencilerin davranışsal iletişim becerileri, alkol kullanmayanların ise zihinsel iletişim becerileri daha yüksek olup, okulda iletişimle ilgili alınan dersler zihinsel ve davranışsal iletişim becerisini yükseltmek toplam iletişim becerisini iyileştirir.

Elde edilen sonuçlar doğrultusunda aşağıdaki sonuçlar önerilebilir:

1. Mevcut hemşirelik lisans eğitimi ders müfredatı yeniden gözden geçirilerek, iletişim ile ilgili eğitim içeriği ve uygulamalı eğitim yöntemlerinin ders müfredatındaki konulara sınıfların düzeylerine uygun olacak şekilde düzenli yerleştirilmesi,

2. Diksiyon ve hitabet, psikodrama, yaratıcı drama vb. zihinsel, duygusal ve davranışsal iletişim becerilerinin etkin kullanılmasını ve artırılmasını sağlayacak derslerin müfredatta seçmeli ya da zorunlu ders olarak eklenmesi ve bu alanlarda uzman eğitimciler tarafından uygulamalı olarak derslerin verilmesi,

3. Alkol vb. zararlı alışkanlıklar konusunda mezuniyet öncesi öğrencilerin farkındalığını artırmak amacıyla iletişim ders konuları içerisinde “alkol ve iletişim” konusuna da yer verilmesi gerekliliği önerilmektedir.

Yazarların Katkıları

Çalışma tasarımı: H KS, NG D, BÖ

Veri toplama ve/ veya analizi: H KS, NG D, BÖ

Makalenin hazırlanması: H KS, NG D, BÖ

Kaynaklar

1. Üstün B. Çünkü iletişim Çok Şeyi Değiştirir. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2005; 2: 88-94.
2. Tiryaki HŞ, Taşkın FY, Pekşen ÖÜ. Hizmet İçi Eğitim Hemşirelerinin İletişim Beceri Düzeyleri. Journal of Psychiatric Nursing 2013;4(1):13-20
3. Çelik Ç. İlköğretim okulu müdürlerini iletişim becerileri ile tükenmişlik düzeyleri arasındaki ilişki (Gaziantep İli Merkez İlçeleri Örneği). [Yayınlanmamış yüksek lisans tezi] Gaziantep: Gaziantep Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü; 2007.
4. Kumcağız H, Yılmaz M, Çelik SB, Avcı İA. Hemşirelerin iletişim becerileri: Samsun ili örneği. Dicle Tıp Dergisi 2011; 38 (1): 49-56
5. Korkut F. Yetişkinlere yönelik iletişim becerileri eğitimi. Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi 2005; 28: 143-149.
6. Uyer G. Hemşire - Hasta İletişimi ve İletişimin Hasta Yönünden Önemi. Türkiye Klinikleri Tıp Etiği 2000; 8: 88-94.

7. Yılmaz S, Hacıhasanoğlu R, Çiçek Z. Hemşirelerin genel ruhsal durumlarının incelenmesi. Sted 2006; 15:92-97.
8. Suikkala A, Leino-Kilpi H. Nursing student-patient relationship: a review of the literature from 1984 to 1998. J Adv Nurs 2001;33:42-50.
9. Aydın MF, Argun MŞ. Bitlis Eren Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü Öğrencilerinin Hastane Uygulamalarından Beklentileri ve Karşılaştıkları Sorunlar. Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 2010; (1):4
10. Karadağ G, Kılıç SP, Ovayolu N, Özlem Ovayolu, Hülya Kayaaslan H. Öğrenci Hemşirelerin Klinik Uygulamada Karşılaştıkları Güçlükler ve Klinik Hemşireler Hakkındaki Görüşleri. TAF Prev Med Bull 2013;12(6):665-672
11. Atay S, Yılmaz F. Sağlık yüksekokulu öğrencilerinin ilk klinik stres düzeyleri. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi 2011; 14(4): 32-37
12. Dunn SV, Hansford B. Undergraduate nursing students' perception of their clinical learning environment. J Adv Nurs. 1997; 25(6):1299-306.
13. Arifoğlu B, Razi GS. Birinci Sınıf Hemşirelik Öğrencilerinin Empati ve İletişim Becerileriyle İletişim Yönetimi Dersi Akademik Başarı Puanı Arasındaki İlişki. DEUHYO ED 2011,4(1): 7-11
14. Tutuk A, Al D, ve Doğan S. “Hemşirelik Öğrencilerinin İletişim Becerisi ve Empati Düzeylerinin Belirlenmesi”. C. Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi 2002;6:36-41.
15. Bingöl G, Demir A. Amasya sağlık yüksekokulu öğrencilerinin iletişim becerileri. Göztepe Tıp Dergisi 2011; 26(4):152-159.
16. Kuzu A. “Hemşirelik Öğrencilerinin Duygusal Zeka ve İletişim Becerilerin Eşdeğer Öğrenim Gören Öğrencilerle Karşılaştırmalı Olarak Değerlendirilmesi” Düzce Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

- (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi),
Düzce, (2008).
17. Ersanlı K, Balcı S. İletişim Becerileri Envanterin Geliştirilmesi: Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi 1998;2(10):7-12.
 18. Erbil N, Kahraman AN, Bostan Ö. Hemşirelik Öğrencilerinin İlk Klinik Deneyim Öncesi Anksiyete Düzeylerinin Belirlenmesi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2006; 9(1).
 19. Ünlü S, Özgür G, Gümüş AB. Hemşirelik yüksekokulundaki öğrencilerin hemşirelik mesleği ve eğitimi ile ilgili görüş ve beklentileri. E.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2008; 24(1): 43-56.
 20. Kaya A, Gözüm S, Kaya A, Ünsal A, Unlu F. Hemşirelik Öğrencileri Gözüyle Klinik Hemşireleri. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2000;3(1).
 21. Akyüz A, Tosun N, Yıldız D, Kılıç A. Klinik Öğretimde Hemşirelerin, Kendi Sorumluluklarına ve Hemşirelik Öğrencilerinin Çalışma Sistemine İlişkin Görüşleri. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni 2007;6(6).
 22. Aydın MF, Argun MŞ. Bitlis Eren Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü Öğrencilerinin Hastane Uygulamalarından Beklentileri ve Karşılaştıkları Sorunlar. Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 2010;1(4).
 23. Sabancıoğulları S, Kelleci M, Doğan S, Gölbaşı Z. Entegre Eğitim Programında Öğrenim Gören Hemşirelik Öğrencilerinin Empatik Eğilim Düzeylerinin Yıllara Göre İncelenmesi. C.Ü Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2007;11(2):1-6.
 24. Tepeköylü Ö, Soytürk M, Çamlıyer H. Beden Eğitimi ve Spor Yüksekokulu (Besyo) Öğrencilerinin İletişim Becerisi Algılarının Bazı Değişkenler Açısından İncelenmesi, Spormetre Beden Eğitimi ve Spor Bilimleri Dergisi, 2009;7:115-124.

Hemşirelik Öğrencilerinin Yeme Tutumları ve Obsesif-Kompulsif Belirtileri

Eating Attitudes and Obsessive-Compulsive Symptoms of Nursing Students

Esra USTA^a, Elvan SAĞLAM^b, Sevim ŞEN^c, Dilek AYGİN^d, Havva SERT^e

ÖZET Amaç: Bu çalışma, hemşirelik öğrencilerinin yeme tutumları ve obsesif-kompulsif belirtilerini değerlendirmek amacıyla tanımlayıcı olarak gerçekleştirildi. **Yöntem:** Çalışma, bir vakıf ve bir devlet üniversitesinde, Şubat-Mart 2013 tarihleri arasında, çalışmaya katılmayı kabul eden 270 hemşirelik öğrencisi ile yapıldı. Sosyo-demografik özellikleri içeren soru formu, Maudsley Obsesif Kompulsif Soru Listesi (MOKSL) ve Yeme Tutumu Testi (YTT) kullanılarak toplanan verilerin analizi bilgisayar ortamında parametrik ve nonparametrik testler kullanılarak yapıldı. **Bulgular:** Yaş ortalaması 20.89±1.54 olan öğrencilerin %88.1'i kadın, %33.7'si 3. sınıf, %32.2'si 2. sınıf, %67.8'i devlet üniversitesinde öğrenim görmektedir. Beden kitle indeksi ortalaması 21.48±3.12 olan öğrencilerin %75.9'u normal, %12.2'si kilolu+obez, %11.9'u zayıftır. YTT toplam puan ortalamasının 15.66±8.50 olduğu ve öğrencilerin %5.6'sında yeme bozukluğu olduğu belirlendi. MOKSL toplam puan ortalaması ise 15.46±5.65 idi. Cinsiyet, öğrenim görülen okul, kalınan yer ve anne-baba eğitim düzeyinin öğrencilerin yeme tutumlarını ve obsesif-kompulsif belirtilerini etkilemediği görüldü (p>0.05). Beden kitle indeksine göre kilolu+obez olanların, normal olanlara göre YTT puanları anlamlı düzeyde yüksekti (p=0.049). Öğrenim görülen sınıflar ile MOKSL toplam (p=0.004), kontrol etme (p=0.005) ve yavaşlık (p=0.009) alt boyutlarında anlamlı fark vardı. MOKSL toplam puanının, gelir düzeyi (p=0.009) ve yaş (p=0.001) ile negatif yönde ilişkili olduğu belirlendi. Ayrıca, öğrencilerin YTT puanları ile MOKSL toplam (p=0.001) ve kontrol etme (p=0.001), yavaşlık (p=0.001), ruminasyon (p=0.001) alt boyutları arasında çok zayıf düzeyde pozitif korelasyon olduğu görüldü. **Sonuç:** Obezitenin yeme tutumuyla ilişkili olduğu, öğrenim görülen sınıfın, yaşın, aile gelir düzeyinin öğrencilerin obsesif-kompulsif belirtilerini etkilediği, yeme davranışı bozuldukları obsesif kompulsif belirtilerin görülme düzeyinin arttığı sonucuna varıldı.

Anahtar kelimeler: Hemşirelik, obsesif kompulsif belirtiler, öğrenci, yeme bozukluğu

ABSTRACT Objective: This study was carried out to evaluate eating attitudes and obsessive-compulsive symptoms of nursing students. **Method:** This study was performed with 270 nursing students between February-March 2013, in a foundation university and a state university. Analyses of data, which were collected using social-demographics questionnaire form, Maudsley Obsessive-Compulsive Question Form and Eating Attitudes Test, were performed with parametric and non-parametric tests. **Results:** Mean age of participants was 20.89±1.54, 88.1% were women, 33.7% were student in third class, 32.2% were student in second class and 67.8% were having education in state university. Mean body mass index was 21.48±3.12 and according to weights 75.9% were normal, 12.2% were obese, 11.9% were weak. Mean score for EAT was 15.66±8.50 and %5.6 of students have eating disorder. Mean score for MOCQ was 15.46±5.65. It was noted that eating attitudes and obsessive-compulsive signs were not effected by sex, school of education, residence and parents educational status (p>0.05). EAT scores of obese and over weighted students were significantly higher than normal weighted students (p=0.049). There was a significant difference between class of education and total MOCQ score (p=0.004), controlling (p=0.005) and slowness (p=0.009) sub-dimensions. There was a negative correlation between total MOCQ score and income (p=0.009) and age (p=0.001). In addition, very weakly positive

Geliş Tarihi/Received: 05.01.2015 Kabul Tarihi/Accepted: 14.05.2015

^a Yazışma Adresi/ Correspondence: Öğr.Gör.MSc, Düzce Üniversitesi Sağlık Hizmetleri MYO, esrakilliklioglu@hotmail.com, Adres: Düzce Üniversitesi Konuralp Yerleşkesi Sağlık Hizmetleri MYO-Düzce Merkez

^b Öğr.Gör.MSc, Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sağlık Yüksek Okulu, elvanatalan@gmail.com

^c Uzm. Hemş., İstanbul İl Ambulans Servisi Adalar 1 Nolu Acil Yardım İstasyonu, sen_sevim@yahoo.com

^d Doç. Dr. Sakarya Üniversitesi Sağlık Yüksek Okulu, daygin@sakarya.edu.tr

^e Yard. Doç. Dr. Sakarya Üniversitesi Sağlık Yüksek Okulu, hsert@sakarya.edu.tr

II. Uluslararası Katılımlı Kadın & Sağlık Kongresi'nde poster bildiri olarak sunulmuştur. (13-16 Mayıs 2013, Sakarya Üniversitesi, Sakarya)

correlations between EAT scores and total MOCQ scores ($p=0.001$), controlling ($p=0.005$), slowness ($p=0.009$), rumination ($p=0.001$) sub-dimensions were noted. **Conclusion:** Obesity is related with eating attitude, obsessive-compulsive signs were effected by educating class, age and family income. An increase was noted in frequency of obsessive-compulsive signs along with eating attitude disorders.

Keywords: Nursing, obsseive-compulsive symptoms, student, eating disorder

Giriş

Yeme bozuklukları tıbbi, sosyal ve psikolojik sorunlara yol açan, yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyen yeme davranışları bozukluklarıdır.¹ DSM-V ölçütlerine göre yeme bozuklukları Anoreksiya Nervosa (AN), Bulimiya Nervosa (BN) ve Tıkanırcasına Yeme Bozukluğu (TYB) olarak sınıflandırılmaktadır.² Anoreksiya nervosa, yaş ve boy uzunluğu için beklenen en düşük ya da bunun üzerindeki bir beden ağırlığına sahip olmayı reddetme, kilo almaktan aşırı korkma, vücut imgesinde bozukluk semptomlarını içermektedir. Bulimiya nervosa ise tekrarlayan epizotlar halinde aşırı yemek yeme ve ardından da kusma, laksatif ve diüretiklerin kullanımı veya aşırı derecede egzersiz yapma gibi bunu kompanse edici davranışlarla karakterizedir. Tıkanırcasına yeme bozukluğu ise aç olunmasa dahi kısa bir süre içinde çok fazla yemek yeme olarak tanımlanmaktadır.²

Yeme bozukluklarının klinik örneklem ve toplum içinde görülme yaygınlığı açısından farklılıklar bulunmaktadır.³ Farklı toplumlarda farklı yaygınlık oranlarının görüldüğü bildirilmekte ve sanayileşme, beslenme alışkanlıklarının değişmesi, kent yaşamı, medya etkisi ve kültürler arası karşılaşmaların/etkileşimlerin yaygınlaşması gibi nedenlerle batı toplumları ile doğu toplumları arasında görülme yaygınlığı açısından farklar olduğu bildirilmektedir.⁴

Yapılan çalışmalarda lise ve üniversite öğrencilerinin yeme bozukluğu açısından yüksek riskli gruplar arasında olduğu gösterilmektedir.^{1,5,6} Cinsiyet açısından incelendiğinde, kadın popülasyonunda yeme bozukluklarının erkeklere göre %90 gibi yüksek bir oranda

daha fazla görüldüğü belirtilmektedir.^{7,8} Hoek ve Hoeken⁹ çalışmalarında, AN'nın görülme sıklığı ile ilgili en önemli artışın 15-24 yaş grubunda ve kızlarda olduğunu belirtmişlerdir.

Yeme bozukluklarının gelişimi; aile işlevselliği, ailede yeme bozukluğu öyküsü, duyu durum bozuklukları, alkol madde bağımlılığı, obezite, kilo ve yemek uğraşları, düşük benlik saygısı, obsesif-kompulsif bozukluk (OKB), kötü olaylara maruz kalma, çocukluk çağı cinsel taciz ve istismar gibi çok etkenli yaklaşımlarla açıklanmaktadır.^{10,11} Obsesif-kompulsif bozukluk ile yeme bozuklukları arasındaki ilişki uzun yıllardır bilinen, etyolojik, klinik, sağaltım özellikleri ile ilgili temel bilgilerin ortaya çıkarılması için üzerinde hala yoğun olarak çalışılan bir konudur. Yeme bozukluklarında, belirgin düzenli yiyeceklerle ilgili düşünceler, beden imgesi ve zayıflama arzularına ilişkin tekrarlayıcı, inatçı düşünceler obsesyona; yemeklerden kaçınma, aşırı egzersiz yapma, ritüelleşmiş yeme tutumları ise kompulsiyonlara benzetilmektedir.^{12,13}

Lisans düzeyinde sağlık eğitimi alan ve mesleki hayatları boyunca topluma yönelik sağlık eğitimi verecek, rol modeli olacak, toplumu bilinçlendirecek olan hemşirelerden öncelikle kendilerinin sağlıklı davranış biçimi göstermeleri beklenmektedir. Bu nedenle çalışmada, hemşirelik öğrencilerinde yeme bozukluklarının ve obsesif kompulsif belirtilerin incelenmesi amaçlandı.

Gereç ve Yöntem

Çalışma, hemşirelik öğrencilerinin yeme tutumları ve obsesif kompulsif belirtilerini incelemek amacıyla tanımlayıcı olarak gerçekleştirildi. Çalışmanın evrenini, gelir düzeyi farklılığının ve üniversite ortamının yeme tutumu üzerinde etkili olabileceği düşünüldüğü için bir vakıf ve bir devlet üniversitesinde hemşirelik eğitimi alan 410 (48 erkek, 362 kız) öğrenci, örneklemini ise araştırmaya katılmayı gönüllü kabul eden 270 öğrenci oluşturdu. Araştırmada örnekleme yöntemine gidilmeyip evrenin tamamına ulaşılmaya çalışıldı.

Çalışmanın yapılabilmesi için üniversitelerin yönetiminden yazılı izin ve öğrencilere çalışmanın amacı açıklanarak sözlü olarak izinleri alındı. Veri toplama aracı olarak Yeme Tutumu Testi (YTT) ve Maudsley Obsesif Kompulsif Soru Listesi (MOKSL) ve araştırmacılar tarafından geliştirilen sosyo-demografik özellikleri içeren soru formu kullanıldı. Veriler 2013 yılı Şubat-Mart aylarında toplandı.

Soru Formu: Araştırmacılar tarafından geliştirilmiş olan soru formunda cinsiyet, yaş, boy, ağırlık, öğrenim görülen sınıf, sigara ve alkol kullanımı, kronik hastalık varlığı, yaşanan yer, anne-baba eğitim düzeyi, ailenin sosyo-ekonomik düzeyi ve aile üyelerinde psikiyatrik hastalığın olup olmadığına ilişkin sorulara yer verilmiştir. Öğrencilerin boy ve ağırlık değerleri kendi bildirimleri olup, Beden Kitle İndeksi (BKİ) hesaplaması ağırlığın boyun karesine bölünmesiyle hesaplanmıştır. Elde edilen BKİ değerleri Dünya Sağlık Örgütü'nün sınıflandırmasına göre değerlendirilmiştir.¹⁴

Yeme Tutumu Testi (YTT): YTT, hem yeme bozukluğu olan hastalarda, hem de yeme bozukluğu olmayan bireylerde yeme davranışındaki olası bozuklukları değerlendirmek amacıyla Garner ve Garfinkel¹⁵ tarafından geliştirilmiş bir öz bildirim ölçeğidir. Ölçeğin Türkiye'de geçerlik ve güvenilirlik çalışması Savaşır ve Erol¹⁶ tarafından yapılmış ve Cronbach alpha güvenilirlik katsayısı 0.70 olarak

bulunmuştur. YTT, 40 maddeden oluşan, altılı likert tipi bir ölçektir ve ölçeğin kesim puanı 30 olarak saptanmıştır. YTT'de 30 puan ve üzeri bozulmuş yeme davranışını göstermektedir. Bu çalışma için test güvenilirliği Cronbach's Alpha ile değerlendirilmiş olup alpha değeri 0.67'dir.

Maudsley Obsesif Kompulsif Soru Listesi (MOKSL): MOKSL, sağlıklı kişiler ve psikiyatrik hasta gruplarında obsesif kompulsif belirtilerin türünü ve yaygınlığını ölçmek amacıyla kullanılan, Hodgson ve Rachman¹⁷ tarafından geliştirilmiş bir öz bildirim ölçeğidir. Ölçeğin orijinalinde kontrol etme, temizlik, yavaşlık ve kuşku alt boyutları varken, Türkçe formuna Erol ve Savaşır¹⁸ ruminasyon alt boyutu da eklenmiştir. Ölçek doğru ve yanlış şeklinde cevaplanacak 37 sorudan oluşmaktadır. MOKSL'dan 0-37 arasında puan alınabilmekte ve puan arttıkça obsesif kompulsif belirtilerin görülme sıklığı artmaktadır. Ölçeğin Türkçe formunun güvenilirlik çalışmasında ölçeğin tümü için Cronbach Alpha katsayısı 0.86, test-tekrar test güvenilirlik katsayısının 0.88 olduğu belirtilmektedir. Geçerlilik çalışmasında yapılan faktör analizi sonucunda ölçeğin temizlik-titizlik, obsesif düşünce ve kontrol-yavaşlık olmak üzere toplam üç faktörde toplandığı görülmüştür. Bu çalışma için ölçeğin güvenilirliği Cronbach Alpha ile değerlendirilmiş olup ölçeğin tüm maddeleri için alpha değeri 0.80'dir.

Verilerin Analizi: Araştırmadan elde edilen veriler bilgisayar ortamına aktarıldıktan sonra SPSS (21.0) paket programında analiz edildi. Sürekli değişkenler ortalama±standart sapma veya ortanca [çeyreklikler arası genişlik]; kategorik değişkenler sayı ve yüzde ile gösterildi. Sürekli değişkenlerin dağılımının normal olup olmadığını değerlendirmek için Kolmogorov-Smirnov testi kullanıldı. İstatistiksel karşılaştırmalarda Mann-Whitney-U, Kruskal-Wallis H testi, Bağımsız iki örneklem t testi, Tek yönlü varyans analizi, tamamlayıcı hesaplardan

Scheffe testi kullanıldı. İki ölçek arasındaki korelasyon Pearson korelasyon testi kullanılarak değerlendirildi. İstatistiksel anlamlılık için güven aralığı <0,05 olarak belirlendi.

Bulgular

Yaş ortalaması 20.89±1.54 olan öğrencilerin %88.1'i kadın (n=238), %33.7'si 3. sınıf (n=91), %32.2'si 2. sınıf (n=87), %67.8'i (n=183) devlet üniversitesinde öğrenim görmektedir. %53.7'si (n=145) yurttan kalan öğrencilerin çoğunun aile geliri 1000-3000 TL arasında (%71.9, n=194) olup, anne (%56.3, n=152) ve babası (%43, n=116) ilköğretim mezunudur. Beden kitle indeksi

ortalaması 21.48±3.12 olan öğrencilerin %75.9'u (n=205) normal, %12.2'si (n=33) kilolu+obez, %11.9'u (n=32) zayıftı. Sigara (%6.3, n=17), alkol (%5.2, n=14), psikiyatrik ilaç (%1.5, n=4) kullanan ve kronik hastalığı (%4.8, n=13) olan öğrencilerin sayısının az olduğu görüldü.

YTT toplam puan ortalaması 15.66±8.50, MOKSL toplam puan ortalaması ise 15.46±5.65 idi. MOKSL alt boyutları puan ortalamaları ise; Kontrol Etme 2.57±1.87, Temizlik 4.51±1.86, Yavaşlık 2.09±1.40, Kuşku 3.47±1.37, Ruminasyon 1.31±1.27 olarak hesaplandı (Tablo1).

Tablo 1. Öğrencilerin Maudsley Obsesif Kompulsif soru listesi (MOKSL) ve yeme tutumu testinden (YTT) aldıkları puanların ortalamaları

Ölçekler	Alınan Puanlar (Ort±SS)		
	Toplam (n=270)	Kadın (n=238)	Erkek (n=32)
YTT	15.66±8.50	15.81±8.39	14.59±9.37
MOKSL Toplam	15.46±5.65	14.58±5.63	13.56±5.81
Kontrol Etme	2.57±1.87	2.58±1.91	2.47±1.76
Temizlik	4.51±1.86	4.56±1.87	4.13±1.77
Yavaşlık	2.09±1.40	2.11±1.38	2.00±1.57
Kuşku	3.47±1.37	3.50±1.37	3.25±1.41
Ruminasyon	1.31±1.27	1.34±1.27	1.17±1.32

Yeme Tutumu Testinden 30 ve üzeri puan almış olmak bozulmuş yeme davranışı olduğunu göstermektedir. Buna göre 13

kadın, 2 erkek öğrencide olmak üzere toplam 15 öğrencide (%5.6) yeme bozukluğu olduğu belirlendi (Tablo 2).

Tablo 2. Öğrencilerin YTT kesme puanına göre aldıkları puanların dağılımları

	YTT<30		YTT≥30	
	n	%	n	%
Kadın	225	94.5	13	5.5
Erkek	30	93.8	2	6.3
Toplam	255	94.4	15	5.6

Öğrencilerin sosyo-demografik özelliklerinin yeme tutumlarını etkileme durumu incelendiğinde; cinsiyet, yaş, yaşanılan yer, öğrenim görülen okul, öğrenim görülen sınıf, anne-baba eğitim düzeyi ve aile gelir durumunun öğrencilerin yeme tutumlarını etkilemediği saptandı (p>0.05). BKİ değişkenine göre YTT puan ortalamalarında istatistiksel açıdan anlamlı

bir farklılık olduğu belirlendi. Farkın kaynağını belirlemek için yapılan ileri analizde bu farkın kilolu+obez olanlardan kaynaklandığı, bu grubun aldığı YTT puanlarının normal kilolulara göre yüksek olduğu ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görüldü. (p=0.049) (Tablo 3).

Tablo 3. Sosyo-demografik özelliklerle YTT puanları arasındaki ilişki

Özellikler		n	YTT Puanı*	Test istatistiği	p
Okul	Vakıf Üniversitesi	87	16.72±8.33	t = 1.402	0.162
	Devlet Üniversitesi	183	15.16±8.54		
Cinsiyet	Kadın	238	14[9]	z = - 1.386	0.166
	Erkek	32	15[6]		
Sınıf	1.Sınıf	51	15[11]	χ^2 KW = 5.889	0.117
	2.Sınıf	87	15[11]		
	3.Sınıf	91	14[9]		
	4.Sınıf	41	16.5[7]		
BKİ	Zayıf (<18.50)	32	15.72±8.18	f=5.39	0.005
	Normal(18.50-24.99)	205	14.94±7.93		
	Kilolu+Obez (\geq 25.00)	33	20.10±10.84		
Aile gelir durumu	1000 TL Altı	50	15[12]	χ^2 KW = 1.500	0.472
	1000-3000 TL	194	14[8]		
	3000-5000 TL	26	14.5[11.75]		
Anne eğitim düzeyi	Okur Yazar Değil	46	13.50[7]	χ^2 KW = 0.259	0.879
	İlk Öğretim	152	14[8.75]		
	Orta Öğretim ve Üstü	72	14.5[13.5]		
Baba eğitim düzeyi	İlk Öğretim	116	14[9]	χ^2 KW = 0.859	0.651
	Orta Öğretim	112	14[9]		
	Lisans	42	12[8.25]		
Yaş ortalaması	20.89±1.54	270	15.66±8.50	r = -0.097	0.112

* Ortalama±Standart Sapma veya Ortanca[Çeyreklikler Arası Genişlik]

Öğrencilerin sosyodemografik özelliklerinin obsesif-kompulsif belirtilerini etkileme durumu incelendiğinde; cinsiyet, BKİ, yaşanan yer, öğrenim görülen okul ve anne-baba eğitim düzeyinin öğrencilerin obsesif-kompulsif belirtilerini etkilemediği görüldü ($p>0.05$). MOKSL toplam ve alt boyut puanları üzerinde öğrenim görülen sınıf, yaş ve aile gelir düzeyinin etkili olduğu görüldü ($p<0.05$). Öğrenim görülen sınıflara göre MOKSL toplam ($p=0.004$),

kontrol etme ($p=0.005$) ve yavaşlık ($p=0.009$) alt boyutlarında istatistiksel açıdan bir farklılık olduğu görüldü. Farkın kaynağını belirlemek için yapılan ileri analizde bu farkın 4. sınıf öğrencilerden kaynaklandığı, bu grubun aldığı MOKSL toplam, kontrol etme ve yavaşlık alt boyut puanlarının 1. ve 2. sınıf öğrencilerin aldıkları puanlardan daha düşük olduğu, aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi (Tablo 4).

Tablo 4. Öğrenim görülen sınıf ile MOKSL toplam ve alt boyut puanları arasındaki ilişki

Ölçekler	Sınıf				Test istatistiği	p	
	1.Sınıf (n=51)	2.Sınıf (n=87)	3.Sınıf (n=91)	4.Sınıf (n=41)			
MOKSL Ölçeği ve Alt Boyutları	Kontrol Etme	3[3]	3[3]	2[3]	1[2]	χ^2 KW = 12.721	0.005
	Temizlik	5[2]	4[3]	4[3]	3[3]	χ^2 KW = 6.946	0.074
	Yavaşlık	2[2]	2[2]	1[2]	1[1.50]	χ^2 KW = 11.634	0.009
	Kuşku	3[2]	3[3]	4[1]	3[2]	χ^2 KW = 3.793	0.285
	Ruminasyon	1[3]	1[2]	1[2]	1[2]	χ^2 KW = 6.267	0.099
	MOKSL Toplam	16[9]	15[10]	14[8]	12[9]	χ^2 KW = 13.221	0.004

Yaş değişkeni ile öğrencilerin MOKSL toplam ve alt boyut puanları arasında negatif yönde ilişki olduğu belirlendi. Öğrencilerin yaşı arttıkça MOKSL toplam (p=0.001), kontrol etme

(p=0.001), temizlik (p=0.001) yavaşlık (p=0.001) ve ruminasyon (p=0.010) alt boyut puanlarının düştüğü, yaş ve puanlar arasında negatif yönde çok zayıf korelasyon olduğu görüldü (Tablo 5).

Tablo 5. Öğrencilerin yaşı ile MOKSL toplam ve alt boyut puanları arasındaki ilişki (n=270)

Yaş	MOKSL Toplam	Kontrol Etme	Temizlik	Yavaşlık	Kuşku	Ruminasyon
Pearson Correlation	-0.213	-0.191	-0.191	-0.176	-0.095	-0.154
p	0.001	0.001	0.001	0.001	0.118	0.010

Tablo 6. Aile gelir düzeyi ile MOKSL toplam ve alt boyut puanları arasındaki ilişki

Ölçekler		Aile Gelir Düzeyi			Test istatistiği	p
		1000 TL Altı (n=50)	1000-3000 TL (n=194)	3000-5000 TL (n=26)		
MOKSL Ölçeği ve Alt Boyutları	Kontrol Etme	3[2]	2[3]	3[3]	χ^2 KW =6.446	0.04
	Temizlik	5[3]	4[3]	4.5[2.25]	χ^2 KW = 1.330	0.514
	Yavaşlık	3[1.25]	2[2]	3[3]	χ^2 KW =9.671	0.008
	Kuşku	4[2]	3[2]	3[3]	χ^2 KW = 3.892	0.143
	Ruminasyon	1[3]	1[2]	1[2]	χ^2 KW = 2.762	0.251
MOKSL Toplam		16.5[7]	14[9]	14.5[9.25]	χ^2 KW =9.519	0.009

Aile gelir düzeyine göre MOKSL toplam (p=0.009), kontrol etme (p=0.04) ve yavaşlık (p=0.008) alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptandı. Yapılan ileri analizde bu farkın kaynağının aile gelir düzeyi 1000 TL altı olan gruptan kaynaklandığı, bu grubun aldığı MOKSL toplam, kontrol etme ve yavaşlık alt boyut puanlarının aile gelir düzeyi 1000-3000 TL arasında olanlardan daha yüksek

olduğu aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi (Tablo 6).

Çalışma sonucuna göre, öğrencilerin YTT puanları ile MOKSL toplam (p=0.001) ve kontrol etme (p=0.001), yavaşlık (p=0.001), ruminasyon (p=0.001) alt boyutları arasında pozitif yönde çok zayıf korelasyon olduğu görüldü. Yani yeme davranışı bozuldukça obsesif kompulsif belirtilerin görülme düzeyi artmaktadır (Tablo 6).

Tablo 7. YTT ile MOKSL toplam ve alt boyut puanları arasındaki ilişki

YTT Toplam	MOKSL Toplam	Kontrol Etme	Temizlik	Yavaşlık	Kuşku	Ruminasyon
Pearson Correlation	0.214	0.220	0.107	0.244	0.073	0.212
p	0.001	0.001	0.079	0.001	0.231	0.001
n	270	270	270	270	270	270

Tartışma

Sağlık bakım profesyoneli olarak yetiştirilen öğrencilerin yeme tutumları ve obsesif kompulsif belirtilerini incelemek amacıyla yapılan çalışma sonucunda öğrencilerin bazı sosyo-demografik özelliklerinin yeme tutumlarını ve obsesif kompulsif belirtilerini etkilediği, yeme tutumu ile obsesif kompulsif belirtiler arasında ilişki olduğu belirlendi.

Öğrencilerin yeme tutum testine göre %5.6'sında yeme bozukluğu olduğu ve bu oranın konu ile ilgili yurt içi ve yurt dışı toplum merkezli yapılan çalışmada benzerlik gösterdiği saptandı.^{6,19} Konu ile ilgili yurt dışında ki öğrenci gruplarıyla yapılan çalışmalarda yeme bozukluğu görülme oranının %10'unun üzerinde olduğu²⁰⁻²² yurt içi çalışmalarda ise sonuçların % 3.8 ile %4.9 arasında değişen oranlarda olduğu ve bu çalışmanın sonuçlarına paralellik gösterdiği görülmektedir.²³⁻²⁶

Öğrencilerin BKİ'nin yeme tutumu davranışını etkilediği, kilolu ve obez olan öğrencilerin yeme tutum puanlarının normal kilolulara göre daha yüksek olduğu belirlendi ($p<0.05$). Literatürde bu sonucu destekler nitelikte çalışmalar^{21,24} olmakla birlikte aksi bulguların elde edildiği çalışmalar da^{27-29,30,31} bulunmaktadır. Lise ve üniversite öğrencileri üzerinde yapılan bazı tek aşamalı tanımlayıcı çalışmalarda BKİ ile yeme tutum puanları arasında bir ilişki bulunmazken,²⁷⁻²⁹ zayıf öğrencilerin yeme tutum puanlarının yüksek olduğu^{30,31} ya da bulgularımızı destekler nitelikte kilolu ve obez olanların yeme tutum puanlarının yüksek olduğu çalışmalara rastlanmaktadır.^{21,24} BKİ yeme davranış bozuklarından AN için önemli bir tanı kriteridir. Ancak BN ve TYB'da normal ve yüksek BKİ ile karşılaşılmaktadır. İki aşamalı ya da yeme bozukluğu tanısı almış örneklem grupları ile yapılan çalışmalarda obezlerin ya da TYB olan hastaların yeme tutum puanlarının yüksek olduğu görülmektedir.^{19,26,32} Çalışmamızda belirli bir yeme bozukluğu tanısı almamış örneklem grubu üzerinde yapılan incelemede

kilolu ve obezlerin yeme tutum puanlarının yüksek olması nedeniyle bu öğrencilerin BN ve TYB yatkınlıklarının olması mümkündür.

Yeme tutumu ile ilgili prevelans ve insidans çalışmalarında yeme davranış bozukluğunun kadınlarda, erkeklere oranla daha yüksek olduğu görülmektedir (AN, kadın:erkek oranı 19:2, BN, kadın:erkek oranı 29:1)^{1,9} Literatürde yeme bozukluklarında görülen cinsiyet farkları ile ilgili olarak sosyo-kültürel açıklamalar dikkati çekmektedir. Örneğin, toplum zayıflık güzellik gibi özellikleri kadına atfederken, güçlülük kuvvetlilik gibi özellikleri erkeğe atfetmektedir. Güzellik kavramının kadınlar için zayıflıkla ilişkilendirilmesinde medyanın etkisi büyüktür. Kitle iletişim araçları yoluyla sunulan ideal beden tasarımlarından dolayı, bununla ilgili düşünce süreçlerinde bozulmalar olduğu yağlanma korkusunun gittikçe yaygınlaştığı, bu durumun da yeme bozukluğu görülme sıklığında artışa neden olduğu düşünülmektedir.^{32,34} Bu literatür bilgisinden farklı olarak bu çalışmada cinsiyetin yeme tutumu üzerinde etkili olmadığı belirlendi ($p>0.05$). Örneklem grubundaki erkek popülasyon sayısının az olmasının böyle bir sonuca neden olabileceği düşünülmektedir. Bunun yanı sıra öğrencilerin yaşı, yaşadıkları yerin, öğrenim gördükleri okul ve sınıfın, anne-baba eğitim düzeyi ve aile gelir durumunun öğrencilerin yeme tutumlarını etkilemediği görüldü ($p>0.05$).

Obsesif-kompulsif bozukluk, genel olarak, çocukluk ve ergenlik öncesi dönemde erkeklerde daha sık görülme eğiliminde olmakla beraber, erişkin döneminde kadınlarda biraz daha fazla olabileceği çeşitli çalışmalarda gösterilmiştir.³⁵⁻³⁷ Ancak çalışmamızda cinsiyetler arasında bir farklılık bulunmamıştır ($p>0.05$).

Obsesif kompulsif bozukluğun başlangıç yaşını inceleyen çalışmalarda, genellikle bu durumun ergenlik ve 20'li yaşlarda görüldüğü bildirilmektedir.³⁶⁻³⁸ Bu çalışmada da yaş değişkeni OKB görülme

durumu ile ilişkilidir ($p<0.05$). Öğrencilerin yaşı ile MOKSL toplam, kontrol etme, temizlik, yavaşlık ve ruminasyon puanları arasında negatif yönde bir ilişki olup, yaş arttıkça OKB görülme oranı azaltmaktadır. Yaş değişkeni ile ilgili bu farklılık OKB'nin görülmesinde etkili olabilecek sosyal çevre değişikliği ile açıklanabilir. Lise ortamında üniversite hayatına geçen, farklı bir çevreye uyum sağlamaya çalışan öğrencilerde OKB belirtilerinin tetiklenmesi mümkündür.

Ailenin gelir düzeyi ile OKB'nin bağlantılı olabileceğini savunan çok az sayıda çalışma bulunmaktadır.³⁹ Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılmış epidemiyolojik alan çalışmalarında OKB'nin çoğunlukla düşük gelir düzeyine sahip kişilerde görüldüğü belirtilmektedir.^{40,41} Bu çalışmada gelir düzeyi düşük olan öğrencilerde OKB belirtilerinin görülme oranının gelir düzeyi orta seviyede olan öğrencilere göre daha yüksek olduğu belirlendi ($p<0.05$). Bu bulgu Johnson,⁴⁰ Regier ve arkadaşlarının⁴¹ çalışmalarına benzerlik gösterirken, Abay ve arkadaşları⁴² çalışmalarında, lise öğrencilerinde OKB ile aile gelir düzeyleri arasında ilişki olmadığını ifade etmişlerdir.

Çalışmada, yeme tutumu ile obsesif kompulsif belirtilerin (kontrol etme, yavaşlık, ruminasyon alt boyutları) ilişkili olduğu yeme davranışı bozuldukça obsesif kompulsif belirtilerin görülme düzeyinin arttığı saptanmıştır ($p<0.05$). OKB ve YB tanısı almış hasta gruplarıyla ya da psikiyatrik tanı almamış yetişkin, lise ve üniversite öğrencileri ile yapılan birçok çalışma sonucu bu bulguyu destekler niteliktedir. Jiménez-Murcia ve arkadaşları⁴³ AN hastalarında OKB olduğunu gösterirken, Roncera ve arkadaşları⁴⁴ BN ve TYB olan hasta grubunda OKB olduğunu bildirmiştir. OKB tanısı almış hastalar üzerinde yapılan çalışmalarda da Çelikel ve arkadaşları⁴⁵ YTT puanlarının sağlıklı kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde yüksek olduğunu, Hasler ve arkadaşları⁴⁶ da obsesif kompulsif belirtilerin kirlenme ve temizlik alt boyutunun yeme tutumu ile ilişkisi olduğunu göstermiştir. Yurt içi ve yurt dışında lise ve

üniversite öğrencileri üzerinde yapılan çalışmalar da, bu çalışma bulgularına paralellik göstermektedir. Obsesif kompulsif belirtilerin alt boyutları açısından Aslan ve Alparslan'ın²³ çalışmasından farklı olarak bu çalışmada ruminasyon alt boyutunun yeme tutumu ile ilişkili olduğu görülmüştür. Robert,²¹ Humphreys ve arkadaşları²⁰ yine bu çalışmadan farklı olarak üniversiteli kız öğrencilerin de yıkama ve düzenleme alt boyutu ile yeme tutumu arasında ilişki saptamışlardır.

Sonuç

Sağlık bakım profesyoneli olarak yetiştirilen hemşirelik öğrencilerinin yeme tutumları ve obsesif-kompulsif belirtilerini değerlendirmek amacıyla gerçekleştirilen çalışmanın sonucunda; OKB'un yaş, öğrenim görülen sınıf ve aile gelir düzeyinden etkilendiği, yeme tutumunun ise BKİ'nden etkilendiği, yeme davranışı bozuldukça obsesif-kompulsif belirtilerin görülme oranının arttığı belirlendi.

Her çalışmada olduğu gibi bu çalışmada da kuşkusuz ki sınırlılıklar bulunmaktadır. Çalışmanın üniversite öğrencilerini temsilen hemşirelik grubu öğrencileri ile yapılması ve örneklem grubunda erkek öğrenci sayısının az olması sonuçların genellenebilirliğini sınırlandırmaktadır. Ayrıca öğrencilerin boy ve ağırlık bilgilerinin ölçümle kesinleştirilmiş olmaması, öğrencilerinin beyanına dayalı olması diğer bir eksikliklerdir. Çalışma sonucunda, elde edilen bulguların risk gruplarının saptanması, önlenmesi ve tedavinin sürdürülmesi aşamasında araştırmacılara ipuçları sağlayacağı düşünülebilir. Bu alanda, daha geniş örneklem gruplarıyla, boy/ağırlık bilgilerinin nesnel ölçümlerle belirlendiği çalışmalara gereksinim vardır.

Veri Toplama: Elvan Sağlam, Sevim Şen
Veri Analizi: Esra Usta, Dilek Aygin, Havva Sert

Makale Yazımı: Esra Usta, Dilek Aygin, Havva Sert

Kaynaklar

1. Fairburn CG and Harrison PJ. Eating disorders. *Lancet* 2003; 361:407-16.
2. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-V. Fifth Edition. American Psychiatric Publishing; 2013.
3. Hoek HW. Incidence, prevalence and mortality of anorexia nervosa and other eating disorders. *Curr Opin Psychiatry* 2006; 19: 389-94.
4. Morris J and Twaddle S. Anorexia nervosa. *BMJ* 2007; 334: 894-8.
5. Forbush KT, Wildes JE and Humt TK. Gender norms, psychometric properties, and validity for the eating pathology symptoms inventory. *Int J Eat Disord* 2014; 47: 85-91.
6. Smink FRD, Van Hoeken D and Hoek HW. Epidemiology of eating disorders: incidence, prevalence and mortality rates. *Curr Psychiatry Rep* 2012; 14: 406-14.
7. Brotman AV and Herzog DB. Eating Disorders. *Manual of Clinical Problems in Psychiatry*, Hyman SE and Jenike MA (Ed), Boston/Toronto/London: Little, Brown and Company; 1990.
8. Gadalla T and Piran N. Eating disorders and substance abuse in canadian men and women: a national study, eating disorders. *The Journal of Treatment & Prevention* 2007; 15(3): 189-203.
9. Hoek WH and Hoeken D. Review of the prevalence and incidence of eating disorders. *Int J Eating Dis* 2003; 34: 383-96.
10. Fairburn CG, Mphil DM, Cooper Z, Welch SL. Risk factors for anorexia nervosa: three integrated case-control comparison. *Arch Gen Psychiatry* 1999; 56: 468-76.
11. Jimerson SR, Pavelski R and Orlist M. Helping Children With Eating Disorders: Quessential Research on Etiology, Prevention, Assessment, and Treatment. *Handbook of Crisis Counseling, Intervention, and Prevention in the Schools*, Second Edition, Sandoval J(Ed). New Jersey London: Lawrence Erlbaum Associates Publishers; 2002.
12. Demer MM ve Taşkın. Obsesif-kompulsif bozukluk ve yeme bozuklukları ilişkisi. *Nöropsikiyatri Arşivi* 2002; 39(1): 9-19.
13. Kaye WH, Weltzin T and Hsu LKG. Relationship between anorexia nervosa and obsessive and compulsive behaviours. *Psychiatric Annals* 1993; 23(7): 365-73.
14. World Health Organization. Obesity: Preventing And Managing The Global Epidemic. WHO Technical Report Series 894; 2000. [updated: 2004; cited: 2013 May; Available from; http://www.who.int/nutrition/publication/s/obesity/WHO_TRS_894/en/]
15. Garner DM and Garfinkel PE. The Eating Attitudes Test: an index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychol Med* 1979; 273-9.
16. Savaşır I ve Erol N. Yeme tutum testi: anoreksia nervosa belirtiler indeksi. *Psikoloji Dergisi* 1989; 7: 19-25.
17. Hodgson RJ and Rachman S. Obsessional-compulsive complaints. *Behav Res Ther* 1977; 15: 389-95.
18. Erol N ve Savaşır I. Maudsley obsesif kompulsif soru listesi. 24. Ulusal Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Kongresi Bilimsel Çalışma Kitabı 1988; 104-14.
19. Semiz M, Kavakçı Ö, Yağız A, Yontar G, Kuğu N. Sivas il merkezinde yeme bozukluklarının yaygınlığı ve eşlik eden psikiyatrik tanılar. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2013; 24(3):149-57.
20. Humphreys JD, Clopton JR and Reich DA. Disordered eating behavior and obsessive compulsive symptoms in college students: cognitive and affective similarities. *Eating Disorders: The Journal of Treatment & Prevention* 2007; 15(3): 247-59.
21. Robets ME. Disordered eating and obsessive-compulsive symptoms in a sub-clinical student population. *New Zealand Journal of Psychology* 2006; 35(1): 45-54.
22. Tseng MM, Gau SS, Tseng W, Hwu HG, Lee MB. Co-occurring eating and

- psychiatric symptoms in taiwanese college students: effects of gender and parental factors. *Inc. J. Clin. Psychol.* 2014; 70: 224–37.
23. Aslan H ve Alpaslan N. Bir grup üniversite öğrencisinde yeme tutumu ile obsesif kompulsif belirtiler, aleksitimi ve cinsiyet rolleri arasındaki ilişki. *Gençlik ve Ruh Sağlığı Dergisi* 1998; 5(2): 61-9.
24. Erol A, Toprak G ve Yazıcı F. Üniversite öğrencisi kadınlarda yeme bozukluğu ve genel psikolojik belirtileri yordayan etkenler. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2002; 13(1): 48-57.
25. Toker DE ve Hocoğlu Ç. K.T.Ü Trabzon sağlık yüksekokulu öğrencilerinde yeme tutumu ve psikoaktif madde kullanımı arasındaki ilişki. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni* 19(Suppl.1) 2009; 161-3.
26. Vardar E ve Erzengin M. Ergenlerde yeme bozukluklarının yaygınlığı ve psikiyatrik eş tanıları iki aşamalı toplum merkezli bir çalışma. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2011; 22(4):205-12.
27. Button EJ, Sonuga-Barke EJ, Davies J, Thompson M. A prospective study of self-esteem in the prediction of eating problems in adolescent schoolgirls: questionnaire findings. *Br J Clin Psychol* 1996; 35: 193-203.
28. Erol A, Toprak G, Yazıcı F, Erol S. Üniversite öğrencilerinde yeme bozukluğu belirtilerini yordayıcı olarak kontrol odağı ve benlik saygısının karşılaştırılması. *Klinik Psikiyatri* 2000; 3: 147-52.
29. Tanrıverdi D, Savaş E, Gönüllüoğlu N, Kurdal E, Balık G. Lise öğrencilerinin yeme tutumları, yeme davranışları ve benlik saygılarının incelenmesi. *Gaziantep Tıp Derg* 2011; 17(1):33-9.
30. Siyez DM ve Baş AU. Bir grup üniversite öğrencisinin anoreksik yeme tutumları ile aile yapısı arasındaki ilişki. *Yeni (New) Symposium* 2009; 47(1): 19-24.
31. Uskun E ve Şabaplı A. Lise öğrencilerinin beden algıları ile yeme tutumları arasındaki ilişki. *TAF Prev Med Bull* 2013; 12(5):519-28.
32. Babayiğit Z, Alçalar N ve Bahadır G. Obez kadınlarda tıkanırcasına yeme bozukluğunun psikopatoloji ve bilişsel açıdan incelenmesi. *Türkiye Klinikleri J Med Sci* 2013; 33(4):1077-87.
33. Batıgün AD ve Utku Ç. Bir grup gençte yeme tutumu ve öfke arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Türk Psikoloji Dergisi* 2006; 21 (57): 65-78.
34. Yücel B. Estetik bir kaygıdan hastalığa uzanan yol: yeme bozuklukları. *Klinik Gelişim* 2009; 22 (4):40-4.
35. Fogel J. An epidemiological perspective of obsessive-compulsive disorder in children and adolescents. *The Canadian Child and Adolescent Psychiatry Review* Mar 2003; 12 (2) 2:33-6.
36. Khandelwal A, Aggarwal A, Garg A, Jiloba RC. Gender Differences in Phenomenology of Patients with Obsessive Compulsive Disorder. *Delhi Psychiatry Journal* 2009; 12(1):8-17.
37. Vardar E. Obsesif Kompulsif Bozukluğun Genetiği. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni* 2000; 10 (3):153-59.
38. Caraveo-Anduaga JJ and Bermúdez EC. The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in Mexico city. *Salud Mental* abril 2004; 27(2): 1-6.
39. Heyman I, Fombonne E, Simmons H, Ford T, Meltzer H, Goodman R. Prevalence of obsessive-compulsive disorder in the British Nationwide Survey of Child Mental Health. *Int Rev Psychiatry* 2003; 15:178-84.
40. Johnson BA. The Maudsley's obsessional children:phenomenology, classification, and associated neurobiological and co-morbid features. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 1993; 2:192-204.
41. Regier DA, Narrow WE and Rae DS. The epidemiology of anxiety disorders: the Epidemiologic Catchment Area (ECA) experience. *J Psychiatr Res* 1990; 24 (Suppl.2): 3-14.

42. Abay E, Pulular A, Memiş ÇÖ, Süt N. Edirne ili merkezindeki lise öğrencilerinde obsesif-kompulsif bozukluğun epidemiyolojisi. *Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi* 2010; 23: 230-37.
43. Jiménez-Murcia S, Fernández-Aranda F, Raich RM, Alonso P, Krug I, Jaurrieta N et al. Obsessive-compulsive and eating disorders: Comparison of clinical and personality features. *Psychiatry and Clinical Neurosciences* 2007; 61: 385-91.
44. Roncero M, Perpiñá C and García-Soriano G. Study of obsessive compulsive beliefs: relationship with eating disorders. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy* 2011; 39: 457-70.
45. Çelikel FÇ, Bingöl TY, Yıldırım D, Tel H ve Erkorkmaz Ü. Obsesif kompulsif bozukluk hastalarında yeme tutumu. *Nöropsikiyatri Arşivi* 2009; 46: 86-90.
46. Haslera G, LaSalle-Riccib H, Ronquillo JG, Crawley SA, Cochran LW, Kazuba D et al. Obsessive-compulsive disorder symptom dimensions show specific relationships to psychiatric comorbidity. *Psychiatry Research* 2005; 135: 121-32.

Sağlık Bilimleri Fakültesi Öğrencilerinin Çevreye Yönelik Tutumlarının Belirlenmesi: Kıyaslamalı Bir Analiz

Determining Health Sciences Faculty Students' Attitude Towards Environment: A Comparative Analysis

Haydar HOŞGÖR^a Derya GÜNDÜZ HOŞGÖR^b Nurperihan TOSUN^c

ÖZET Amaç: Bu çalışmanın amacı; Türkiye'deki iki farklı Sağlık Bilimleri Fakültesi'nde okuyan sağlık yönetimi ve ebelik bölümü öğrencilerinin çevreye yönelik tutumlarını kıyaslamaktır. **Gereç ve Yöntemler:** Bu çalışmada veriler; Dunlap, Van Liere, Mertig ve Jones (2000) tarafından geliştirilmiş olan "Yeni Ekolojik Paradigma Ölçeği" kullanılarak toplanmıştır. Çalışmanın evrenini İstanbul Üniversitesi ve Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi'nde sağlık yönetimi ve ebelik bölümlerinde okuyan tüm öğrenciler (N=1200) oluşturmuştur. 3-14 Kasım 2014 tarihleri arasında toplanan verilerin analizi SPSS 21 paket programında frekans, yüzde gibi temel istatistiksel yöntemler ile t testi ve faktör analizi kullanılarak yapılmıştır. Ölçekteki tek sayılardan oluşan soru ifadeleri doğa merkezli bakış açısını, çift sayılardan oluşan soru ifadeleri ise insan merkezli bakış açısını temsil etmektedir. **Bulgular:** Çalışmaya katılan öğrencilerin yaş ortalaması 20,40±2,17 olup %28,2'si erkek, % 71,8'i kadındır. Doğa merkezli bakış açısına sahip öğrencilerin ortalaması İstanbul Üniversitesi'nde 2,71, insan merkezli bakış açısına sahip öğrencilerin ortalaması 3,18'dir. Cumhuriyet Üniversitesi'nde ise bu değerler sırasıyla 3,76 ve 3,00'dür. Faktör analizi sonucunda her iki üniversite öğrencileri için de üç alt boyut tespit edilmiştir. İstanbul Üniversitesi'nde toplam faktör boyutu ve Faktör-1 (doğanın gücü) alt boyutu ile cinsiyet ve bölüm arasında anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir (p<0,05). Cumhuriyet Üniversitesi'nde ise toplam faktör boyutu ve alt boyutları ile öğrencilere ait sosyo-demografik veriler arasında anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir (p>0,05). **Sonuç:** Araştırma sonuçlarına göre; İstanbul Üniversitesi sağlık yönetimi ve ebelik bölümü öğrencilerinin insan merkezli bakış açısına; Cumhuriyet Üniversitesi sağlık yönetimi ve ebelik bölümü öğrencilerinin ise doğa merkezli bakış açısına yakın oldukları saptanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Çevre, çevre sorunları, yeni çevresel paradigma ölçeği

ABSTRACT Aim: The aim of this study is to compare the attitudes towards the environment of health management and midwifery students studying in two different Health Sciences Faculty in Turkey. **Material and Methods:** The data has been collected by using "New Ecological Paradigm Scale" developed by Dunlap, Van Liere, Mertig and Jones (2000) in this study. The universe of this study is all of the students studying in the department of healthcare management and midwifery in Istanbul University and Cumhuriyet University (N=1200). The data collected between November 3rd-14th, 2014 and analysed using basic statistical methods such as t test, factor analysis and frequency, percentage etc. in SPSS 21 package program. The odd numbered questions symbolises the nature-based point of view while even numbered questions represent human-based point of view. **Findings:** The average age of the students participating in this study is 20.40 ± 2.17 and 28,2 % male, 71.8 % were women. Students with average of centric view of nature is 2,71 at Istanbul University, 3.76 at Cumhuriyet University. The average student in a human centered perspective is 3.18 at Istanbul University, 3.00 at Cumhuriyet University. Three subscales for both university students have been identified as a result of factor analysis. Total factor size and Factor-1 (the power of nature) between the dimensions of gender (women's favor) and section (midwifery students in favor of) was detected significant difference (p<0,05) at Istanbul University. The total size of the factors and sub-dimensions was not detected a significant difference between the socio-demographic data on the students (p> 0.05). **Result:** According to the study, while Istanbul University health management and midwifery students has human-centered perspective; Cumhuriyet University health management and midwifery students has the nature-oriented approach.

Key words: Environment, environmental issues, new environmental paradigm scale

Geliş Tarihi/Received: 28.01.2015 Kabul Tarihi/Accepted:21.05.2015

^a Öğr. Görv., İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Sağlık Yönetimi Bölümü

^b Yazışma adresi/Correspondence: Öğr. Görv., İstanbul Şişli Meslek Yüksekokulu Sağlık Kurumları İşletmeciliği Bölümü

^c Araş. Görv., Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

Giriş

Yarım yüzyıldan daha fazla süredir bilim insanları doğal çevreye zarar veren insan davranışlarını araştırmaktadır. Sosyal bilimciler de insanların çevre ile olan ilişkilerinin daha sürdürülebilir bir hale getirmek amacıyla teknikler geliştirmektedirler¹. İnsanların çevreyle ilgili davranışlarını daha iyi anlamının birinci adımı geçerli ve güvenli bir şekilde çevre ile ilgili tutumlarının ölçülmesidir².

Çevre; insanın kendi dışında kalan bitki ve hayvan gibi tüm canlı varlıklar ile olan ilişki ve etkileşimlerinin bütünüdür. Bir diğer deyişle çevre; insanın sosyal, biyolojik ve kimyasal faaliyetlerini devam ettirdiği bir ortamdır. Daha genel anlamıyla çevre; canlıların içinde yaşadığı, hayati koşullara bağlı oldukları, çeşitli şekillerde etkiledikleri ve etkilendikleri bir ortam olarak tanımlanabilmektedir³.

Doğal ortam içerisinde insanoğlu; çevreyi önceleri olduğu gibi kabul etmek zorunda kalırken daha sonra artan bilgi ve becerisi sayesinde çevresine egemen olmaya başlamıştır. Bir yandan yaşam standardı yükselirken diğer yandan doğal kaynakların aşırı ve yanlış kullanılması, çevre sorunları gibi uluslararası boyutlara ulaşan kavramların ortaya çıkmasına neden olmuştur⁴.

Yirminci yüzyılda iki büyük dünya savaşı yaşayan insanlığın ortak gündemini oluşturan başlıca konular; barış, özgürlük, kalkınma ve çevreciliktir. Bunlar arasında çevreciliğin önemi giderek daha ön plana çıkmaktadır. Çevrecilik; çevrenin korunması, geliştirilmesi ve iyileştirilmesine yönelik olarak doğal kaynakların korunması, kirliliğin ve tehlikeli atıkların engellenmesi, tarihi ve kültürel kaynakların korunması, bitki ve hayvan türlerinin soylarının tükenmesinin engellenmesi konularını kapsayan geniş çaplı bir kamuoyu ilgisidir⁵. Bu sorunun ortadan kaldırılması; insan kaynaklı çevre kirliliğinin doğaya zarar vermeyecek bir boyuta çekilmesi, toplumsal davranışlarımızın kodlarını oluşturan ve bu davranışlara yön veren etik gibi üst

kavramların yeniden biçimlendirilmesine bağlıdır⁶.

Çevre sorunlarının küreselleşmesi ve gezendeki yaşamı tehdit eder noktaya gelmesi, insanların doğayla olan ilişkilerini ve çevreye karşı tutum ve davranışlarını doğaya karşı bireylerin üstlendikleri görev ve sorumluluklarını tekrar gözden geçirmeye, ekolojik kültür ve çevre bilincini yeniden tanımlamaya yöneltmiştir⁷. Son birkaç yılda bilim ve teknolojiye yaşanan gelişmeler bir yandan insan hayatını kolaylaştırırken diğer yandan doğal kaynakların tükenmesi, toprak, hava ve su kirliliği gibi sorunları tetiklemiştir. Artan insan nüfusu ve tüketim hızı bu şekilde devam ettikçe sonraki nesillerin de gelecekte aynı yaşam standartlarına sahip olamayacağından endişe edilmektedir⁸.

Bireylerin kendilerini çevreleyen dış dünyaya ilişkin düşünce biçimleri; çevresel tutum ve davranışlarını geçerli kılmak ve bu genel yapı içerisindeki rollerine bir açıklama getirmek açısından oldukça önemli bir konudur⁹. Bütün toplumlarda yer alan temel araştırma konularından birisi; insan ve doğa arasındaki ilişkidir. İnsanın doğadan üstün bir varlık mı, yoksa doğanın ayrılmaz bir parçası mı olduğu konusundaki görüşler, çevresel değer ve tutumların oluşmasında önem arz etmektedir¹⁰. Bu çalışmada da birey-doğa ilişkisi ele alınmakta ve üniversite çağındaki öğrencilerin ekolojik anlamda insan merkezli bakış açısına mı, yoksa çevre merkezli bakış açısına mı sahip oldukları incelenmeye çalışılmıştır. Bu bağlamda gençlerin çevresel tutumları birçok değişken tarafından etkilendiği ve genç neslin; çevreyi nasıl öğrenip kullandığı göz önünde bulundurulduğunda, onlara doğrudan çevreyle ilgili deneyimler sağlayan öğrenme ortamlarının oluşturulması son derece önemlidir. Çünkü mevcut şartlardan dolayı ortaya çıkan çevre sorunlarına çözüm yolu bulmak için yapılan etkinliklerde gençlerin; özellikle de üniversite öğrencilerinin etkileri daha fazla olacaktır. Bilim adamlarına, tüketicilere ve halka göre

bugünün gençleri, geleceğin çevresinden sorumludur¹¹.

Son yıllarda küresel ısınma, ozon tabakasının incilmesi gibi çevresel sorunların gündemde olması sebebiyle literatürde çevresel tutumların belirlenmesine yönelik birçok çalışma yapılmıştır. Çakır ve arkadaşları¹² tarafından (2010) yapılmış olan çalışmada güncel çevre sorunlarını anlamının önemi üzerinde durulmuş ve konuyla ilgili farkındalık yaratılması gerektiği belirtilmiştir. Çabuk ve arkadaşları¹³ (2003) tarafından üniversite öğrencileri üzerinde yapılmış olan çalışmada; çevresel sorunlar karşısında üniversite çağındaki genç neslin sorunun bir parçası olmak yerine çözümün bir parçası haline getirilmesinin öneminden söz edilmiştir. Çevresel risk faktörleri çevresel risk analizleri ile kişisel değer ve inançlar kapsamında Slimak ve arkadaşları¹⁴ (2006) tarafından yapılmış olan bir çalışmada ele alınmış ve ekolojik risk algısı üzerinde durulmuştur. Genç ve Genç¹⁵ (2013)'in çevresel tutum ölçeği kullanarak üniversite öğrencileri üzerinde yapmış oldukları çalışmada; eğitimleri sırasında ailesi ile kalan öğrencilerin yurttan kalan öğrencilere göre anlamlı düzeyde daha düşük çevresel tutum puanına sahip olduğu belirlenmiştir. Erkal ve arkadaşlarının⁵ (2012) Gazi Üniversitesi öğrencileri ile gerçekleştirdikleri çalışmada öğrencilerin çevreye yönelik tutumlarının orta düzeyin üzerinde olduğu saptanmıştır. Sever ve Çetinkaya² (2012)'nin Eğitim Fakültesi öğrencileriyle gerçekleştirmiş oldukları çalışmada, öğrencilerin doğa merkezli yaklaşım düzeylerinin insan merkezli yaklaşım düzeylerinden daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Hodgkinson ve Innes¹⁹ (2010) tarafından Avustralya'da üniversite öğrencileri ile gerçekleştirilen çalışmada da yeni paradigma skorları yüksek bulunmuştur.

Çevresel tutum araştırmalarında kullanılan farklı ölçekler olmasına rağmen, bunlar arasında en popüler olanı ve en fazla kullanılanı Yeni Çevresel Paradigma Ölçeği (NEP)'dir. Bu ölçek ilk kez Dunlap ve Van Liere tarafından 1978 yılında geliştirilmiş ve

2000 yılında Dunlap ve arkadaşları tarafından revize edilmiştir. Yeni Çevresel Paradigma Ölçeği'nin içerdiği maddeler; yeni ekolojik dünyaya hakim olan sosyal paradigmanın, teknoloji ve çevrenin büyüme amaçlı kullanımının ilerlemesini vurgulamaktadır^{16,17,18,19,20}.

Gereç ve Yöntemler

Bu çalışma; Türkiye'deki iki farklı üniversitede sağlık yönetimi ve ebelik bölümlerinde okumakta olan öğrencilerin çevresel tutumlarını kıyaslamak amacıyla yapılmıştır. Tanımlayıcı olarak yapılan bu çalışmanın evren ve örneklemini 2014-2015 eğitim-öğretim yılı güz yarıyılında İstanbul Üniversitesi (İÜ.) ve Cumhuriyet Üniversitesi (CÜ.) Sağlık Bilimleri Fakültesi (SABİF) sağlık yönetimi ve ebelik bölümüne kayıtlı olan tüm öğrenciler (N=1200) oluşturmuştur. Katılımcıların tamamına ulaşılması hedeflendiğinden örneklem seçim yöntemine gidilmemiştir. Veriler 3-14 Kasım 2014 tarihleri arasında çalışmaya katılmayı gönüllü olarak kabul eden toplam 518 öğrenciden (ankete cevap verme oranı %43,2) toplanmıştır. Çalışmada veriler "tanıtıcı bilgiler formu" ve "Yeni Ekolojik Paradigma Ölçeği" ile toplanmıştır. Tanıtıcı bilgiler formu; öğrencilerin cinsiyet, yaş, bölüm, anne-baba eğitim düzeyleri, ailenin gelir düzeyi ve çevreyle ilgili eğitim alıp almamalarına yönelik 7 sorudan oluşmaktadır.

Yeni Ekolojik Paradigma Ölçeği 5'li Likert türünde hazırlanmış olup 1 tamamen katılmıyorum, 5 tamamen katılıyorum şeklinde puanlanmaktadır. Ölçekte yer alan sorulardan çift sayılı olanlar insan merkezli bakış açılarını savunan ifadelerken, tek sayılı olanlar ise doğa merkezli bakış açılarını savunan ifadelerdir. Ölçekte yer alan ve insan merkezli bakış açısını savunan çift sayılı soru ifadelerinin kodlaması tersten yapılarak analiz aşamasına dahil edilmektedir. Yeni Çevresel Paradigma; büyümeye yönelik sınırlılıkların kaçınılmazlığı, süreklilik arz eden bir

ekonomiye ulaşmanın gerekliliği, doğayı korumanın önemi, doğanın yalnızca insan kullanımını için var olduğu şeklindeki insan merkezli görüşü reddetme zorunluluğuyla ilgili tutumları ortaya çıkarmaktadır. Özetle Yeni Çevresel Paradigma Ölçeği insanların ekolojik dünya görüşlerini değerlendiren bir araçtır. Başlangıçta 12 maddeden oluşan Yeni Çevresel Paradigma ölçeği, 2000 yılında Dunlap ve arkadaşları tarafından geliştirilerek 15 madde şeklinde yeniden revize edilmiştir. Bu düzenlemeyle ölçeğin daha karşılaştırılabilir olduğu, orijinal ölçekte var olan denge eksikliğinin giderildiği, yine orijinal ölçekteki bugünün koşullarına uymayan maddelerin çıkarıldığı belirtilmektedir¹⁶. Yeni Çevresel Paradigma Ölçeği'nin kaç boyuttan oluştuğu konusu tam olarak netlik kazanmış değildir. Yapılan birçok çalışmada ölçeğin farklı farklı boyutlara sahip olduğu sonucu elde edilmiştir. Bu çalışmada da yapılan faktör analizi sonuçlarına göre ölçeğin her iki üniversite için de 3 alt boyuttan meydana geldiği bulunmuştur. Faktör analizi sonucunda elde edilmiş olan bu 3 boyut literatür doğrultusunda isimlendirilmiştir²⁰.

Faktör-1: Doğanın Gücü: Doğanın, insan karşısındaki üstünlüğünü ifade etmektedir (1, 3, 5, 7, 9, 11, 13 ve 15. soru ifadeleri).

Faktör-2: Ekolojik Tehlike: Doğal dengesinin hassaslığını ifade etmektedir (2, 10 ve 12. soru ifadeleri).

Faktör-3: İnsanın Gücü: İnsanın, doğa karşısındaki üstünlüğünü ifade etmektedir (4, 6, 8 ve 14. soru ifadeleri).

Etik Boyut: Her iki üniversite için de gerekli izinler, ilgili bölüm başkanlıklarından sözel ve yazılı olarak alınmıştır. Anketin uygulanması öncesinde

araştırmacılar; çalışmanın konusu, amacı ve önemi gibi konularda çalışmaya kendi rızasıyla katılmayı kabul eden katılımcıları bilgilendirmişlerdir.

Bulgular

Katılımcıların sosyo demografik özellikleri incelendiğinde; İÜ. SABİF'den çalışmaya katılan öğrencilerin %21,4 erkeklerden, %78,6 kadınlardan; CÜ. SABİF'den çalışmaya katılan öğrencilerin %28,2 erkeklerden, %71,8 kadınlardan oluşmaktadır. İÜ.'deki öğrencilerin %56,7 sağlık yönetimi, %43,3 ebelik bölümünde eğitim-öğretim görmekteyken, CÜ.'de bu oranlar sırasıyla %67,7 ve %32,3'dür. İÜ.'deki öğrencilerin %16,7'si, CÜ.'deki öğrencilerin ise %66,9 çevre ile ilgili bir eğitim almıştır. İÜ.'de sekiz yıl ve altı eğitim düzeyine sahip anne oranı %74,2; baba oranı %68,4 iken CÜ.'de bu oranlar sırasıyla %59,9 ve %54,5'dir (Tablo 1).

İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi öğrencilerine ait faktör analizi sonuçlarında ölçeğin 3 boyuttan oluştuğu görülmektedir. Faktörlerin açıklayıcılık yüzdeleri toplam 67,36'dır. Kaiser Meyer Olkin ölçek geçerliliği 0,851 ile oldukça yüksek bulunmuştur. Faktör analizi sonuçları da İÜ. SABİF öğrencilerinin insan merkezli bakış açısına sahip oldukları yargısını daha da güçlendirmektedir. 5, 8, 9 ve 11. sorular; ölçeğin iç güvenirlik katsayısını düşürmesi gerekçesiyle ölçekten çıkartılmıştır. Birinci faktörün Cronbach Alpha güvenirlik katsayısı 0,900, ikinci faktörün 0,607 ve üçüncü faktörün ise 0,700 olarak bulunmuştur. 4, 6 ve 14. soru ifadelerinin faktör ortalamaları diğer iki faktör ortalamasından daha yüksek olup 3,21'dir (Tablo 2).

Tablo 1. Öğrencilere ait demografik verilerin dağılımı (N=518)

		N	%	N	%	N
		İstanbul Üniversitesi		Cumhuriyet Üniversitesi		Toplam
Cinsiyet	Erkek	54	21,4	75	28,2	129
	Kadın	198	78,6	191	71,8	389
Yaş Grupları	18-21 yaş arası	213	84,5	200	75,1	413
	22 yaş ve üzeri	39	15,5	66	24,9	105
Bölümler	Sağlık Yönetimi	143	56,7	180	67,7	323
	Ebelik	109	43,3	86	32,3	195
Anne Eğitim Düzeyi	≤ 8 yıl	187	74,2	182	68,4	369
	> 8 yıl	65	25,8	84	31,6	149
Baba Eğitim Düzeyi	≤ 8 yıl	151	59,9	145	54,5	296
	> 8 yıl	101	40,1	121	45,5	222
Çevre Eğitimi Alma Durumu	Evet	42	16,7	88	33,1	130
	Hayır	210	83,3	178	66,9	388
Ailelerin Gelir Durumu	Düşük	133	52,8	140	52,6	273
	Orta	81	32,1	70	26,3	151
	Yüksek	38	15,1	56	21,1	94
	Toplam	252	100	266	100	518

Tablo 2. İÜ. SABİF faktör analizi sonuçları

Soru	Faktör Yüğü	Faktör Açıklayıcılığı	Güvenirlik	Faktör Ortalaması	
7	0,889				
15	0,869				
Faktör-1 (Doğanın Gücü)	3	0,823	41,50%	0,900	2,68
	1	0,785			
	13	0,741			
Soru	Faktör Yüğü	Faktör Açıklayıcılığı	Güvenirlik	Faktör Ortalaması	
Faktör-2 (Ekolojik Tehlike)	12	0,768			
	10	0,747	14,42%	0,607	2,80
	2	0,68			
Soru	Faktör Yüğü	Faktör Açıklayıcılığı	Güvenirlik	Faktör Ortalaması	
Faktör-3 (İnsanın Gücü)	4	0,83			
	14	0,747	11,45%	0,700	3,21
	6	0,63			
TOPLAM FAKTÖR AÇIKLAYICILIĞI		% 67,36			
<i>Kaiser Meyer Olkin Ölçek Geçerliliği:</i>		<i>0,851</i>			
<i>Bartlett Küresellik Testi Ki-Kare:</i>		<i>1232,035</i>			
<i>Standart Sapma:</i>		<i>55</i>			
<i>P değeri:</i>		<i>0,000</i>			

Tablo 3. CÜ. SABİF Faktör Analizi Sonuçları

	Soru	Faktör Yüğü	Faktör Açıklayıcılığı	Güvenirlik	Faktör Ortalaması
Faktör-1 (Doğanın Gücü)	6	0,804			
	5	0,707	31,22%	0,695	4,13
	7	0,766			
	Soru	Faktör Yüğü	Faktör Açıklayıcılığı	Güvenirlik	Faktör Ortalaması
Faktör-2 (Ekolojik Tehlike)	13	0,888			
	5	0,856	20,41%	0,729	2,44
	Soru	Faktör Yüğü	Faktör Açıklayıcılığı	Güvenirlik	Faktör Ortalaması
Faktör-3 (İnsanın Gücü)	10	0,823			
	12	0,809	17,64%	0,608	1,65
TOPLAM FAKTÖR AÇIKLAYICILIĞI		% 69,26			
Kaiser Meyer Olkin Ölçek Geçerliliği:		0,622			
Bartlett Küresellik Testi Ki-Kare:		313,893			
Standart Sapma:		21			
P değeri:		0,000			

Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi öğrencilerine ait faktör analizi sonuçlarında ölçeğin 3 boyuttan oluştuğu görülmektedir. Faktörlerin açıklayıcılık yüzdeleri toplam 69,26'dır. Kaiser Meyer Olkin ölçek geçerliliği 0,622 ile normal düzeyde bulunmuştur. Faktör analizi sonuçları da CÜ. SABİF öğrencilerinin doğa merkezli bakış açısına sahip oldukları yargısını daha da güçlendirmektedir. 1, 2, 3,

4, 8, 9, 11 ve 14. sorular; ölçeğin iç güvenirlilik katsayısını düşürmesi gerekçesiyle ölçekten çıkartılmıştır. Birinci faktörün Cronbach Alpha güvenirlilik katsayısı 0,695, ikinci faktörün 0,729 ve üçüncü faktörün ise 0,608 olarak bulunmuştur. 5, 6 ve 7. soru ifadelerinin faktör ortalamaları diğer iki faktör ortalamasından daha yüksek olup 4,13'dür (Tablo 3).

Tablo 4. Öğrencilerin Ölçekten ve Ölçeğin Alt Boyutlarından Aldıkları Puan Ortalamaları

	I.Ü. Ort± Ss	C.Ü. Ort± Ss
Yeni Çevresel Paradigma Ölçeği	34,99±6,85	22,23±5,64
Faktör-1 (Doğanın Gücü)	2,71±1,50	3,76±1,19
Faktör-2 (Ekolojik Tehlike)	3,20±0,89	3,66±1,21
Faktör-3 (İnsanın Gücü)	3,18±1,22	3,00±1,20

Öğrencilerin Yeni Çevresel Paradigma Ölçeği'nden ve ölçeğin alt boyutlarından aldıkları toplam puan ortalamaları yukarıdaki tabloda verilmiştir. Yapılan faktör analizi sonucu Faktör-1 Doğanın Gücü, Faktör-2 Ekolojik Tehlike, Faktör-3 ise İnsanın Gücü olarak isimlendirilmiştir.

I.Ü. SABİF öğrencilerinin Yeni Çevresel Paradigma Ölçeği'nden aldıkları toplam puan 34,99±6,85, doğanın gücü alt boyutundan aldıkları toplam puan 2,71±1,50, ekolojik tehlike alt boyutundan aldıkları toplam puan 3,20±0,89 ve insanın gücü alt boyutundan aldıkları toplam puan

3,18±1,22'dir. C.Ü. SABİF öğrencilerinin Yeni Çevresel Paradigma Ölçeği'nden aldıkları toplam puan 22,23±5,64, doğanın gücü alt boyutundan aldıkları toplam puan

3,76±1,19, ekolojik tehlike alt boyutundan aldıkları toplam puan 3,66±1,21 ve insanın gücü alt boyutundan aldıkları toplam puan 3,00±1,20'dir (Tablo 4).

Tablo 5. Doğa Merkezli Bakış Açısına Ait Öğrenci İfadelerinin Ortalama ve Standart Sapma Dağılımları

Soru	Doğa Merkezli Bakış Açısına Ait Ölçek İfadeleri	İÜ.		CÜ.	
		Ortalama	Standart Sapma	Ortalama	Standart Sapma
1	Dünyanın barındırabileceği insan sayısı üst sınırına yaklaşıyoruz.	2,69	1,20	3,85	1,08
3	İnsanlar doğa ile ters düştüğünde genellikle feci sonuçlar ortaya çıkar.	2,72	1,41	4,03	0,97
5	İnsanlar, doğayı ciddi şekilde istismar etmektedir.	2,72	2,48	4,08	1,07
7	İnsanlar gibi bitkiler ve hayvanların da bu dünyada var olma hakları mevcuttur.	2,46	1,78	4,24	1,12
9	Özel yeteneklerimize rağmen biz insanlar, halen doğanın kanunlarına tabiyizdir.	2,81	1,20	3,47	1,25
11	Dünya, çok sınırlı sayıda odası ve kaynakları olan bir uzay gemisine benzetilmektedir.	2,95	1,15	3,11	1,37
13	Doğanın dengesi çok kırılgandır ve kolayca bozulabilir	2,74	1,35	3,53	1,32
15	Eğer işler şu an oldukları gibi devam ederse, yakında büyük bir ekolojik felaket ile karşılaşacağız.	2,60	1,46	3,80	1,40
Genel		2,71	1,50	3,76	1,19

Doğa merkezli ölçek ifadelerine ait ortalamalar ele alındığında İÜ. SABİF öğrencilerinin genel ortalamasının 2,71±1,50; CÜ. SABİF öğrencilerinin genel ortalamasının ise 3,76±1,19 olduğu görülmektedir. İÜ. SABİF'te en yüksek ortalamaya sahip ölçek ifadesinin 2,95 ortalama ile **“Dünya, çok sınırlı sayıda odası ve kaynakları olan bir uzay gemisine benzetilmektedir”** e ait olduğu görülürken; CÜ. SABİF'de ise 4,24 ile en yüksek ortalamaya sahip ölçek ifadesinin **“İnsanlar gibi bitkiler ve hayvanların da bu dünyada var olma hakları mevcuttur”** a ait olduğu görülmektedir. Doğa merkezli bakış açısı ortalamasının yüksek olması öğrencilerin çevresel konulara/sorunlara duyarlı olduğunu ve dolayısıyla doğaya sahip çıkılması gerektiği düşüncesinde olduklarını göstermesi bakımından önemli olup, arzu edilen olumlu bir durumdur. Bu çalışmada; CÜ. SABİF sağlık yönetimi ve ebeklik bölümü öğrencilerinin İÜ. SABİF sağlık yönetimi ve ebeklik bölümü öğrencilerine kıyasla daha fazla doğa

merkezli görüşte oldukları saptanmıştır (Tablo 5).

İnsan merkezli ölçek ifadelerine ait ortalamalar ele alındığında İÜ. SABİF öğrencilerinin genel ortalamasının 3,18±1,22; CÜ. SABİF öğrencilerinin genel ortalamasının ise 3,00±1,20 olduğu görülmektedir. **“Eğer nasıl geliştirebileceğimizi bilebilirsek, dünyada bol miktarda doğal kaynak mevcuttur”** ölçek ifadesi hem İÜ. (3,35) hem de CÜ. (4,09) SABİF öğrencileri tarafından en yüksek ortalamayı almış olan yargıdır. İnsan merkezli bakış açısı ortalamasının yüksek olması öğrencilerin çevresel konulara/sorunlara yeterince duyarlı olmadığını ve dolayısıyla doğaya sahip çıkılması gerektiği düşüncesinde olmadıklarını göstermesi bakımından önemli olup, arzu edilen olumlu bir durum değildir. Bu çalışmada; İÜ. SABİF sağlık yönetimi ve ebeklik bölümü öğrencilerinin CÜ. SABİF sağlık yönetimi ve ebeklik bölümü öğrencilerine kıyasla daha fazla insan merkezli görüşte oldukları saptanmıştır (Tablo 6).

Tablo 6. İnsan Merkezli Bakış Açısına Ait Öğrenci İfadelerinin Ortalama ve Standart Sapma Dağılımları

Soru	İnsan Merkezli Bakış Açısına Ait Ölçek İfadeleri	İÜ.		CÜ.	
		Ortalama	Standart Sapma	Ortalama	Standart Sapma
2	İnsanların, doğayı kendi ihtiyaçlarına uygun şekilde düzenleme hakkı vardır.	3,07	1,33	2,86	1,14
4	İnsan aklı, bir şekilde çevre sorunlarının da üstesinden gelecektir.	3,81	1,01	3,06	1,09
6	Eğer nasıl geliştirebileceğimizi bilebilirsek, dünyada bol miktarda doğal kaynak mevcuttur.	4,09	1,04	3,35	1,54
8	Doğanın dengesi, modern sanayileşmiş ulusların etkileriyle başa çıkabilecek kadar güçlüdür.	3,15	1,31	2,99	1,14
10	İnsanların karşı karşıya olduğu şu meşhur ekolojik kriz, çok fazla abartılmaktadır	2,36	1,26	2,78	1,22
12	İnsanlar, doğanın kendileri dışında kalan kısımlarına hükmetmek için yaratılmışlardır.	2,61	1,31	2,76	1,22
14	İnsanlar doğayı kontrol edebilmek için onun nasıl işlediğine ilişkin yeterli bilgiyi er ya da geç öğreneceklerdir.	3,22	1,33	3,22	1,08
Genel		3,18	1,22	3,00	1,20

Tablo 7. Yeni Çevresel Paradigma Ölçeği ve Alt Boyutları ile Demografik Verilerin Farklılıkları

Faktör-1 (Doğanın Gücü)	Cinsiyet	N	Ortalama	Standart Sapma	t	p
		Kadın	198	2,81	1,28	-6,128
Erkek		54	1,99	0,72		
Faktör-1 (Doğanın Gücü)	Bölüm	N	Ortalama	Standart Sapma	t	p
	Sağlık Yönetimi	143	1,88	0,62	-14,57	0,000*
Ebelik		109	3,62	1,12		
Toplam Faktör	Cinsiyet	N	Ortalama	Standart Sapma	t	p
	Kadın	198	2,89	0,6	-4,186	0,000*
Erkek	54	2,61	0,37			
Toplam Faktör	Bölüm	N	Ortalama	Standart Sapma	t	p
	Sağlık Yönetimi	143	2,53	0,36	-11,022	0,000*
Ebelik	109	3,22	0,56			

* Aralarında fark bulunan değişkenler tabloya dahil edilmiştir.

İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi öğrencilerinin faktör analizi alt boyutları ile sosyo-demografik veriler arasındaki durum incelendiğinde Faktör-1 (doğanın gücü) boyutu ile cinsiyet

ve bölüm arasında kadınların ve ebelik bölümü öğrencilerinin lehine anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($p < 0,05$). Yeni Paradigma Ölçeği'ne göre insan yönelimli bakış açısına sahip olduğu saptanan İÜ.

SABİF öğrencileri arasından kadınların ve ebelik bölümü öğrencilerinin, her ne kadar insan yönelimli bakış açısına sahip oldukları saptanmış olsa da, erkeklere ve sağlık yönetimi bölümünde okuyan öğrencilere kıyasla biraz daha doğa yönelimli bakış açısına yatkın oldukları söylenebilir.

Toplam faktör boyutu ile sosyo-demografik veriler arasındaki durum incelendiğinde ise yine cinsiyet ve bölüm arasında kadınların ve ebelik bölümü öğrencilerinin lehine anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($p<0,05$).

CÜ. SABİF öğrencilerinin faktör analizi alt boyutları ve toplam faktör boyutu ile sosyo-demografik verileri arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

Tartışma ve Sonuç

Yeni Çevresel Paradigma Ölçeği kullanılarak üniversite öğrencilerinin çevreye yönelik tutumlarının belirlenmeye çalışıldığı bu araştırmada, İÜ. SABİF sağlık yönetimi ve ebelik bölümü öğrencileri arasında doğa karşısında insan yönelimli bir anlayışın hakim olduğu, CÜ. SABİF sağlık yönetimi ve ebelik bölümü öğrencileri arasında ise doğa yönelimli bir anlayışın hakim olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca Yeni Çevresel Paradigma Ölçeği'nin çok boyutlu bir yapı arz ettiği ve her iki üniversiteye ait faktör analizi sonuçlarında ölçeğe ait 3 alt boyutun ortaya çıktığı tespit edilmiştir. Türkiye gibi gelişmekte olan ülkelerde üniversite öğrencileri arasında kayda değer düzeyde çevre duyarlılığı ve farkındalığı olması beklenen ve istenen bir durumdur. Öğrencilerin sosyo-demografik özellikleri ve çevreye duyarlılıkları arasında yapılan analiz sonucunda da cinsiyet ve bölüm arasında anlamlı bir farklılık bulunmuş, kadın öğrencilerin ve ebelik öğrencilerinin çevreye yönelik duyarlılıkları daha fazla bulunmuştur. Alnıaçık ve Koç⁶ tarafından (2009) üniversite öğrencileri üzerinde gerçekleştirilmiş olan bir çalışmada ölçeğe

ait dört alt boyutun olduğu saptanmış ve analizler sonucunda öğrencilerin doğa yönelimli bir bakış açısına sahip oldukları saptanmıştır. Zelezny ve arkadaşları²¹ (2002), Meydan ve Doğu²² (2008), Ek ve diğerlerinin²³ (2009) çalışmalarında da kadın öğrencilerin çevresel duyarlılıkları daha yüksek bulunmuştur. Demirel ve arkadaşları¹ (2009) tarafından yapılmış olan çalışmada ölçeğin tek boyuttan meydana geldiği saptanmıştır. Sam ve arkadaşları⁸ tarafından (2010) öğrenciler üzerinde yapılmış olan çalışma sonucunda ise ölçeğe ait iki alt boyutun olduğu ve kadın öğrencilerin çevresel duyarlılıklarının, erkek öğrencilerden daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Aytaç ve Öngen'in¹⁰ (2012) çalışmalarında ilgili ölçeğin iki alt boyuttan oluştuğu ve öğrencilerin doğa merkezli bir görüşü savundukları belirlenmiştir. Kılıç ve İnal'ın⁴ (2010) kamu yönetimi ve işletme bölümü öğrencileri üzerinde gerçekleştirilmiş oldukları çalışmada; işletme bölümü öğrencilerinin kamu yönetimi bölümü öğrencilerine göre insan merkezli yaklaşıma daha yatkın oldukları tespit edilmiştir. İÜ. SABİF ve CÜ. SABİF sağlık yönetimi ve ebelik bölümü öğrencileri üzerinde gerçekleştirilmiş olan bu çalışma sonuçlarının da, daha önce yapılmış olan diğer çalışmalar ile bu hususlarda benzer ve farklı özellikler taşıdığı belirlenmiştir.

Sonuç olarak; İÜ. SABİF sağlık yönetimi ve ebelik bölümü öğrencilerinin çevresel duyarlılıklarının, CÜ. SABİF sağlık yönetimi ve ebelik bölümü öğrencilerinin çevresel duyarlılıklarının daha düşük olduğu tespit edilmiştir. Çevre duyarlılıklarının düşük çıktığı İÜ. SABİF öğrencilerinin ders müfredatlarına çevreyle yakından ilgili derslerin eklenmesi, konuyla ilgili konferans, kongre, sempozyum ve kurumsal hizmet içi eğitim çalışmaları gibi eğitim-öğretim faaliyetlerinin düzenlenmesi ve yine konuyla ilgili alanında uzman kişilerin konuşmacı olarak bilgi ve deneyim paylaşımı yaptıkları öğrenme ortamlarının

fakülte yönetimi tarafından tesis edilmesi, düşük çıkan çevresel duyarlılığın elimine edilmesinde katkıda bulunabilir. Öğrencilerin sahip oldukları insan merkezli bakış açılarının yönü, doğa merkezli bir

Kaynaklar

1. Demirel M, Gürbüz B, Karaküçük S. Rekreatyonel aktivitelere katılımın çevreye yönelik tutum üzerindeki etkisi ve yeni ekolojik paradigma ölçeğinin geçerliliği ve güvenilirliği. *Spormetre Beden Eğitimi ve Spor Bilimleri Dergisi* 2009; 7(2): 47-50

2. Sever R, Yalçınkaya E. Sınıf öğretmeni adaylarının çevresel tutumlarının incelenmesi. *Marmara Coğrafya Dergisi* 2012; (26): 1-15.

3. Alnaçık Ü. Çevreci yönelim, çevre dostu yaklaşım ve demografik özellikler: üniversite öğrencileri üzerinde bir araştırma. *Selçuk Üniversitesi Sosyal ve Ekonomik Araştırmalar Dergisi* 2010; 3 (2): 509-532.

4. Kılıç S, İnal M E. Yükseköğretimde çevre eğitimi alan ve almayan öğrencilerde çevre bilinci: niğde üniversitesi örneği. *Niğde Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi* 2010; 3 (2): 70-83.

5. Erkal S, Kılıç, İ, Şahin, H. Üniversite öğrencilerinin çevresel tutumlarının yeni çevresel paradigma ölçeği ile incelenmesi *Eğitim Araştırmaları Dergisi* 2012; (49): 21-40.

6. Alnaçık Ü, Koç, F. Yeni çevresel paradigma ölçeği ile üniversite öğrencilerinin çevreye yönelik tutumlarının değerlendirilmesi. *Balıkesir Üniversitesi Burhaniye Meslek Yüksek Okulu Bölgesel Kalkınma Kongresi* 2009; 14-16 Kasım, Balıkesir: 178-185.

bakış açısına doğru kanalize edilebilir. Böylelikle çevreye duyarlı gelecek nesillerin yetişmesi için daha elverişli bir ortam hazırlanmış olur.

7. Ponting C. Dünyanın yeşil tarihi: çevre ve uygarlıkların çöküşü. *Sabancı Üniversitesi Yayınevi* 2000; 23, İstanbul

8. Sam N, Sam R, Öngen K C. Üniversite öğrencilerinin çevresel tutumlarının yeni çevresel paradigma ve benlik saygısı ölçeği ile incelenmesi. *Akademik Bakış Dergisi* 2010; (21), 1-16.

9. Varlı D. İlköğretim 8. sınıf öğrencilerin çevreye yönelik tutumlarının incelenmesi. *Gaziosmanpaşa Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Tokat, Türkiye, 2014.*

10. Aytaç M, Öngen B. Doğrulayıcı faktör analizi ile yeni çevresel paradigma ölçeğinin yapı geçerliliğinin incelenmesi. *İstatistikçiler Dergisi* 2012; (5): 14-22.

11. Günden C, Miran B. Yeni çevresel paradigma ölçeğiyle çiftçilerin çevre tutumunun belirlenmesi: izmir ili torbalı ilçesi örneği. *Ekoloji Dergisi. Journal of Ecology* 2008; 18 (69): 41-50.

12. Çakır M, İrez S, Doğan Ö K. Güncel çevresel sorunların anlaşılması: altı eğitimli bir Türk okulu örneği. *Eğitim Çalışmaları Dergisi* 2010;36(1): 21-33.

13.Çabuk B, Karacaoğlu B C. Üniversite öğrencilerinin çevre duyarlılıklarının incelenmesi. *Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi* 2003; 36 (1): 189-198.

14. Slimak W, Dietz M T. Kişisel değerler, inançlar ve ekolojik risk algısı. *Risk Analizi Dergisi* 2006; 26 (6): 1689-1705.

15. Genç M, Genç T. Sınıf öğretmenliği öğrencilerinin çevreye yönelik tutumlarının

belirlenmesi. *Asya Öğretim Dergisi* 2013; 1 (1): 9-19.

16. Ji HC. Factor structure of the new environmental paradigm scale: evidence from an urban sample in Southern California *Psychological Reports*, 2004; pp. 125–130.

17. Schultz PW, Zelezny L. Values and proenvironmental behaviour: a five country survey. *Journal of Cross-Cultural Psychology* 1998; 29, pp. 540–558.

18. Gardner GT, Stern PC, Environmental problems and human behavior (2nd ed.) Pearson Custom Publishing 2002 Boston

19. Hodgkinson SP, Innes JM. The Attitudinal Influence of Career Orientation in 1st-Year University Students: Environmental Attitudes as a Function of Degree Choice *The Journal of Environmental Education*, 2001; 32:3, 37-40.

20. Hawcroft LJ, Milfont TL . The use (and abuse) of the New Environmental Paradigm Scale over the last 30 years : a

meta-analysis. *Journal of Environmental Psychology* 2010;30: 143-158.

21. Zelezny LC, Chua P, Aldrich C. New Ways of Thinking about Environmentalism: Elaborating on Gender Differences in Environmentalism. *Journal of Social Issues* Volume 2002; 56, Issue 3, pages 443–457.

22. Meydan A, Doğu S. İlköğretim İkinci Kademe Öğrencilerinin Çevre Sorunları Hakkındaki Görüşlerinin Bazı Değişkenlere Göre Değerlendirilmesi, *Selçuk Üniversitesi Ahmet Keleşoğlu Eğitim Fakültesi Dergisi*, 2008; 26, 267-277.

23. Ek HN, Kılıç N, Ögdüm P, Düzgün G, ve Şeker S. Adnan Menderes Üniversitesinin Farklı Akademik Alanlarında Öğrenim Gören İlk Ve Son Sınıf Öğrencilerinin Çevre Sorunlarına Yönelik Tutumları Ve Duyarlılıkları. *Kastamonu Eğitim Dergisi* 2009; 17(1), 125-136.

Breast Self-Examination Knowledge and Practice Level of Female Health Care Professionals Who Work in Istanbul**İstanbul'da Bir Sağlık Kuruluşunda Çalışan Kadın Sağlık Profesyonellerinin Kendi Kendine Meme Muayenesini Bilme ve Uygulama Durumları****Nuran GENÇTÜRK^a**

Abstract Objective : This descriptive study conducted in a state hospital to understand female health care professionals' knowledge and practice level of Breast Self-Examination (BSE). **Materials and Methods:** Study sample was 76 voluntary women working in the hospital from July 9th to September 17th in 2009. Data of the study has been collected using a questionnaire developed by the researcher according to the literature. The participation was totally on the basis of voluntariness and the questionnaire has been filled up by the participants themselves. Evaluation of the data was done with computer. **Results:** Study found the 86.8% of them know how to perform BSE; 19.7% were doing it periodically each month. Signs and symptoms to observe through it were known between 32.9% - 60.5% and the awareness about the important points of it was between 30.3% - 77.6%. **Conclusion :** Research data analysis showed they know theoretically how to practice it but few performing it periodically and effectively and they have medium knowledge about what signs and symptoms to observe through breast self-examination.

Key words: Breast cancer, breast self-examination, early cancer diagnosis

Özet Amaç : Bu araştırma devlet hastanesinde çalışan kadın sağlık profesyonellerinin Kendi Kendine Meme Muayenesi (KKMM) ile ilgili bilgilerini ve uygulamalarını değerlendirmek amacıyla tanımlayıcı olarak yapıldı. **Materyal ve Metod :** Araştırmanın örneklemini araştırmaya katılmaya istekli ve 9 Temmuz – 17 Eylül 2009 tarihlerinde hastanede görevli olan 76 kadın sağlık profesyoneli oluşturdu. Veriler araştırmacı tarafından literatür bilgileri doğrultusunda geliştirilen bir anket formu ile toplandı. Katılım tamamen gönüllülük ilkesine dayalıydı ve anket katılımcıların kendileri tarafından dolduruldu. Verilerin değerlendirilmesinde bilgisayar ortamından yararlanıldı. **Bulgular :** Araştırmada katılımcıların %86.8'inin KKMM yapmasını bildiği ve %19.7'sinin düzenli her ay KKMM yaptığı belirlendi. Ayrıca katılımcıların %32.9 ile %60.5 arasında kendi kendine meme muayenesinde araştırılması gereken belirti ve bulguları bildiği, %30.3 ile %77.6 arasında KKMM yapılırken dikkat edilmesi gereken noktaları bildiği saptandı. **Sonuç :** Araştırma sonucunda kadın sağlık profesyonellerinin çoğunun KKMM'yi teorik olarak bildiği, fakat çok azının düzenli ve etkin olarak yaptığı ve katılımcıların orta düzeyde KKMM'de araştırılması gereken belirti ve bulguları bildiği saptandı.

Anahtar Kelimeler : Meme kanseri, kendi kendine meme muayenesi, erken kanser teşhisi

Geliş Tarihi/Received: 13.03.2015 Kabul Tarihi/Accepted:02.062015

^a Yrd. Doç. Dr., İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü, gencnur@yahoo.com

Introduction

Breast cancer is the most common deadly disease in Turkey and in the world among women. It is in the first place between cancer types suffered by women with an incidence rate of 40.6/100.000 according to 2009 statistics of Health Ministry of Turkey.¹ In 2012, 1.7 million women were diagnosed with breast cancer and there were 6.3 million women alive who had been diagnosed with breast cancer in the previous five years.² Extension of average life time, changes on lifestyles, diagnostic tests together with screening programs and cancer feedbacks' increase cause the incidence rate of breast cancer to rise. Despite the all advancements in medicine, breast cancer still threatens lives of women. Since it is a common and deadly disease even healthy women are seriously anxious about it. Diminishing this threat is possible by each society itself deciding the breast cancer risks and groups at risk and by generalizing screening programs which includes Breast Self-Examination (BSE), mammography (MG) and clinical breast examination. Like most types of cancer, early diagnosis is the key element on treatment, life extension and chances of surgical attempts.³⁻⁶ In our country, every woman between the ages of 40-69 are tested by mammography (MG) every two years, and counseling is provided on BSE to every woman above the age of 20.⁷ 80-90% of breast masses is detectable by women themselves through BSE and 25.0% of these masses are malignant.^{6,8,9} Although BSE is not enough on cancer diagnosis by itself, it is still an important tool since increases women's responsibility over their own health and their familiarity with breast tissues. It also is an economic and easy tool which requires no special equipment and helps women to learn preventative health measures. Performing BSE regularly takes only 10 minutes each month and prevents women's privacy. Many health institutions all around the world recommend BSE to all women after

age 20 as an early diagnosis tool on breast cancer.^{3,5,9-14}

Female health care professionals have an indispensable role on breast cancer signs and symptoms detection and diagnosis, identification of the risk groups, informing the public on importance of early diagnosis methods. This role forces them to have comprehensive knowledge on breast cancer and be skilfully experienced on applying screening measures against it. The studies carried out on this issue make one to think that female health care professionals in Turkey are not having enough information and skills to play this role.

Researches made in Turkey between female health care professionals reveal that 81.3% to 40.6% of them perform BSE irregularly; 58% to 15% perform it regularly each month; 68% to %8 never performed it.^{8,11,13,15,16} As the researches reveal, most of the female health care professionals do not make BSE a part of their lives, so it was necessary to conduct a research on this area to decide what kind of strategy is needed to improve the status of this important tool.

Method

Study design: This study was designed as a descriptive to assess the knowledge and skill level towards BSE of female health professionals working in Istanbul.

Setting and sample: Population of the study were 107 female health care professionals (technicians, nurses, doctors, pharmacists, laboratory assistants) working in the hospital. The sample of the study was 76 female health care professionals who were working in the hospital at the mentioned dates and willing to participate in the study. The participation rate of the study is low because the dates (July 9th to September 17th in 2009) the research has been conducted are traditionally the season of annual leaves and the hospital assigns some of its employees in two different district polyclinics.

Ethical consideration: Istanbul Health Directorate's written permission from the

institutional ethical committee was taken before starting the study. The researcher received verbally informed concerning of participants. The participation was totally on the basis of voluntariness and the questionnaire has been filled up by the participants themselves.

Measurements/Instruments: Data of the study was collected using a questionnaire developed by the researcher according to the literature.^{5,8,9,11-14,16,17} Questionnaire is composed of 19 questions concerning female health care professionals' socio-demographic characteristics, presence of family member(s) with breast cancer, BSE knowledge, practice and practicing frequency.

Data collection/Procedure: Data collection was took approximately 3 months from July 9th to September 17th in 2009 at the Hospital of Istanbul province. The researcher was

applied questionnaire at hospital. Participants who agree to take part in the stuffy were taken into interview rooms and questionnaire were filled with face-to-face interview method at 10 minutes.

Data analysis: Evaluation of the data obtained in this study was done with statistics package program. Frequency, ratio values were used in analysis of the data.

Results

52.6% of health care professionals were between 26-35 years old; 75.0% had at least bachelor's degrees with some also possessing master's degrees (Table 1). The research revealed that 86.8% of the participant health care professionals know how to perform BSE, 19.7% were performing it periodically, 32.9% know when to perform according to menstruation cycle, 26.3% know at what age to start performing BSE (Table 2).

Table 1. Socio-demographic Characteristics

Socio-demographic Characteristics		N	%
Age	18-25	21	27.6
	26-35	40	52.6
	36 and over	15	19.7
Education	High School	19	25.0
	Bachelor's Degree + Master's Degree	57	75.0
Job	Other Health Care Professionals	22	28.9
	Nurse	47	61.8
	Doctor	7	9.2
Total		76	100.0

Table 2: Health care professionals' knowledge and practice level of Breast Self-Examination (BSE)

Knowledge and practice level of Breast Self-Examination (BSE)	Yes		No		Total	
	n	%	n	%	n	%
Participants who know how to perform BSE	66	86.8	10	13.2	76	100.0
Participants who perform BSE every month	15	19.7	61	80.3	76	100.0
Participants who know when to perform according to menstruation cycle	25	32.9	51	67.1	76	100.0
Participants who know at what age to start performing BSE	20	26.3	56	73.7	76	100.0

For the visual examination stage of the three different levels of BSE assessment, 36.8% of health care professionals know to observe “redness, purpleness on the breast skin”, “nipple abnormality”, “fluid coming out of nipples”; for the examination of the breasts using hands while lied down, 60.5% of health care professionals know to observe “lumps or solidity”; for the examination of breast using hands while standing up 51.3% know to observe for “swellings on the breasts” (Table 3). When important points

need to be known to perform an efficient BSE criteria is looked for, 77.6% of them know to “perform it in the shower when their skin is wet and slippery”, 30.3% know to “use pads of three middle fingers”, 43.4% know where to examine which is “from the outside of the breast (under the armpit) toward the middle of the chest, up to the collarbone and down to the bottom of the ribcage”, 32.9% know to “use different levels of pressure - light, medium, and firm - to feel each part of the breasts” (Table 3).

Table 3. What to observe and important points knowledge level while performing Breast Self-Examination (BSE) (N=76)*

		Know	%
Symptoms to observe during visual examination stage of BSE	Redness and purpleness on breast skin	28	36.8
	Abnormality on the nipples	28	36.8
	Nipple discharge	28	36.8
	Breasts that are not evenly shaped with visible distortion	25	32.9
	One of the breasts being bigger, smaller or contracted than the usual size	25	32.9
Symptoms to observe in BSE during hand examination while lied down	Lumps or solidity in the breast	46	60.5
Symptoms to observe in BSE during hand examination while standing up	Swelling on the breast (its size, shape, borders, solidity and mobility)	39	51.3
Level of knowledge towards important points of BSE	Performing BSE under shower when the skin is wet and slippery	59	77.6
	Using pads of three middle fingers	23	30.3
	The area to examine on the breast	33	43.4
	Applying three different levels of pressure (light, medium and firm)	25	32.9

* More than one option has been chosen. Most chosen options have been placed in the questionnaire.

Discussion

Studies conducted both domestically and internationally concerning health care professionals' knowledge, practice and skill level of BSE do not reveal any similarities

depending on age and the educational background but they do reveal similarities depending on the jobs of health care professionals.^{8,13,16,17}

A study conducted between women drawn from normal population in Turkey show that while 13.4% of the women perform BSE regularly each month, 38.8% do not do so.⁹ Another research stresses that 86.2% of the women never performed BSE in their lives, 13.8% perform it sometimes and none of them regularly perform it.¹⁸ An international study how that 68.3% of women are not aware of BSE, 18.1% who perform BSE are mainly between the age 50-59 and quite a few of them are under age 30.¹⁹

Researches made in Turkey between female health care professionals show that 81.3% to 40.6% of them perform BSE irregularly; 58.0% to 10.2% perform it regularly each month; 68.0% to %8.0 never performed it.^{7,8,11,13,15,16} Additionally Cavdar et al.'s (2007) study indicates 40.0% of the nurses and 38.0% of doctors who perform BSE do it between 5th-7th days of their menstruation cycle. Another study shows that 60.9% of nurses who perform BSE were aware of the right time for it.¹¹

Madanat and Merrill's (2002) study in Jordan show that 67.9% of nurses know that BSE should be performed each month regularly and 63.35% know the right age to start performing it. Another study carried on public health nurses showed that 93.0% of them were performing BSE and the rest never done it before. Ones who don't perform BSE states that they are either too busy or forget to do it.²¹

Participants of the study are health care professionals with high educational backgrounds and study indicates that this increases the level of knowledge towards BSE but it has no affect on the practice level of BSE (Table 2). Different studies list female health care professionals' reasons for not to perform BSE regularly are as follows; forgetting, having no time, not considering BSE as necessary, having no sufficient knowledge and skills, not being able to form it as a habit, not believing to be in the risk group and the most effective reason which creates a strong reluctance is being afraid of finding a lump in the breasts.^{13,14,16}

Participant health care professionals received information concerning early diagnosis methods of breast cancer during their formal vocational educations and Health Ministry organizes on-the-job trainings at intervals about breast cancer. When these two facts taken into consideration, the rate of participants who perform BSE regularly with the right method is thought to be very low. A female health care professional who doesn't perform BSE can fail to create awareness towards it in the people she serves.

Many studies reveal that lumps in the women who perform BSE regularly are smaller and more localized than ones who don't perform it regularly and 80-90% of lumps are found during BSE or incidentally by women themselves.^{6,8,9} Additionally, literature shows that when BSE is performed regularly, breast cancer mortality rate would fell and survival rates would increase.¹⁴

Koc and Saglam's (2009) study shows that women in the normal population have no sufficient knowledge and skills prior to their formal education and after it a statistically significant difference occurs when compared with before.

When female health care professionals' knowledge of BSE technique is investigated in Turkey, it's found that 25.0% to 52.2% of them know the right technique exactly, 14.9% to 39.4% know it inadequately and 8.4% know nothing about it.^{15,16} This study findings were similar to the literature (Table 2, Table 3).

To be able to get to know the breast tissue and detect the possible changes in it, BSE should be performed regularly individuals should be willing to perform it and also should know the technique well; feel responsibility to practice it and should assess the signs and symptoms obtained through BSE effectively.⁶

Altuncan et al.'s (2008) research on women drawn from normal population show that higher educational background and family history of breast cancer are connected with BSE practice ($p < 0.05$). Another study conducted on Nigerian women drawn from

normal population reveals that women with a university degree possess higher degree of knowledge about BSE ($p=0.045$) and employs it much higher than women with elementary education.¹⁹

Conclusion

Research data analysis showed that female health care professionals know how to practice it but few of them performing it periodically and effectively and they have average knowledge about what signs and symptoms to observe through the examination. Additionally, study found, nurses' and doctors' level of knowledge of BSE than other health care professionals is statistically meaningful when compared.

Under the light of these results, it's decent to say BSE should have more of a place in formal vocational and on-the-job trainings of female health care professionals and demonstrative means should be installed to teach it better. Also, before and after every training activity necessary tests should be applied to participants to measure the efficiency of trainings.

To increase the level of health care professionals' right and efficient use of BSE, breast health initiatives should be prepared by taking into account socio-cultural structures and characteristics.

However, BSE is a very suitable method for developing countries like Turkey since it's a cheap and easy way of breast cancer early diagnosis.

Conflict of Interest

The authors declare no conflicts of interest.

Acknowledgements

We would like to thank C.Ozan Aslan for him assistance in the translation of this article.

References

1. TC Sağlık Bakanlığı. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. Kanser Daire Başkanlığı [Health Ministry of Turkey. Public Health Agency of Turkey. Cancer Departments]. Available from : [http://kanser.gov.tr/daire-](http://kanser.gov.tr/daire-faaliyetleri/kanser-istatistikleri/922-2009-kanser-insidanslar%C4%B1.html)

[faaliyetleri/kanser-istatistikleri/922-2009-kanser-insidanslar%C4%B1.html](http://kanser-istatistikleri/922-2009-kanser-insidanslar%C4%B1.html) (Access Date: 13.03.2015)

2. International Agency for Research on Cancer. Latest world cancer statistics Global cancer burden rises to 14.1 million new cases in 2012: Marked increase in breast cancers must be addressed. http://www.iarc.fr/en/media-centre/pr/2013/pdfs/pr223_E.pdf (Access Date: 20.05.2015)
3. İğci A, Asoğlu O. Meme Kanserinin Erken Tanısında Tarama Yöntemleri [Early Diagnosis of Breast Cancer Screening Methods]. In Topuz E, Aydın A, Dinçer M (Eds), Meme Kanseri [Breast Cancer]. Istanbul: Nobel Medical Bookstores; 2003. p.113-123.
4. Gençtürk N. Meme kanserinde korunma [Protection of breast cancer]. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi [Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences] 2007; 10(4): 72-82.
5. Kılıç D, Sağlam R, Kara Ö. Üniversite öğrencilerinde meme kanseri farkındalığını etkileyen faktörlerin incelenmesi [The examination of the factors affecting the awareness of breast cancer in college students]. Meme Sağlığı Dergisi [The Journal of Breast Health] 2009; 5(4): 195-199.
6. Akyolcu N, Altuğ Uğraş G. Kendi kendine meme muayenesi erken tanı ne kadar önemli? [Breast self-examination: How important is it in early diagnosis?]. Meme Sağlığı Dergisi [The Journal of Breast Health] 2011; 7(1): 10-14.
7. Isik Andsoy I, Gul A. Breast, cervix and colorectal cancer knowledge among nurses in Turkey. *Asian Pasific Journal of Cancer Prevention* 2014; 15(5): 2267-2272
8. Cavdar I, Akyolcu N, Ozbas A, Oztekin D, Ayoglu T, Akyuz N. Determining female physicians' and nurses' practices and attitudes toward breast self-examination in Istanbul, Turkey. *Oncology Nursing Forum* 2007; 34(6): 1218-1221.

9. Ekici E, Utkualp N. Kadın öğretim elemanlarının meme kanserine yönelik davranışları [Women instructors behaviors towards breast cancer]. *Meme Sağlığı Dergisi* [The Journal of Breast Health] 2007; 3(3): 136-139.
10. Gençtürk N. Meme kanserinde risk faktörleri [Risk factors in breast cancer]. *Hemşirelik Forumu Dergisi* [Nursing Forum] 2006; July-August, May-June: 106-112.
11. Kılıç S, Uçar M, Seymen E, İnce S, Ergüvenli Ö, Yıldırım A, Portakal N, Kuru N. Kendi kendine meme muayenesi bilgi ve uygulamasının GATA Eğitim Hastanesinde görevli hemşire, hemşirelik öğrencileri ve hastaneye müracaat eden kadın hastalarda araştırılması [Determination of the knowledge and practice level of breast self-examination among the nurses of the GATA hospital, the students of the GATA nursing school and some female patients]. *Gülhane Tıp Dergisi* [Gulhane Medical Journal] 2006; 48(4): 200-204.
12. Aydın Avcı İ, Altay B, Kocatürk B. Ebe öğrencilerin kendi kendine meme muayenesine yönelik sağlık inançları [Midwifery students' health beliefs intended for breast self examination]. *Meme Sağlığı Dergisi* [The Journal of Breast Health] 2008; 4(1): 25-28.
13. Karayurt Ö, Coşkun A, Cerit K. Hemşirelerin meme kanseri ve kendi kendine meme muayenesine ilişkin inançları ve uygulama durumu [Nurses' beliefs about breast cancer and breast self examination and their breast self examination performance]. *Meme Sağlığı Dergisi* [The Journal of Breast Health] 2008; 4(1): 15-20.
14. Koç Z, Sağlam S. Kadınların meme kanseri, koruyucu önlemler ve kendi kendine meme muayenesi ilgili bilgi ve uygulamalarının belirlenmesi ve eğitimin etkinliği [Determination of the knowledge and the practice of female patients about breast cancer, preventive measures and breast self-examination and effectiveness of education]. *Meme Sağlığı Dergisi* [The Journal of Breast Health] 2009; 5(1): 25-33.
15. Canbulat N. Sağlık çalışanlarının meme kanseri, kendi kendine meme muayenesi ve mamografiye ilişkin sağlık inançlarının belirlenmesi [The examination of health workers' health beliefs on breast cancer, breast self examination and mammography]. TC Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimler Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi [TC Atatürk University, Institute of Health Sciences, Department of Surgical Nursing, Master's Thesis], Erzurum, Turkey, 2006. (<http://www.belgeler.com/blg/u83/saglik-calisanlarinin-meme-kanseri-kendi-kendine-meme-muayenesi-ve-mamografiye-iliskin-saglik-inanclarinin-incelenmesi-examination-of-health-workers-health-beliefs-on-breast-cancer-breast-self-examination-and-mammography>) (Access Date 31.07.2014)
16. Uncu F, Bilgin N. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan ebe ve hemşirelerin meme kanseri erken tanı uygulamaları konusunda bilgi, tutum ve davranışları [Knowledge, attitude and behavior of midwives and nurses working in primary health services on breast cancer early diagnosis practices]. *Meme Sağlığı Dergisi* [The Journal of Breast Health] 2011; 7(3): 167-175.
17. Ibrahim NA, Odusanya OO. Knowledge of risk factors, beliefs and practices of female healthcare professionals towards breast cancer in a tertiary institution in Lagos, Nigeria. *BMC Cancer* 2009; 9-76: 1-8.
18. Altuncan H, Akın B, Ege E. 20-60 yaş arası kadınların kendi kendine meme muayenesi (KKMM) uygulama davranışları ve farkındalık düzeyleri [Awareness and practice of breast self examination (BSE) among 20-60 years women]. *Meme Sağlığı Dergisi* [The

- Journal of Breast Health] 2008; 4(2): 84-91.
19. Balogun MO, Owoaje ET. Knowledge and practice of breast self-examination among female traders in Ibadan, Nigeria. *Annals of Ibadan Postgraduate Medicine* 2005; 3(2): 52-56.
20. Madanat H, Merrill RM. Breast cancer risk factor and screening awareness among women nurses and teachers in Amman, Jordan. *Cancer Nursing* 2002; 25(4): 276-282.
21. Chong PN, Krishnan M, Hong CY, Swash TS. Knowledge and practice of breast cancer screening amongst public health nurses in Singapore. *Singapore Med J* 2002; 43(10): 509-516.

Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü Öğrencilerinin Mesleki Farkındalık Düzeylerinin İncelenmesi

Investigation of Professional Awareness of Students in Physiotherapy and Rehabilitation Division

Arzu RAZAK ÖZDİNÇLER^a, Ela TARAKCI^b, Yasemin ASLAN^c

Özet Amaç: Çalışmamızın amacı İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü öğrencilerinin aldıkları eğitim süresi içinde meslekleri hakkındaki farkındalık durumlarını araştırmaktır. **Gereç ve Yöntemler:** Çalışmamıza katılan 201 öğrenciden 49'u 1.sınıf, 59'u 2.sınıf, 51'i 3.sınıf, 42'si 4.sınıf öğrencisiydi. Araştırmacılar tarafından oluşturulan, 15 soru içeren anketimiz, öğrencilerimizin aldıkları eğitim ve fizyoterapi alanındaki farkındalıklarının incelenmesi için hazırlandı. Anketimiz tüm öğrencilere eş zamanlı olarak uygulandı. **Bulgular:** Meslek yasası ve birlikte çalışacakları hekimlerle ilgili 2 soruyu 1.sınıfların %70'i (n=34), 2.sınıfların %79'u (n=46), 3.sınıfların %78'i (n=40) ve 4.sınıfların %67'si (n=28) doğru bir şekilde cevapladı. Bölümümüzün tarihçesi, vizyonu, misyonu ve mezuniyet koşulları hakkındaki 8 soruyu 1.sınıfların %55'i (n= 27), 2.sınıfların %52'si (n=30), 3.sınıfların %56'sı (n=28) ve 4.sınıfların %71'i (n=30) doğru cevapladı. 1.sınıfların %85'i (n=42), 2.sınıfların %68'i (n=40), 3.sınıfların %92'si (n=47) ve 4.sınıfların %85'i (n=36) bölümümüzün lisansüstü eğitimi hakkındaki soruyu doğru cevapladı. Tüm sınıflar bölüm memnuniyeti, klinik ve temel tıp konularında yeterlilik hakkındaki 3 soruyu "biraz memnunuz" diye cevaplarken; aileleri ve yakın çevrelerinin mesleklerine bakış açılarını değerlendiren soruları "çok olumlu" olarak belirtti. **Sonuç:** Çalışmamıza katılan öğrencilerin eğitim ve mesleki farkındalıkları hakkındaki sorulara verdikleri cevapların oranı çok yüksekti. Tüm sorularda ilerleyen sınıflarda farkındalığın artması beklenirken birlikte çalışılabilecek hekim grupları ve meslek yasası ile ilgili yanıtlar bu düşüncemizi doğrulamadı. Ancak bölümümüzün mezuniyet koşulları ve lisansüstü eğitimi ile ilgili yanıtlar bu konulardaki farkındalığın ilerleyen sınıflarda arttırdığını gösterdi. Genel olarak sonuçlardaki bu değişiklik bize farkındalığın bireysel ilgiyle alakalı olduğunu düşündürdü.

Anahtar Kelimeler: Fizyoterapi ve rehabilitasyon, mesleki farkındalık, memnuniyet

Abstract Purpose:The aim of this study is to search professional awareness of the students of Istanbul University Faculty of Health Science Division of Physiotherapy Rehabilitation.**Methods:** We recruited 201 students they were 49 in first class, 59 in class 2, 51 in class 3, 42 in class 4.Questionnaire which had 15 questions was prepared by the researchers for analysing of awareness in physical therapy issue. Questionnaire were implemented to all students concurrently.**Results:**Two questions about the professional law and within the scape of this law which physician they have ability to work with were answered correctly by 70% (n=34) of class 1.,79 % (n=46) of class 2,78% (n=40) of class 3 and 67% (n=28) of class 4. Eight questions about our division's history,vision,mission and condition of graduation were replied correctly by 55.5%(n=27) of class 1, 52%(n=30) of class 2. 56%(n=28) of class 3 and 71%(n=30) of class 4.85%(n=42) of class1, 68%(n=40) of class 2.92%(n=47) of class 3.85%(n= 36) of class 4 answered correctly the question that was about provision of graduate study in our department.When all classes answered like "a bit pleased" three questions that was about pleasure of division,competence of clinical and basic medicine subjects,they indicated'very positive'to questions which evaluate perspective of family and their nearby. **Conclusion:**The students of in this study ratio of correct answer to questions which were about professional awareness were high. When increasing of awareness in progressive classes was supposed to, correlation wasn't observed. These results were thought this awareness might be relevant for individual concern.

Key words: Physiotherapy, professional awareness, satisfaction

Geliş Tarihi/Received: 27.01.2015 Kabul Tarihi/Accepted:02.06.2015

^a Yazışma adresi/Correspondence: Prof.Dr İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü, Demirkapı Cad. Karabal Sk. Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi Bahçesi, Bakırköy, İstanbul,0212 414 15 28, arzuozdincler@hotmail.com

^b Doç.Dr, İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü, Demirkapı Cad. Karabal Sk. Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi Bahçesi, Bakırköy, İstanbul, 0212 414 15 28, etarakci@istanbul.edu.tr

^c Uz.Fzt, İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Kampüsü, Cerrahpaşa, İstanbul yaseminaslan@hotmail.com

*1. Sağlık Bilimleri Kongresinde bildiri olarak sunulmuştur. 20-21 Kasım 2014, Ankara.

Giriş

Üniversite eğitimi sürecinde öğrenciler okudukları alanla ilgili bilgileri öğrenirler. Araştırarak ve sorarak daha fazla ve kapsamlı bilgiye ulaşmak öğrencilerin kapasiteleri ve istekleri ile doğru orantılıdır. Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümleri'nde öğrenciler fizyoterapistlik mesleğini öğrenirler. Meslek, bir kişinin hayatını kazanmak amacıyla icra ettiği, eğitim, çalışma, bilgi birikimi ve yetenek geliştirmeyi gerektiren iş olarak tanımlanmaktadır.¹ Fizyoterapi ve rehabilitasyon, hareket bozukluğuna yol açan her türlü yaralanmada, hastalıkta, doğumsal ve edinsel özür durumunda, iş yeri sağlığı ve endüstride fizyoterapiye özgü değerlendirme yöntemlerinin ve tedavi yaklaşımlarının uygulandığı, fiziksel sakatlıkları olan bireylerin yeniden topluma kazandırılmasında, sağlıklı bireyler için koruyucu sağlık hizmetlerinde ve yaşam kalitesinin artırılmasında önemli görevleri olan bir bilim dalıdır.²

Öğrenciler fizyoterapi mesleğinin alt yapısını oluşturan anatomi, fizyoloji, biyokimya, histoloji gibi temel tıp bilimleri derslerini ve bunun üzerine inşa edilen klinik bilimleri öğrenirler. Daha sonra ise fizyoterapistlik mesleğinin özel öğretilerini, klinik problem çözmeyi, alanlarında analiz yapabilmeyi bilgi, beceri ve tutum sıralamasıyla öğrenirler. Fizyoterapi ve rehabilitasyon eğitmenleri öğrencilerinin problem çözme / klinik karar verme yeteneklerini geliştirmek ve öğrencinin derse katılımını artırmak için çalışırlar.³ Bu alandaki yeteneklerin gelişmesi, fizyoterapi öğrencilerinin teorik ve pratik bilgiyi aktif olarak inşa etmesi ve birleştirmesini gerektirmektedir.⁴ Ayrıca farkındalık arttıkça mesleki aidiyet duygusunun da gelişmesi beklenmektedir.

İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümünde öğrenciler birinci sınıfta aldıkları temel tıp bilimleri derslerinin yanı sıra meslekleri ile tanışmalarını sağlayan “Fizyoterapide Etik Prensipler” ve “Fizyoterapi ve Rehabilitasyona Giriş” dersi

kapsamında mesleki farkındalıkları ile ilgili bilgiler edinirler. İkinci sınıfta “Fizyoterapide Ölçme ve Değerlendirme Yöntemleri” dersinde hastaları değerlendirmeye yönelik “Tedavi Hareketleri ve Prensipleri” ve “Fiziksel Modaliteler ve Elektroterapi” derslerinde ise hastaların problemlerini çözmeye yönelik tedavi modalitelerini öğrenirler. Üçüncü sınıfta ortopedi, nöroloji, pediatri, romatoloji gibi alanlarda farklı hastalıkları ve bu hastalıklardaki fizyoterapi ve rehabilitasyon prensiplerini öğrenirler. Ayrıca ikinci sınıfta 4 hafta, üçüncü sınıfta 6 hafta olmak üzere hastanelerde ve benzeri sağlık kuruluşlarında yaptıkları klinik çalışmalarda (stajlarda) meslektaşları ile tanışırlar ve onların süpervizörlüğünde çalışırlar.⁵ Bu süreçlerde mesleki farkındalıklarını geliştirme olanağı bulurlar.

Çalışmamızın amacı İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü öğrencilerinin aldıkları eğitim süresi içinde meslekleri hakkındaki farkındalık durumlarını ve farklı sınıflarda bu farkındalığı ne düzeyde kazandıklarını değerlendirmektir.

Gereç ve Yöntemler

Çalışmamız İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü'nde okuyan toplam 201 öğrenci ile gerçekleştirildi. Araştırma, tanımlayıcı bir çalışma olarak tanımlanabilir. Öğrencilerin mesleki farkındalıkları ve aldıkları eğitimi incelemek için araştırmacılar tarafından 15 sorudan oluşan anket hazırlandı (Ek 1). Anket fizyoterapistlerin çalışma kanunu, okulumuzun Avrupa'da üyesi olduğu kuruluşun adı, bölümümüzün misyonu ve vizyonu, kuruluş yılı, yüksekokul ve bölüm olmasının yılı, mezuniyet için gerekli olan kredi sayısı, lisansüstü eğitim için gerekli koşulların neler olduğu, eğitim süresi boyunca aldıkları temel tıp bilimleri ve klinik derslerin yeterlilikleri, fizyoterapi ve rehabilitasyon bölümünde okuma ile ilgili

kendi memnuniyet düzeyleri ve aile-çevrenin bakış açısının incelendiği soruları içermektedir. Anket final sınavları döneminde tüm sınıflardaki öğrencilere eş zamanlı olarak uygulandı. Öğrencilerin anketi tamamlamaları için ortalama 10 dk. verildi ve amfi ortamında, gözetmenler eşliğinde birbirlerinden etkilenmeden doldurmaları sağlandı. Bölümümüzde okuyan toplam 380 öğrenciden çalışmaya katılmayı kabul eden 201 kişiye anket uygulandı.

Çalışmanın istatistiksel analizi için Windows tabanlı SPSS programının 21.0 versiyonu kullanıldı. Ölçümle belirlenen değişkenler için ortalama \pm standart sapma, sayımla belirlenen değişkenler için (%) ve frekans değerleri hesaplandı.

Bulgular

Ankete katılan öğrencilerden 49'u 1.sınıf, 59'u 2.sınıf, 51'i 3.sınıf, 42'si ise 4.sınıf öğrencisiydi. Çalışmaya katılan öğrencilerin %53'ü bayan, %47'si erkek, yaş ortalamaları

ise 20.2 ± 4.8 idi. Meslek yasası ve birlikte çalışacakları hekimlerle ilgili 2 soruyu 1.sınıfların %70'i (n=34), 2.sınıfların %79'u (n=46), 3.sınıfların %78'i (n=40) ve 4.sınıfların %67'si (n=28) doğru bir şekilde cevapladı. Bölümümüzün tarihçesi, vizyonu, misyonu ve mezuniyet koşulları hakkındaki 8 soruyu 1.sınıfların %55'i (n= 27), 2.sınıfların %52'si (n=30), 3.sınıfların %56'sı (n=28) ve 4.sınıfların %71'i (n=30) doğru cevapladı. 1.sınıfların %85'i (n=42), 2.sınıfların %68'i (n=40), 3.sınıfların %92'si (n=47) ve 4.sınıfların %85'i (n=36) bölümümüzün lisansüstü eğitimi hakkındaki soruyu doğru cevapladı. Öğrencilerin mesleki farkındalık düzeyleri ile ilgili verdikleri doğru ve yanlış cevaplar Tablo 1'de gösterildi. Tüm sınıflar klinik ve temel tıp konularında yeterlilik hakkındaki soruları çoğunlukla "yeterli" diye cevaplarırken; genel memnuniyetlerini "biraz memnunum", aileleri ve yakın çevreleri hakkındaki bakış açılarını değerlendiren soruyu genellikle "çok olumlu" diye işaretlediler (Tablo 2).

Tablo 1. Tüm sınıflardaki öğrencilerin mesleki farkındalık düzeyleri

	Doğru Cevap		Yanlış Cevap	
	n	%	n	%
Meslek kanunu (1. ve 11.soru)	148	73.63	53	26.36
Bölümümüz hakkındaki farkındalık (2., 3., 4., 5., 6., 7., 8. ve 9 sorular)	125	62.18	76	37.81
Lisansüstü eğitim hakkındaki farkındalık (10. soru)	165	82.08	36	17.92

Tablo 2. Tüm sınıflardaki öğrencilerin yeterlilik, memnuniyet düzeyleri ve aile bakış açısı

	Yeterli değil	Biraz yeterli	Çok yeterli	Bilmiyorum
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Temel tıp derslerinin yeterliliği (12. soru)	20 (9.95)	52 (25.87)	119 (59.20)	10 (4.97)
Klinik derslerin yeterliliği (13.soru)	21(10.44)	99(49.25)	79(39.30)	2 (0.99)
	Memnun değilim	Biraz memnunum	Çok memnunum	Bilmiyorum
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Genel memnuniyet (14. soru)	24 (11.94)	103 (51.24)	64 (31.84)	10 (4.97)
	Olumlu değil	Biraz olumlu	Çok olumlu	Bilmiyorum
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Aile ve çevrenin memnuniyeti (15.soru)	4 (1.99)	22 (10.94)	159 (79.10)	6 (2.98)

Tartışma

Çalışmamıza katılan öğrencilerin eğitim ve mesleki farkındalıkları hakkındaki sorulara verdikleri doğru cevapların oranı yüksekti. Tüm sorularda ilerleyen sınıflarda farkındalığın artması beklenirken birlikte çalışılabilecek hekim grupları ve meslek yasası ile ilgili yanıtlar bu düşüncemizi doğrulamadı. Ancak bölümümüzün mezuniyet koşulları ve lisansüstü eğitimi ile ilgili yanıtlar bu konulardaki farkındalığın ilerleyen sınıflarda arttırdığını gösterdi. Genel olarak sonuçlardaki bu değişkenlik bize farkındalığın bireysel ilgiyle alakalı olduğunu düşündürdü. Çalışmamıza benzer olarak Kunduracılar ve ark. fizyoterapi ve rehabilitasyon bölümü öğrencilerinde mesleki farkındalığının değerlendirilmesi ile ilgili çalışmalarında birinci sınıfa başlayan öğrencilere yaptıkları anketten elde edilen bulgulara dayanarak öğrencilerin fizyoterapi ve rehabilitasyon mesleğinin henüz temel derslerini dahi almamış olmalarına rağmen, “fizyoterapide yeterlilikler hakkında farkındalıklarının” ve “mesleki duyarlılık” düzeylerinin yüksek olduğunu bildirmişlerdir.⁶ Çalışmamızdan farklı olarak bu çalışmada öğrencilerin programı tercih etme nedenleri de sorgulanmıştır. Öğrenciler bireysel özelliklerinin okudukları programa uygun olduğu için seçtiklerini ifade etmişlerdir.

Eğitimde davranışçı yaklaşımın yerini bilişsel yaklaşımın almasıyla, öğrenciyi aktif bilgi işlemcisi olarak gören kuramların yaygınlık kazanması ve bilişsel psikolojinin araştırmalarını giderek kişilik ve güdülenmenin öğrenme üzerindeki etkilerine, bireysel becerilere, stratejilere ve stillere yoğunlaştırdığı gözlenmektedir. Bu yaklaşımın öğrenmenin kişiselleştirilmiş bireysel doğasını vurguladığı ve amacın öğrencinin kendi öğrenme stiline farkında olmasını sağlamak olduğu belirtilmektedir.⁷ Demir ve arkadaşlarının bu çalışması, araştırmamızda yer alan birinci sınıftaki öğrencilerin de bir kısmının mesleki farkındalıklarının yüksek olmasını bireysel beceri ve stratejilerle ilişkilendirmemizi sağladı. Benzer olarak Turhal ve ark.

çalışmalarında mesleki başarı ve tatminin kişinin bireysel özelliklerinin, yetenek ve kabiliyetlerinin bilincinde olması ile ilişkili olduğunu vurgulamıştır.⁸

Sonuç

Her öğrencinin meslek hayatının başında yüksek bilinç düzeyi ile mesleğini öğrenmeye başlamasının önemli olduğunu ve bunun sağlanabilmesi için öğrencilerin lisans eğitimlerinin başında mesleki farkındalık eğitimlerinden geçmesi gerekliliğini düşünmekteyiz. Mesleki farkındalığın erken dönemden itibaren kazanılmasının daha sonraki yıllarda memnuniyet düzeyini arttıracığı görüşündeyiz.

Kaynaklar

1. Kuzgun, Y. Meslek danışmanlığı [Career counseling]. 1. Baskı. Ankara: Nobel Yayın Dağıtım 2000. p 1-21.
2. <http://www.fizyoterapistler.org/>
3. Wessel J, Williams R. Critical thinking and learning styles of students in a problem-based, master's entry-level physical therapy program. *Physiother Theor Pract.* 2004;20:79-89.
4. Milanese S, Gordon S, Pellatt A. Profiling physiotherapy student preferred learning styles with in a clinical education context. *Physiotherapy.* 2013;99(2):146-52.
5. <http://sabif.istanbul.edu.tr/fizyoterapi/wp-content/uploads/2014/06/ft-STAJ-YÖNERGESİ-2014.pdf>
6. Kunduracılar Z, Akbaş E, Büyükuysal Ç, Biçki D, Erdem EU. Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü Öğrencilerinde Mesleki Farkındalığın Değerlendirilmesi Assessment of Job Awareness in Department of Physical Therapy and Rehabilitation Students *Yükseköğretim ve Bilim Dergisi* 2012; 2(3):186-92.

7. Demir YP, Çıracak Y, Yılmaz GD, Dalkılıñ M, Kömürcü M. Fizyoterapi öğrencilerinde bireysel öğrenme stillerinin önemi, *Turk J Physiother Rehabil.* 2014; 25(1): 1-7.
8. Turhal E, Kıcıroğlu B, Ocakoğlu N, Karayığıt D. Meslek yüksekokulu öğrencilerinde program tercihlerinde bireysel farkındalık düzeyleri; Ulusal Meslek Yüksekokulları Öğrenci Sempozyumu, 2010.

Ek 1.

İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü Öğrencilerinin Mesleki Farkındalık Düzeylerini İnceleme Anketi

1. Fizyoterapistlerin meslek kanunu hangi yıl çıkmıştır?
 - a) 1964
 - b) 1980
 - c) 2011
 - d) 2010
2. İstanbul Üniversitesi Avrupa'da hangi fizyoterapi eğitici birliğinin üyesidir?
 - a) ENPHE
 - b) EEP
 - c) WCPT
 - d) IPTE
3. Aşağıdakilerden hangisi İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü'nün misyonu içinde yer alır?
 - a) Fizyoterapi ve rehabilitasyon hizmetini ve teknolojiyi toplum yararına sunmak
 - b) Evrensel bilgiye ulaşmayı ve üretmeyi hedefleyen, mesleğinde yetkin fizyoterapistler yetiştirmek
 - c) Fizyoterapi ve rehabilitasyon hizmeti ve koruyucu sağlık programlarıyla toplumun yaşam kalitesini yükseltmeyi hedeflemek
 - d) Çağdaş eğitim-öğretim ilkeleri çerçevesinde, paydaşların gereksinimlerini gözetererek eğitim-öğretim hizmeti sunmak
4. Aşağıdakilerden hangisi İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü'nün vizyonu içinde yer alır?
 - a) Uluslararası bilimsel platformda izlenen ve kaynak gösterilen, mesleki otonomiye sahip, alanında saygın ve önder bir fakülte konumuna gelmek
 - b) Fizyoterapi eğitiminde probleme dayalı öğrenme sisteminin geliştirilmesini sağlayarak 'referans' kurum olmak
 - c) Lisans eğitimini lisan üstü ve mezuniyet sonrası sürekli eğitimle sürdürme bilincindeki profesyonelleri eğitmek
 - d) Mezunları ulusal ve uluslararası alanda en çok tercih edilen, öncü bir kurum olmak
5. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü'nün toplam mezuniyet kredisi kaçtır?
 - a) 286
 - b) 240
 - c) 300
 - d) 146
6. İstanbul Üniversitesi Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Bölümü kaç yılda kurulmuştur?
 - a) 1964
 - b) 1990
 - c) 1986
 - d) 2000
7. İstanbul Üniversitesi Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Bölümü hangi yıl yüksekokul olmuştur?
 - a) 1994
 - b) 1995
 - c) 1997
 - d) 2009
8. İstanbul Üniversitesi Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Yüksekokulu hangi yıl Sağlık Bilimleri Fakültesi'ne bağlı bir bölüm olmuştur?
 - a) 2006
 - b) 2009
 - c) 2011
 - d) 2010
9. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü öğrencileri her yıl kaç AKTS verir?
 - a) 60
 - b) 20
 - c) 30
 - d) 40

I. Akademik Lisansüstü Eğitim Sınavı (ALES)

II. Üniversiteler Dil Sınavı (ÜDS)

III. Kamu Personeli Seçme Sınavı (KPSS)

IV. Mülakat Sınavı

- 10. Yukarıdakilerden hangileri İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü'nde yüksek lisans ve doktora yapmak için gerekli koşullardandır?**
a) I,II b) I,II,III c) I,II,IV d) I,II,III,IV
- 11. Sağlık Bakanlığı tarafından en son yayınlanan kanuna göre, fizyoterapistler aşağıda belirtilen hekim gruplarının hangisinin ilgili teşhisine ve tedavi için yönlendirmesine bağlı olarak hastaların hareket ve fiziksel fonksiyon bozukluklarının ortadan kaldırılması veya iyileştirilmesi amacıyla gerekli uygulamaları yapar?**
a) Fiziksel tıp ve rehabilitasyon uzman tabip
b) Uzmanlık eğitimleri sırasında fiziksel tıp ve rehabilitasyon rotasyonu yapmış uzman tabip
c) Uzmanlık sonrasında ilgili dalın rotasyon süresi kadar fiziksel tıp ve rehabilitasyon eğitimi almış uzman tabip
d) Hepsi
- 12. Okulumuzda eğitim süresince aldığınız temel tıp bilimleri derslerinin yeterliliği hakkında ne düşünüyorsunuz?**
a) Yeterli değil b) Biraz yeterli c) Çok yeterli d) Bilmiyorum
- 13. Okulumuzda eğitim süresince aldığınız klinik derslerin yeterliliği hakkında ne düşünüyorsunuz?**
a) Yeterli değil b) Biraz yeterli c) Çok yeterli d) Bilmiyorum
- 14. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü'nde okumaktan ne kadar memnunsunuz?**
a) Memnun değilim b) Biraz memnunum c) Çok memnunum d) Bilmiyorum
- 15. Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü'nde öğrenim görmenize aileniz ve çevrenizin bakış açısı nasıldır?**
a) Olumlu değil b) Biraz olumlu c) Çok olumlu d) Bilmiyorum

Psikiyatrik Hastalığı Olan Ebeveynle Yaşamın Çocuklar Üzerine Etkisi
The Effect of Living with Parents Who Have Psychiatric Disorders on Children

Leyla ERDİM^a, Sevil İNAL^b, Gülçin BOZKURT^c

Özet Toplumun en küçük birimi olan ailenin, insan hayatında önemli bir yeri vardır. Kişilerin beden ve ruh sağlığı için gerekli sevgi, yakın ilgi ve bakım aile ortamında sağlanır. Bireyin olumlu davranış özelliklerini kazandığı ve geliştirdiği bir yer olan aile ortamı, zaman zaman olumsuz bazı yaşantıların örseleyici sonuçlarının ortaya çıktığı bir ortama dönüşebilir. Özellikle psikiyatrik hastalığı olan ebeveyn/ebeveynlerin bulunduğu ailelerde ki çocuklar birçok olumsuz durumla karşılaşmaktadırlar. Çocukların bu zorlu süreçten sağlıklı şekilde çıkması için sağlık profesyonellerine önemli görevler düşmektedir. Bu nedenle sağlık profesyonellerinin psikiyatrik hastalığa sahip ebeveyn tutumlarının çocuğun psikolojini nasıl etkilediği anlaması çok önemlidir. Bu makale sağlık profesyonellerinin bu konudaki farkındalığını arttırmak için hazırlanmıştır.

Anahtar kelimeler: Çocuk, ebeveyn, psikiyatrik hastalık.

Abstract The family as the smallest unit of society has an important place in human life. Family environment provides necessary love, close attention and caring for physical and mental health of the people. Family environment that individuals gain and develop positive behavior altraiats sometimes can become a negative experiences of the traumatic consequences. Especially children who living with parents have psychiatric disorders face many negative situation. Health professionals have indispensable role to cope with this difficult process. Therefore, It's very important that health professionals aware of how the psychiatric disorders of parent affects the psychology of the child. This article are prepared to increase awareness of health care professionals in this topic.

Keywords: Child, parents, psychiatric disorder.

Geliş tarihi/Receivied:10.02.2015 Kabul Tarihi/Correspondence:25.05.2015

^a Yazışma adresi/Coresspondence: Dr., İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Bölümü, leylaerdim@gmail.com,

^b Doç.Dr., İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Bölümü, inalsevil@gmail.com

^c Doç.Dr., İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Bölümü, gulmeh@hotmail.com

Giriş

Psikiyatrik hastalığı olan ebeveynlerin bulunduğu aileler toplumda oldukça savunmasız bir grubu oluştururlar.¹ Aile yaşamında psikiyatrik hastalığı olan ebeveynle yaşamın çocuk üzerinde birçok olumsuz etkisi bulunmaktadır. Bu olumsuzluklar ebeveynin psikiyatrik hastalığının genetik etkisi, kaotik ev ortamı, işsizlik, evsizlik gibi mali sıkıntılar, eşler arasındaki geçimsizlikler, aile üyeleri arasındaki zayıf iletişim, ebeveyn-çocuk anlaşmazlıkları, sosyal izolasyon ve damgalanma şeklinde sıralanabilir.^{2,3} Bu ortamda büyüyen çocukların sağlıklı yaşitlarına göre sosyal olarak daha geri oldukları, fiziksel sağlıklarının daha bozuk olduğu, psikiyatrik hastalıkların görülme sıklığının daha fazla olduğu,^{2,4,5} uzun vadede bu olumsuzlukların getirdiği etkiler nedeniyle daha fazla davranışsal, gelişimsel ve duygusal sorunlar görüldüğü bildirilmektedir.²

Psikiyatrik hastalığı olan ebeveynlerle yaşayan çocukların olumsuz ana-baba tutum ve davranışlarından nasıl etkilendiğini ortaya koymak, çocukların yaşam kalitesi ve hayata daha sağlıklı bir şekilde hazırlanmaları açısından sağlık profesyonellerinin farkındalığının artırılması ve gerekli girişimlerin yapılması için önemlidir. Bu derleme, genelde gözden kaçan bir grup olan psikiyatrik hastalığı olan ebeveyn çocuklarının yaşadıkları sorunları tanımlamak ve bu konuda aile ve çocukla uğraşan sağlık profesyonellerin farkındalığını arttırmak amacıyla hazırlanmıştır.

Ailenin en önemli işlevlerinden biri, çocuğun zihinsel ve ruhsal bütünlüğünü korumak ve gelişimine destek olmaktır.⁶ Çocuğun yetişmesinde ve hayata adım atmasında en önemli basamak olan aile ortamı çocukların psikososyal gelişimini direk olarak etkiler. Aileyi etkileyen her türlü olayın çocukta büyük veya küçük bir etkisini görmek mümkündür. Aile ortamını yaşayan bir organizma olarak kabul edebiliriz. Nasıl ki kişinin bir organı hasta olduğunda bütün vücudu etkilenir ve işlev

kaybına uğrarsa, aynı şekilde aile üyelerinden birindeki bedensel veya ruhsal sorun da aile üyelerinin işleyişini, psikolojisini ve yapısını etkileyecektir.⁷⁻⁹

Anne babaların psikiyatrik hastalığının çocukları üzerinde risk oluşturması birçok faktöre bağlıdır. Ebeveynin hastalığının ne olduğu, ebeveynlerden birinin veya her ikisinin hasta olması veya çevresel desteğin olup olmaması bu faktörler arasında sayılabilir. Araştırmalar, psikiyatrik hastalığı olan kişilerin, ebeveynlik konusunda farklı oranlarda güçlükler yaşadıklarını ve bu güçlüklerin hastalık biçimine göre farklılaşabildiğini ortaya koymuştur.¹⁰⁻¹² Şizofreni ve duygulanım bozukluğu olan annelerin sözel veya duygusal duyarlılığı sağlıklı annelere göre daha düşüktür. Şizofrenili anneler sağlıklı annelere veya depresyonlu annelere göre daha az kızgınlık ve düşmanlık sergilerken depresyonlu anneler sağlıklı annelere göre daha fazla düşmanlık göstermektedir.^{2,13} Psikiyatrik sorunu olan ebeveynin bulunduğu ailede diğer ebeveynin destekleyici olmasının hasta ebeveyn ve çocuklar üzerinde olumlu etkisi vardır. Ebeveyndeki depresyonun az olduğu, desteğin fazla olduğu ailelerdeki çocuklarda daha az ruhsal sorunlar görülebilmektedir.¹¹ Ancak yeterli desteğin olmadığı ve ebeveynin psikiyatrik hastalığının veya madde bağımlılığının varlığı aile işleyişini önemli derece bozarak çocuklar üzerine birçok negatif etki yaratmaktadır.¹⁴

Ebeveynin Psikiyatrik Hastalığının Çocuk Üzerine Etkisi

Psikiyatrik hastalığı olan ebeveynlerle yaşayan çocuklar gelişim dönemlerine göre birçok olumsuz tutum ve davranışlarla karşılaşabilmektedirler. Çünkü psikiyatrik hastalığı olan annelerin çocuk bakımı konusunda becerilerinin yetersiz olduğu, duygusal olarak çocuklarına gösterdikleri ilgi ve sevginin yetersiz, düzensiz ve tutarsız olduğu bildirilmektedir.^{2,15}

Annelik ve ebeveynlik koşulları, ruh sağlığı ile ayrılmaz şekilde bağlantılıdır. Psikiyatrik bozukluklar stres altında olan,

küçük çocukları olan ve birden çok çocuğa bakmak durumunda olan annelerde daha sık görülür. Beş yaşından küçük çocuğa sahip olmak anksiyete, depresyon gibi psikiyatrik sorunların ortaya çıkma riskini arttırabilmektedir. Annede var olan psikiyatrik hastalıklar, çocuk bakımındaki eksiklikleri beraberinde getirir. Nitekim araştırmalar depresyonlu ve şizofren annelerin çocuk bakımı konusunda yetersiz olduğunu ortaya koymuştur.²

Psikiyatrik hastalığı olan ebeveyne sahip çocukların uzun vadede yetişkin olduklarında psikiyatrik hastalık geliştirme riskleri fazladır.^{2,3,5,16} Bipolar bozukluğun çocuklarda görülme olasılığı %80, depresyonun %34-%48, şizofreninin ise %75 olduğu gösterilmiştir.¹⁷ Bu çocuklar çoğunlukla, aile içi ilişkilerde tutarsızlık ve tahmin edilemeyen kargaşa ortamının egemen olduğu bir aile ortamıyla baş etmek durumunda kalabilmektedirler. Böyle ortamlar duygusal açıdan kaotik ve tehdit edici olabilmektedir.² Depresyonlu anne çocuklarının özellikle negatif durumlar karşısında ebeveynlerine benzer şekilde bilişsel sitiller ve negatif bakış açısı gösterdikleri belirlenmiştir.^{18,19}

Çocuklar, bazen ebeveynlerinin içinde buldukları zorluklardan dolayı öfke, kaygı ya da suçluluk duygusu yaşayabilirler. Anne-babalarının psikiyatrik hastalığı ile ilişkili olarak damgalanma nedeniyle utanç duymaları onların akranlarından ve diğer sosyal çevresinden uzaklaşmasına neden olabilir.^{2,20} Çocuklar aynı zamanda aile içinde ihmal ve istismar riski ile de karşı karşıya kalabilirler.²¹ Bu çocuklar okulda arkadaşlarıyla ve sosyal çevresiyle kötü ilişkiler geliştirme, okulda başarısız olma ve uyuşturucu kullanımı gibi riskli sağlık davranışları konusunda daha fazla risk taşımaktadırlar.^{2,22}

Anne babaları psikiyatrik hastalığa sahip olan çocuklar, içinde buldukları bu durumdan çeşitli düzeylerde ve farklı biçimlerde etkilenmektedirler.

Ebeveynlerinin psikiyatrik hastalıklarının etkilerine maruz kalan çocukların bazıları bu durumla baş

edebiliyorken, bazıları çeşitli derecelerde baş etme güçlükleri yaşayabilmektedirler. Böyle bir durum karşısında, çocuğun zekâ düzeyi, sosyal becerileri ve zihinsel süreçleri gibi bazı özellikleri onların bu olumsuz süreçle baş etmelerinde etkili olabilmektedir. Zekâ düzeyleri ve sosyal becerilerinin, çocukları hem kısa hem de uzun dönemde olumsuz etkilerden koruduğu gözlenmiştir.^{10,13}

Ebeveynin Psikiyatrik Hastalığının Çocukların Yaş Dönemlerine Özgü Etkileri

Gebelik Dönemi

Psikiyatrik hastalıklar gebelik döneminde annede bir takım biyokimyasal düzensizliklere neden olabilmektedir. Bu düzensizlikler bebeği etkilemekte ve nöroendokrin bozukluklara/düzensizliklere yol açabilmektedir. Yapılan araştırmalar stresle ilgili hormonların hamilelik döneminde anormal olarak arttığını göstermektedir.¹³ Bu olumsuzlukların yanısıra hamile annenin psikiyatrik hastalık nedeniyle olumsuz sağlık davranışları göstermesi, bebeğini ihmal etmesi ve hastalığının genetik riski nedeniyle bebek, fetal yaşamda biyolojik olarak kötü etkilenmektedir.²³ Bu düzensizlikler daha sonraki çocukluk dönemlerinde duygusal ve davranışsal problemlerin gelişmesine neden olabilmektedir.¹³ Şizofrenili annelerin düşük yapma, ölü doğum ve kürtaj yapma oranının da fazla olduğu gösterilmiştir.^{24,25}

Bebeklik dönemi

Bu dönemde ebeveynlerin ruhsal hastalığından dolayı bebek ölümleri daha yüksek olabilmektedir.²¹ İlk yıl içindeki yeterli, sağlıklı ve uygun anne-bebek ilişkisi bebeğin güvenli bağlanması ve yaşam boyu sürecek duygusal yeterliliğin gelişimine temel olacaktır. Annede oluşan depresyonun bu hassas süreç üzerine olumsuz etkisinin bulunabileceği bildirilmektedir.^{26,27} Depresif annelerle yapılan çalışmalar, annedeki depresif semptomların, anne-bebek bağlanmasını önemli ölçüde etkilediğini

göstermektedir. Bu annelerin yenidoğan bebeklerinin insan yüzlerine karşı daha ilgisiz olduğu, daha çok ağladıkları ve ileri aylarda ise çevrelerine karşı ilgisiz ve daha az keşfedici oyunlar oynadıkları belirlenmiştir.^{28,29} Sürekli ağlayan 1-6 aylık bebekler ile benzeri ağlama sorunu olmayan kontrol grubu bebeklerin karşılaştırıldığı bir çalışmada, bebeklerin aşırı ağlaması, prenatal stres ve kaygılar, maternal psikopatoloji ve ebeveyn çatışması gibi psikososyal etkenler ve organik riskler ile ilişkili bulunmuştur.²⁷

Depresif olan ve depresyonları bir sene kadar süren annelerin bebeklerinin annelerinin mutsuzluklarını algıladıkları, düşük enerji düzeyinde, gergin ve kızgın oldukları gözlenmiştir.³⁰ Annenin depresif duygu durumu, bir yandan çocuk ile konuşma ve oyun süresini kısaltmakta ve anne yeterliliğini azaltmakta, diğer yandan bebeklerin daha az duygusal paylaşım göstermeleri ve daha çekingen olmalarına yol açmaktadır. Depresyondaki annelerin bebek ya da küçük çocuklarının bağlanma ile ilgili zorluklar yaşamalarının ve ileride davranış sorunlarının gelişiminin daha fazla olduğu bildirilmektedir.^{26,27}

Okul öncesi dönem

Psikiyatrik hastalığı olan (depresyon) anneler çocukları ile daha az konuşmakta ve disipline daha az özen gösterebilmektedirler. Annenin kendi sorunlarına yönelmesi nedeniyle çocuğu yeterince gözetemediği ve uygun bakım veremediği için beslenme yetersizliği, sık kazalar gibi çocuğun ihmali ile ilişkili sorunlar görülebilmektedir. Ağır depresyonlu anneler duygusal olarak daha az ulaşılabilir ve olumsuz oldukları için anne ve çocuk arasında güvensiz bağlanma oluşabilmektedir. Annenin çocukla yeterince iletişim kurmaması nedeniyle çocukta öğrenme ve kognitif özellikler yeterince gelişme göstermemektedir.^{31,32}

Okul çocukluğu dönemi

Bu dönemde çocuk ve ebeveyni arasında yetersiz etkileşim, çocukta güvensiz

bağlanma,³³ davranım bozukluğu, kişilik organizasyonunda sorunlar, karşı gelme, sinirlilik, derslere yoğunlaşmada güçlük çekme, ebeveynin hastalığı hakkında konuşmakta zorlanma, öfke patlamaları, aşırı hareketlilik, ailelerin hastalığından utanmak, kendisinin de hasta olacağından korkmak,⁶ bilişsel ve duygusal sorunlar, 'günah keçisi' olma durumunu ev dışı ortamlarda da sürdürüp düşük benlik saygısı geliştirme riski, sürekli olarak uyum gösterme, beklenmedik durumlara hazırlıklı olma, başının çaresine bakma şeklinde sıralanabilir.^{6,34}

Ergenlik dönemi

Psikiyatrik hastalığı olan ebeveynlerin ailelerinde çoğunlukla aile içindeki bireylerin rollerinde önemli değişiklikler olabilir. Hasta ebeveynin hastaneye kaldırılması sırasında, özellikle tek ebeveynli ailelerin büyük çocukları, psikiyatrik hastalığı olan ebeveyn ve küçük kardeşlerinin duygusal gereksinimleri ve bakım sorumluluklarını üstlenmek zorunda kalabilirler. Özellikle evin sorumluluğunu üstlenecek ve kardeşlerine bakacak diğer ebeveynin ya da bir akrabanın olmadığı durumlarda sorumlulukları daha fazla artmaktadır. Böyle durumlarda genç birey, maddi imkânsızlıklar, kardeşlerinin bakım sorumluluğu ve hastane ortamına ulaşımında çeşitli güçlükler yaşayabilir. Bu durum, onların eğlence, arkadaş ilişkileri başta olmak üzere tüm sosyal yaşamlarını, eğitim durumlarını ve kişisel gelişimlerini sınırlayabilmektedir.⁴ Arkadaş ilişkilerinde sorunlar, ebeveyni ile aralarında anlaşmazlıklar, sosyal aktivitelere karşı ilgisizlik, olayları olumsuz değerlendirme, yalnızlığa eğilim, geri çekilme, düşük benlik saygısı, alınganlıkta artış, riskli sağlık davranışları ve madde kullanımına eğilim görülebilmektedir.^{2, 4,35}

Sağlık Profesyonellerine Çocuk ve Ailenin Desteklenmesine Yönelik Öneriler

Ebeveynlerdeki çeşitli psikiyatrik hastalıkların varlığı çocuk ve diğer aile

bireylerini çeşitli açılardan önemli ölçüde olumsuz etkileyebilmektedir. Özellikle çocukların bu zorlu süreçten sağlıklı bir şekilde çıkması için sağlık profesyonellerine önemli görevler düşmektedir. Çünkü tüm çocuklar gibi psikiyatrik hastalığa sahip ebeveyni olan çocukların uygun şekilde fiziksel ve duygusal bakıma ihtiyaçları vardır. Erişkin ruh sağlığı hizmetleri geleneksel erişkine yönelik hasta odaklı girişimlerden çok, çocuk ve ergen ruh sağlığı hizmetleriyle birlikte yürütülmelidir.³⁶Bunun için hasta odaklı yaklaşımdan ziyade tüm aile bireylerinin ihtiyaçlarına yönelik aile merkezli yaklaşım benimsenmelidir.

Çocukların ebeveynlerinin hastalığından kendilerini sorumlu tutmalarını önlemek için ebeveynleriyle aralarındaki iletişim ve etkileşim geliştirilmelidir. Çocuklar ebeveynlerinin hastalığıyla ilgili yalnız düşüncüler geliştirebilecekleri için, ebeveynin hastalığı hakkında çocukların yaşlarına ve gelişim düzeylerine uygun bilgi verilmesi sağlanmalıdır.¹⁰ Özellikle ebeveynde ilk hastalık belirtileri görüldüğünde hastalık hakkında bilgi verilerek, bu durumun bir kereye mahsus bir şey olmadığı, devam eden kronik bir süreç olduğu açıklanmalı ve ebeveynlerinin hastaneye yatması gereken durumlarda ne yapmaları gerektiği konusunda rehberlik sağlanmalıdır.^{37,38}

Çocuklar, kendileri ve ebeveynlerinin psikiyatrik hastalığı hakkındaki korkularını ifade etmeye cesaretlendirilmelidir.³⁷ Hasta ebeveynin iyi olduğu dönemlerde hastalığı hakkında çocuklarına bilgi vermesi daha etkili olabilmektedir.³⁹ Çocukların desteklenmesi konusunda tüm sağlık profesyonelleri üstüne düşen görevi etkin şekilde yapmalıdır.³⁷

İçinde buldukları zorlayıcı süreç nedeniyle sağlıklı ebeveyn ve çocuklar sosyal ve duygusal desteğe ihtiyaç duyabilmektedir. Özellikle ebeveyninin hastalığının akut olduğu ve hastaneye yatması gereken dönemlerde sosyal destek gereksinimi artmaktadır. Güçlü sosyal destek bağlarına sahip ebeveynlerin,

olumsuz durumlarla daha rahat başa çıktıkları gösterilmiştir.⁴⁰ Akut dönemlerde diğer ebeveyn ve çocuklara yakın akrabalarından birinin veya güvenilir bir arkadaşın destek vermesi çok önemlidir. Bu dönemlerde çocukların hastanede yatan ebeveynlerine düzenli bir şekilde erişmeleri sağlanmalıdır. Sağlık profesyonelleri, sosyal destek için aile içi ve aile dışı bağlar oluşturmak ve sürdürmek, kaynaklardan etkin şekilde yararlanmak konusunda ebeveyn ve çocukları desteklemelidir.⁴¹

Yeterli desteğin olmadığı durumlarda çocuğun bakım kurumlarına veya evlatlık verilmesi söz konusu olabilmektedir.¹² Ebeveynler ve çocuklar için sosyal destek sağlama girişimleri, ebeveynlerin psikiyatrik hastalığının tüm aile üzerindeki etkisini azaltabilmektedir. Çocuklar eğlence ve oyun faaliyetlerine, okul sonrası ev ödevi kulüplerine ve akran gruplarına katılmaları desteklenmeli ve dinlenme olanakları için fırsatlar yaratılmalıdır.

Ruhsal bozukluğu olan ebeveynler özellikle hastalıklarından dolayı zor koşullarda ebeveynlik görevlerini yerine getirmeye ve büyüyen çocuklarına destek ve rehberlik etmeye çalışmaktadırlar.² Aile ve çocukla ilgilenen sağlık profesyonelleri bu hedef grup için eğitici programlar geliştirmelidirler. Çocuk ve ebeveynine yönelik programlarda; ebeveynlerin ebeveynliğini destekleme, çocuğun problem odaklı başa çıkma becerilerini geliştirme ve ebeveynin hastalığı hakkında yaşına ve gelişim düzeyine uygun bilgi verme, benlik saygısını güçlendirme ve dışlanmışlık duygularını önleme gibi konulara yer verilmelidir.^{10,11,36,41,42}

Sağlık Profesyonellerine Öneriler

- Ebeveyn ve çocuklar için sağlanabilecek desteklerin tanımlanması
- Ailenin güçlü ve zayıf yönlerinin ortaya çıkarılması ve desteklenmesi
- Aile merkezli yaklaşım sağlanması
- Ebeveyn-çocuk iletişiminin desteklenmesi ve geliştirilmesi

- Çocuklara ebeveynin hastalığı hakkında yaşlarına ve gelişim düzeylerine uygun bilgi verilmesi
- Çocukların korkularını ifade etmeye cesaretlendirilmesi
- Ebevey hastaneye yattığında çocukların desteklenmesi
- Özellikle akut dönemde diğer ebeveyn ve akrabaların desteğinin sağlanması
- Çocukların hastanede yatan ebeveynlerine kolayca erişimlerinin sağlanması
- Ebeveyn ve çocukların destek kaynaklarından etkin şekilde yararlanmalarının sağlanması
- Gerektiğinde ebeveynler ve çocuklar için sosyal destek sağlama girişiminde bulunulması
- Çocukların eğlence ve oyun faaliyetlerine ve akran gruplarına katılmalarının desteklenmesi
- Çocuk ve ebeveynlere dinlenme olanakları için fırsatlar yaratılması
- Ebeveynlerin çocuk yetiştirme konusundaki zayıf yönlerini güçlendirilmesi
- Çocuk ve ebeveynlerin problem odaklı başa çıkma becerilerinin geliştirilmesi
- Konuyla ilgili başvurulabilecek WEB sitelerinin oluşturulması
- Tüm sağlık profesyonellerinin multidisipliner bir yaklaşımla görevlerini etkin şekilde yapması

Sonuç olarak; ebeveyninde herhangi bir psikiyatrik hastalık olan çocuklar mutlaka rehberlik ve danışmanlık gereksinimi açısından izlenmelidir.² Erişkin ruh sağlığı hizmetleri geleneksel erişkine yönelik hasta odaklı girişimlerden çok, hasta ve ailenin birlikte ele alındığı aile merkezli çağdaş bir yaklaşımla ele alınmalıdır.

Kaynaklar

1. Buldukoğlu K, Bademli K, Karakaya D, Göral G, Keser İ. Ruhsal hastalığı olan ebeveynle yaşamak. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar* 2011; 3(4): 683-703.
2. Oyserman D, Mowbray CT, Meares PA, Firminger KB. Parenting among

- mothers with a serious mental illness. *American Journal of Orthopsychiatry* 2000;70(3):296-315.
3. Öç ÖY, Şişmanlar ŞG, Ağaoğlu B, Tural Ü, Önder E, Karakaya I. Anne-babalarında ruhsal bozukluk olan çocukların ruhsal durumlarının değerlendirilmesi. *Klinik Psikiyatri* 2006;9:123-130.
4. Aldridge J, Becker S. Children Caring for Parents with Mental Illness: Perspectives of Young Carers, Parents and Professionals. The Policy Press, 2003.p.27-61.
5. Ramchandani PG, Stein A, O'Connor TG, Heron J, Murray L, Evans J. Depression in men in the postnatal period and later child psychopathology: A population cohort study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 2008;47(4):390-398.
6. Arman AR, Karman G, Karabekiroğlu K, Berkmen M. Psikolojik/psikiyatrik sorunları olan ailelerde çocuğun yeri: Aile örnekleri ile yaklaşım önerileri. *Çocuk Forumu Dergisi* 2004;7(1): 22-25.
7. Ergin B. 5-6 yaş çocuklarının dil gelişim düzeyleri ile sosyal kabul durumları arasındaki ilişkinin incelenmesi. Yüksek Lisans Tezi. Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Konya, Türkiye, 2012.
8. Oral M, Tuncay T. Ruh sağlığı alanında sosyal hizmet uzmanlarının rol ve sorumlulukları. *Toplum ve Sosyal Hizmet* 2012;23(2): 93-114.
9. Pırtık Ş. Boşanmış ve tam aileden gelen okul öncesi çocukların sosyal beceri ve akran tepkilerinin karşılaştırmalı olarak incelenmesi. Yüksek Lisans Tezi. Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Konya, İstanbul, 2013.
10. LeFrançois BA. Distressed fathers and their children: A review of the literature. *International Journal of Social Psychiatry* 2010;58(2): 123-130.
11. Nicholson J, Biebel K, Hinden B, Henry A, Stier L. Critical issues for

- parents with mental illness and their families 2001. Available from: http://escholarship.umassmed.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1142&context=psych_pp.
12. Smith M. Parental mental health: disruptions to parenting and outcomes for children. *Child and Family Social Work* 2004;9(1):3-11.
 13. Goodman SH, Gotlib IH. Risk for psychopathology in the children of depressed mother: A developmental model for understanding mechanism of transmission. *Psychological Review* 1999;106(3):458-490.
 14. Warner V, Mufson L, Weissman M. Offspring at high and low risk for depression and anxiety: mechanisms of psychiatric disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 1995;34(6):786-797.
 15. Jacobsen T, Miller LJ, Kirkwood KP. Assessing parenting competency in individuals with severe mental illness: A comprehensive service. *Journal of Mental Health Administration* 1997;24(2):189-199.
 16. Spector AZ. Fatherhood and depression: a review of risks, effects, and clinical application. *Issues in Mental Health Nursing* 2006;27(8):867-883.
 17. Rutter M, Silberg J, O'Connor T, Simonoff E. Genetics and child psychiatry: II. Empirical research findings. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 1999;40(1):19-55.
 18. Garber J, Robinson NS. Cognitive vulnerability in children at risk for depression. *Cognition and Emotion* 1997; 11(5-6): 619-635.
 19. Taylor L, Ingram RE. Cognitive reactivity and depressotypic information processing in children of depressed mothers. *Journal of Abnormal Psychology* 1999;108(2):202-210.
 20. Greene R, Pugh R, Roberts D. Research briefing: Black and minority ethnic parents with mental health problems and their children 2008. Available from: <http://lx.iriss.org.uk/sites/default/files/resources/Black%20and%20minority%200.pdf>.
 21. Liu TC, Chen CS, Loh CPA. Do children of parents with mental illness have lower survival rate? A population-based study. *Comprehensive Psychiatry* 2010;51(3): 250-255.
 22. Repetti RL, Taylor SE, Seeman TE. Risky families: family social environments and the mental and physical health of offspring. *Psychological Bulletin* 2002;128(2):330-366.
 23. Nicholson J, Sweeney EM, Geller JL. Mothers with mental illness: I. The competing demands of parenting and living with mental illness. *Psychiatric Services* 1998;49(5):635-642.
 24. Coverdale JH, McCollough LB, Chervenak FA, Bayer T, Weeks S. Clinical implications of respect for autonomy in the psychiatric treatment of pregnant patients with depression. *Psychiatr Serv* 1997;48(2):209-212.
 25. Pehlivan K. Psikiyatrik kadın hastalarda evlilik ve ebeveyn olma: Bir gözden geçirme. *Düşünen Adam* 2006, 19(3): 143-154.
 26. Cichetti D, Rogosch FA, Toth SL. Maternal depressive disorder and contextual risk: Contributions to the development of attachment in security and behavior problems in toddlerhood. *Development and Psychopathology* 1998; 10(2):283-300.
 27. Şener Ş, İşeri E. Aile-Çocuk Etkileşimi: Ekşi A, editör. Ben Hasta Değilim: Çocuk Sağlığı ve Hastalıklarının Psikososyal Yönü. 2. Baskı. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri; 2011, s.23-32.

28. Field T, Estroff D, Yando R, del Valle C, Malphurs J, Hart S. "Depressed" mothers' perceptions of infant vulnerability are related to later development. *Child Psychiatry and Human Development* 1996;27(1):43-53.
29. Lundy B, Field T, Pickens J. Newborns of mothers with depressive symptoms are less expressive. *Infant Behavior and Development* 1996; 19(4):419-424.
30. Sayar K, Bağlan F. Koruyucu Psikoloji: Çocuk Eğitiminde Duygusal Rehberlik. Karabaşoğlu M, editör. 6. Baskı. İstanbul; Timaş Yayınları 2014.
31. Frankel KA, Harmon R.J. Depressed mothers: they don't always look as bad as they feel. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 1996;35(3):289-298.
32. Teti DM, Gelfand DM, Messinger DS, Isabella, Russell. Maternal depression & the quality of early attachment: An examination of infant pre schoolers and their mothers. *Developmental Psychology* 1995;31(3):364-376.
33. Inoff-Germain G, Nottelmann E, Radke-Yarrow M. Relation of parental affective illness to family, dyadic and individual functioning: An observational study of family interaction. *American Journal of Orthopsychiatry* 1997;67(3):433-448.
34. Corrigan PW, Miller FE. Shame, blame, and contamination: A review of the impact of mental illness stigma on family members. *Journal of Mental Health* 2004; 13(6): 537-548.
35. Scherer D, Melloh T, Buyck D, Anderson C, Foster A. Relation between children's perception of Maternal mental illness and children's psychological adjustment. *Journal of Clinical Child Psychology* 1996;25(2):156-169.
36. Stallard P, Norman P, Huline-Dickens S, Salter E, Cribb J. The effects of parental mental illness upon children: A descriptive study of the views of parents and children. *Clinical Child Psychology and Psychiatry* 2004; 9(1): 39-52.
37. Falkov A. Talking with children who see parents experience mental illness. In V Cowling, editör. Children of parents with mental illness 2: Personal and clinical perspectives. Australian Council of Education Research; 2004. p.41-56.
38. Hay DA. Understanding and explaining the genetics of mental illness. In V Cowling, editör. Children of parents with mental illness 2: Personal and clinical perspectives. Australian Council of Education Research; 2004. p.5-14.
39. Fudge E, Mason, P. Consulting with young people about service guidelines relating to parental mental illness. *Australian Journal for the Advancement of Mental Health* 2004;3(2).
40. Ackerson BJ. Coping with the demands of severe mental illness and parenting: The parents' perspective. *Families in Society* 2003;84(1): 109-118.
41. Reupert A, Maybery D. Families affected by parental mental illness: a multi perspective account of issues and interventions. *American Journal of Orthopsychiatry* 2007;77(3):362-369.
42. Baulderstone MJ, Morgan BS, Fudge EA. Supporting families of parents with mental illness in general practice. *MJA* 2012;1(Suppl 1) :11-13.

Adölesan Gebelikler**Adolescent Pregnancy**Ayça ŞOLT^aSaadet YAZICI^b

Özet Adölesan dönem, geniş anlamıyla bireyin biyolojik, psikolojik ve sosyal değişimlerle birlikte çocukluktan yetişkinliğe geçiş dönemi olarak tanımlanır. Dünya nüfusunun %30'unu oluşturan adölesanların %90'ını geliştirmekte olan ülkelerde yaşamaktadır. Dünyada her yıl yapılan doğumların yaklaşık %11'i 15-19 yaş grubunda yer alan adölesan kızlar tarafından yapılmaktadır. Ülkemizde ise 15-19 yaş arasındaki adölesanların %16'sı evli olup, 19 yaşından sonra %16'sı annedir ya da ilk çocuğuna gebedir. Yapılan çalışmalar adölesan gebeliklerin oluşmasında, eğitim, iş, sosyo-ekonomik ve evlilik durumu, aile planlaması yöntemleri konusunda bilgi yetersizliği, okul ve aile tarafından cinsel sağlık/üreme sağlığı konusunda yeterli bilginin verilmemesi etkili olmaktadır. Adölesan gebeliğin risk faktörleri çok yönlü ve karmaşıktır. Düşük, erken doğum, düşük doğum ağırlığı, preeklampsi-eklampsi, anemi, uzamış doğum eylemi, erken membran rüptürü, müdahaleli doğum, fistül oluşumu, yetersiz doğum öncesi bakım alma, madde kullanımı, cinsel yolla bulaşan hastalık riski bunlar arasındadır. Adölesan gebeliklerin önlenmesi için cinsel sağlık/üreme sağlığı hizmetlerinin yaygınlaştırılması, adölesan poliklinikleri oluşturulması ve adölesanlara yönelik eğitim programları hazırlanması ve kitle iletişim araçlarının kullanılması gerekir.

Anahtar kelimeler: Adölesan dönem, gebelik, adölesan gebelik, risk faktörleri

Abstract Adolescence term is widely described as a period in which an individual transfers form childhood to adulthood experiencing some biological, psychological and social changes. %90 of adolescents who account for % 30 of the World population live in developing countries. Nearly % 11 of all the births in the World are given by female adolescents between 15 and 19 every year. In our country %16 of adolescents who are between 15-19 are married.%16 of those who are over 19 are mothers or pregnant with their first child. Studies suggest that adolescent pregnancies are resulted from lack of education, en employment, lower socio-economic status, marrital status, shortage of knowledge about birth-control methods and insufficient information on fertility and sexual heath coming from families and schools. The risk factors of adolescent pregnancy are multiple and complex. Among the factors are abortion, pre-term labour, low birth-rate, pre-eclampsia, eclampsia, anemia, prolonged labour, prematüre rupture of membrane, fistüle, unadequate antenatal care, substance-use, sexually-transmitted disease. In order to prevent adoloscence pregnancies, it is necessary to spread the sexual health service, open the polyclinics for adolescents, prepare education programmes for adolescents and use the mess-media effectively to inform them.

Keywords: Adolescent term, pregnancy, Adolescent pregnancy, the risk factors

Geliş Tarihi/Receved: 12.02.2015 Kabul Tarihi/Accepted:21.04.2015

^a aycasolt@hotmail.com, aycasolt@gmail.com, Bahçelievler 11 Nolu Aile Sağlığı Merkezi, Adnan Kahveci Bulvarı No:45/1 34182, Bahçelievler/İstanbul

^b **Yazışma Adresi /Correspondence:** Doç. Dr., İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü, saadetyazc@yahoo.com, Demirkapı Cad. Karabal Sok. Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi Bahçesi içi, 34740, Bakırköy/İstanbul

Giriş

Adölesan dönemi, geniş anlamıyla bireyin biyolojik, psikolojik ve sosyal değişimlerle birlikte çocukluktan yetişkinliğe geçiş periyodu olarak tanımlanır. Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) tanımına göre bu dönem 10-19 yaş arası olarak ifade edilmektedir.¹⁻⁴ Bir çok anlamda özel bir dönem de olan adölesanlar dünya nüfusunun %30'unu oluşturmakta ve %90'ını geliştirmekte olan ülkelerde yaşamaktadır.^{3,5,6}

15-19 yaş grubunda yer alan 16 milyon adölesan kız her yıl doğum yapmakta, bu doğumlar tüm dünya da yapılan doğumların yaklaşık %11'lik bölümünü oluşturmakta ve %95'i geliştirmekte olan ülkelerde olmaktadır.⁵ Günümüzde 18 yaşın altında her beş kız çocuğundan biri geliştirmekte olan ülkelerdedir ve her üç kız çocuğundan biri doğum yapmaktadır.^{5,6} Gelişmiş ve geliştirmekte olan ülkelerde adölesan doğumlar yaygın olarak görülmektedir. Adölesan doğum oranlarının Çin'de %2, Latin Amerika'da ve Karayip'lerde %18 ve Güney Afrika'da %50'lerde olduğu görülmektedir.⁷ Gelişmiş ülkelerdeki adölesan doğum oranları da oldukça yüksek olup, İngiltere'de %26, İrlanda'da %17 ve Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) 1990'lı yıllardan itibaren düşme eğilimi göstermesine rağmen bu oran %63'tür.⁸⁻¹⁰

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 2013 verilerine göre; ülkemizde nüfusun %26'sı adölesan yaş gurubu olup, 15-19 yaş arası adölesanların %16'sı evli ve anne olma oranı yaşla birlikte hızla artmaktadır. Adölesan dönemde çocuk doğurmaya başlayanların yüzdesinin 18 yaşından sonra keskin bir şekilde arttığı görülmektedir. Çocuk doğurma davranışı 17 yaşından önce nadirdir, ancak 19 yaşındaki kadınların %16'sı anne olmuş veya ilk çocuğuna gebedir. Bu sonuçlar TNSA 2008 sonuçları ile karşılaştırıldığında erken dönemde çocuk sahibi olmaya başlayan adölesanların oranında düşüş olduğu görülmektedir. Bu oran TNSA 2008 sonuçlarında %6 iken, TNSA 2013 verilerine göre %5'e gerilemiştir. Adölesan

dönemde çocuk sahibi olma ile kırsal ve kent bölgeleri arasında farklılık göstermektedir. Batı'da %3 olan bu oran Güney, Orta ve Doğu'da %6 veya daha fazladır. İlk evlenme yaşının doğumlar üzerinde önemli bir etkisi vardır. Erken yaşlarda evlenen kadınlar ortalama olarak daha uzun süre gebelik riski altına girmekte, bu da genellikle yaşam boyunca daha fazla sayıda doğum yapmaya neden olabilmektedir.^{11,12}

Günümüzde hem gelişmiş hem de geliştirmekte olan ülkelerin en önemli sağlık sorunlarından biri olan adölesan gebelikler hem anne hem de bebek sağlığını olumsuz etkilemektedir. Yüksek riskli gebelikler arasında yer alan adölesan gebelikler, anne ve bebek açısından önemli sosyal ve sağlık sorunlarına neden olabilmektedir. Gelir düzeyi düşük ve geliştirmekte olan ülkelerde adölesanların %30'u 18 yaşından, %14'ü 15 yaşından önce evlenmektedir. Aynı zamanda 15-19 yaş arasındaki adölesanlar kendilerinden daha yaşlı erkek ile evliliğe ya da cinsel ilişkiye zorlanmaktadır.^{5,6} Latin Amerika gibi yüksek gelirli ülkelerde adölesanların evlilik dışı gebeliği yüksek oranda gözlenmektedir.⁶

Gebelik; biyolojik, psikolojik ve sosyal gelişimini tamamlamamış olan adölesanın eğitimi ve meslek sahibi olmasını engellemekte,¹³ ağır sorumluluklar yüklemekte ve resmi nikah yapılmasını engellemektedir.¹² Melekoğlu ve arkadaşlarının (2013) çalışmasında adölesan kadınların %52.5'nin resmi nikahı olmadığı saptanmıştır.³

Eğitim süresinin artışıyla adölesan doğurganlık arasında güçlü bir ilişki vardır.⁶ TNSA 2013 verilerine göre eğitimi olmayan veya ilkokulu bitirmemiş kadınların %17'si adölesan dönemde çocuk doğurmaya başlarken, bu oran en az ilkokulu bitirmiş kadınlar arasında %8 düzeyindedir. Adölesan gebelikler eğitimsizlerde daha fazla görülürken, gebelik annelerin eğitimlerine devam etmelerine, çalışma yaşamına katılmasına engel olmakta ve genci ekonomik açıdan bağımlı hale getirmektedir.¹²

Cabazon ve arkadaşlarının 2003

yılında yaptıkları bir çalışma da devlet lisesinde (1996, 1997 ve 1998 yılları arasında) okuyan 1259 kız öğrenciye gebe kalmayı önlemek için eğitim yapılmış. Yıllara göre ayrılan gruplarda, 1996 yılındaki grupta 425 kız öğrenciye eğitim yapılmamış, 1997 yılındaki grupta yer alan 210 öğrenciye eğitim yapılmış, 213 öğrenciye eğitim yapılmamış ve 1998 yılındaki son grupta bulunan 328 öğrenciye eğitim yapılmış, 83 öğrenciye yapılmamıştır. Tüm gruplar 4 yıl boyunca izlenmiş ve gebe kalma oranları eğitim alan gruplarda eğitim almayan gruplara göre oldukça düşük bulunmuştur. (%3,3 ile %18,9- %4,4 ile %22,6).¹⁴

Adölesan doğurganlık, sağlık ve sosyal sonuçları dikkate alındığında önemli bir sorun olarak ortaya çıkmaktadır. İlk gebelik için en uygun yaş olarak belirli bir görüş olmamasına rağmen psikolojik, obstetrik ve fizyolojik açıdan en uygun dönem 24-30 yaş arası kabul edilebilir. Adölesan gebeliklerde ağırlık değişiklikleri, toksemi, anemi, kişilik değişiklikleri, prematür doğum, perinatal mortalite, doğum öncesi yetersiz bakım alma ve bunlara bağlı olarak obstetrik komplikasyonlarla daha sık karşılaşmaktadır.^{2, 4, 15}

Adölesan gebelikler için risk faktörleri çok yönlü ve karmaşıktır. Bu risk faktörleri arasında;

1-Abortus

Dünya Sağlık Örgütü'nün epidemiyolojik tanımına göre düşük; 500 gr altında ve/veya 20 haftadan önce embriyo veya fetüsün anne rahminden ayrılmasıdır. Birçok ülkede yasalar tıbbi ve sosyal endikasyonlar nedeni ile isteğe bağlı gebeliğin sonlandırılmasına izin vermektedir. İsteğe bağlı gebeliğin sonlandırılma haftası diğer ülkelerde 12 ve 14 iken, Türkiye'de ise 1983 yılında kabul edilen nüfus planlaması kanunu ile gebeliğin ilk on haftası boyunca isteyerek gebelik sonlandırılmasına olanak sağlamıştır. Bununla birlikte ülkemizde 10 haftadan sonraki gebeliklerde düşük uygulaması için sadece annenin yaşamının tehdit altında olması veya fetal anomali olasılığının varlığı

koşullarının yasalarca kabul edilmesi, kadınların üreme haklarını istenen düzeyde kullanmalarına olanak sağlamaktadır.¹⁷

Gelir düzeyi düşük olan ülkelerde 15-19 yaş arasındaki adölesanların istenmeyen gebelikleri %14 oranında güvenli olmayan düşük ile sonuçlanmaktadır. Dünyada her yıl 2,5 milyon adölesan güvenli olmayan yollardan düşük yapmakta ve yetişkin kadınlara göre komplikasyonlardan daha fazla etkilenmektedir.^{7,16} Dünya Sağlık Örgütü 2006 ve 2008 verilerine göre her yıl yasal olmayan 19 milyon düşüğün 2.2 milyon ile 4 milyon arasındaki bölümünün adölesan gebelerde olduğu ve 3 milyon adölesanın güvenli olmayan kürtaj yaptırdığı bildirilmiştir.^{5,18} Günümüzde ise sağlıksız koşullarda, çok tehlikeli yöntemlerle ve ehil olmayan kişiler tarafından yapılan kürtaj oranları artmaktadır.^{2,19}

2-Preterm Doğum ve Düşük Doğum Ağırlığı

Preterm doğum eylemi, perinatal morbidite ve mortalitenin en önemli nedenidir. Adölesanlarda küçük yaş nedeni ile vücudun tam gelişmemiş olması, gebelik öncesi vücut ağırlığının düşük olması, gebelikte yetersiz kilo alma, sosyo-ekonomik düzeyin düşük olması, sigara kullanılması, anemi ve yetersiz doğum öncesi bakım erken doğumu hazırlayıcı faktörler arasında sayılmaktadır.^{20,21} Yapılan birçok araştırmada adölesan yaştaki gebelikler ile fetüsün düşük doğum ağırlıklı olması arasında ilişki olduğu saptanmıştır.²²⁻²⁴

3-Preeklampsi, Eklampsi

“International Society for the Study of Hypertension in Pregnancy (ISSHP)” ye göre hipertansiyon, gebeliğin ikinci yarısından sonra diyastolik kan basıncının ≥ 90 mmHg olması olarak tanımlanmaktadır.^{22,24} Adölesanların gelişimini tamamlamadan gebe kalmaları, gebelik ile artan metabolizma, yetersiz doğum öncesi bakım, düşük sosyo-ekonomik düzey ve eğitim düzeyi ile birlikte, ilk gebeliklerde daha sık

görülmektedir. Ayrıca 20 yaş ve üzerindeki gebelere göre adölesan gebelerde preeklampsi ve eklampsi daha sık görülmektedir.^{2, 19,21}

4-Anemi

Gelişmekte olan ülkelerde tüm gebeliklerde anemi oldukça yaygın olmakla birlikte özellikle adölesanların yaklaşık yarısı anemiktir. Adölesanların hem kendi vücutlarının hem de bebeğin büyümesinin aynı anda olması nedeniyle vücudun demir kaynakları hızla tükenmektedir. Ayrıca demir ve folik asitten yoksun beslenme ile malaria ve intestinal parazit gibi infeksiyon hastalıkları adölesan gebelerde anemi şiddetini artırmaktadır.^{2,18,22,25,26} Yapılan bazı çalışmalarda adölesan gebeliklerde anemi riskinin yetişkin gebeliklere oranla daha yüksek olduğu saptanmıştır.^{3,22,24,27} Keskinoglu ve arkadaşlarının 945 adölesan gebe ile yaptığı çalışmada adölesan gebelerde anemi oranını erişkin popülasyondan daha yüksek olduğunu (%38.5) saptamışlardır.²⁸

5-Uzamış Doğum Eylemi-EMR-Aperatif Doğum-Fistül Oluşumu

Adölesanlarda (16 yaşından küçük) pelvis gelişimi tamamlanmadığından uzamış ve ilerlemeyen doğum eylemi ilk doğumlarda çok sık görülür. Bunun nedeni genellikle küçük pelvis ya da bebeğin pozisyonunun uygun olmamasıdır.^{18,29}

Adölesan gebelerde amnion kesesi, 20 yaş ve üzerindeki gebelere göre normal doğum eylemi başlamadan önce açılmakta ve %95 oranında erken doğum eylemine ya da erken doğum riskine neden olabilmektedir.²

Gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerinde sezaryen yüzdesi hızla artmaktadır. Yapılan araştırma sonuçları; adölesan gebeliklerde sezaryen riskinin arttığını gösterirken, bazı çalışmalarda sezaryen riskinin yetişkinlerden farklı olmadığı ya da daha düşük olduğunu göstermektedir.^{28,30} Bununla birlikte doğum müdahaleleri ise vajinal doğum sırasında çocuğun doğumunu kolaylaştırmak için

yapılan forseps ve vakum uygulamalarını içermektedir. Adölesan gebelerin doğumları daha fazla müdahale edilmeyi gerektirmektedir.^{2,30}

Adölesan gebelerde pelvis gelişiminin devam etmesinden dolayı ve müdahaleli doğum nedeniyle fistül, idrar ve gaita inkontinansı oluşmaktadır.^{2,22,31,32}

6-Yetersiz Antenatal Bakım

Dünya Sağlık Örgütü'ne göre gebeler gebelikleri süresince sağlık personeli tarafından en az 4 kez ziyaret edilmelidir. Bu ziyaretler 16., 24-28., 32. ve 36. gebelik haftaları arasında yapılmalıdır.⁶

Antenatal bakımla gebelik öncesi ve sonrası oluşabilecek birçok komplikasyon önlenilmekte ve zamanında kontrol altına alınabilmektedir. Adölesanların gebeliğe ilişkin bilgi ve deneyimlerinin yetersiz oluşu, psikolojik durumlarının gelişmemiş olması ve duygusal durumlarının çok değişken olması doğum öncesi bakımın önemini bir kat daha arttırmaktadır. The Guttmacher Institute' raporuna göre her üç adölesandan biri yetersiz antenatal bakım almakta ve sağlık sorunları olan çocuklar dünyaya getirmektedirler.²

Yeterli doğum öncesi bakım alınması gebeliğin istenme durumuna bağlı değildir. Yapılan bir çalışmada gebelik istense dahi yetersiz doğum öncesi bakım alındığı tespit edilmiştir.¹⁵

Araştırmalarda adölesan gebelerde oluşabilecek komplikasyonlarla yetersiz doğum öncesi bakım alma arasında güçlü bir ilişki olduğu tespit edilmiştir.^{2,33}

7-Sigara ve Keyif Verici Madde Kullanımı

Adölesan gebelerde sigara ve kokain gibi keyif verici madde kullanımı yetişkinlere oranla daha yüksektir. Gebelikte sigara kullanımı fetal büyümenin yavaşlamasına, perinatal mortalitenin artmasına, abortusa ayrıca bebeklerin düşük doğum ağırlıklı olmasına ve erken doğum eylemine neden olmaktadır.^{21,34}

Gebelikte kokain kullanımı gebeliğin ilk 3 ayında spontan abortusa, ikinci ve

üçüncü aylarında erken doğum eylemine, dekolman plesanta ve erken membran rüptürüne yol açabilmektedir.³⁴

8-Kontrasepsiyon

Evlilik öncesi cinsel deneyim ve gebelik, sosyal ve kültürel açıdan birçok ülkede kabul edilmemektedir. Evlilik öncesi cinselliğin tabu olarak görülmesi adölesanın gebelik önleyici yöntem kullanımına engel olmaktadır. Özellikle sağlık personelinin evli olmayan adölesanların aile planlaması kliniklerine başvurdukları zaman onlara ön yargılı davranması, adölesanların gerekli olan gebelik önleyici yöntemlere kolayca ulaşmalarını engellemektedir.^{2, 21, 22}

Beklenmedik bir zamanda planlanmadan cinsel ilişki yaşanması, gebeliği önleyici yöntemler hakkında yeterli bilgiye ve ulaşılabilirliğe sahip olunmaması, tıbbi işlemlerden korkma, ulaşım ve hizmet için gerekli ödemeyi yapamama, eşinden veya ailesinden korkma ya da çocuk sahibi olma baskısı gibi birçok faktör gebelik önleyici yöntemleri engellenmektedir.^{2, 21, 34} Yapılan bazı araştırma sonuçları adölesanların mevcut gebeliklerinden sonra ilk 24 ay içinde %42'sinin ikinci bir istenmeyen gebelik yaşadığı ve bunların %73'ünün doğumla sonuçlandığı tespit edilmiştir.^{22, 36}

TNSA 2013 verilerine göre herhangi bir yöntem kullanımı 15-19 yaş grubundaki evli kadınlar arasında (%47) en düşük düzeyde olduğu saptanmıştır.

Adölesanlar geri dönüşümsüz gebelik önleyici yöntemler hariç tüm yöntemleri kullanabilirler. Özellikle adölesanların koruyucu hormonal mekanizmaları gelişmesini tamamlamadığı için cinsel yolla bulaşan hastalıklara (HIV/AIDS) karşı daha hassas olduklarından kondom kullanmaları bu riskin oluşmasını önleyecektir. Kondomun yırtılması ya da delinmesi gibi durumlarda da acil kontrasepsiyona başvurularak gebe kalmaları engellenmelidir.^{37, 38}

Adölesanların çok büyük bir kısmı etkin olmayan gebelik önleyici yöntemleri tercih etmektedir. Etkin gebelik önleyici

yöntemleri kullansalar bile yetişkinlere göre başarısız olma riskleri daha yüksektir. Bir araştırmada adölesanların %60'nın hap almayı unuttuğu, %50'sinin gebeliği önleyecek dozda hap almadığı ve bir bölümünün kondomun yırtıldığını fark etmedikleri tespit edilmiştir.^{38, 39}

DSÖ (2012) verileri; 20 yaş altındaki annelerin bebeklerinin, 20-29 yaş arasındaki annelerin bebeklerine oranla ilk bir haftadaki ölüm oranının %50 daha fazla olduğu şeklindedir.⁶ Anne yaşı küçüldükçe bebeklerin ölüm oranının arttığını gösteren çalışmalar mevcuttur. Amerika Birleşik Devletlerinde yapılan bir çalışmada; 10-15 yaş arasındaki adölesanların bebeklerindeki ölüm riskinin %55, 16-17 yaşındaki adölesanların bebeklerinde %19 ve 18-19 yaş arasındaki annelerin bebeklerinde de bu oranın %6 olduğu saptanmıştır.¹⁶

Literatür bilgisi adölesan annelerin erişkin annelere oranla ilk 2 aylık dönemde bebeklerinin sorumluluğunu daha geç aldıkları ve sağlık hizmetlerine ulaşmada daha fazla sorun yaşadıklarını doğrultusunda.¹³ Ayrıca adölesan annelerin çocukları, erişkin annelerin çocuklarıyla karşılaştırıldığında daha zayıf bilişsel, akademik ve davranışsal becerilere sahip oldukları, yirmi yaş altı anne çocukları otuz yaş üzeri annelerin çocuklarıyla karşılaştırıldığında, kötü sonuçlarının 1.5 ile 8.9 kat daha fazla olduğu belirlenmiştir. Bu çocuklarda anksiyete bozukluğu, major depresyon ve intihar girişimi, madde kullanımı ve suç işleme, eğitim başarılarında düşüklük ve okulu terk etme oranları daha fazla bulunmuştur. Aynı zamanda istismar ve ihmalde önemli risklerdir. Çocuk istismarı ve annenin ilk doğumunu yaptığı yaş arasında ilişki olduğu belirlenmiştir.⁸

Adölesan annelerin doğum sonu dönemde karşılaştıkları problemlerden biri de laktasyonun başlatılması ve sürdürülmesiyle ilgilidir. Araştırmalar anne yaşı ile emzirmenin başlatılması ve sürdürülmesi arasında önemli bir ilişki olduğu ve anne yaşı ile emzirme süresi arasında pozitif ilişki olduğunu göstermiştir.⁴⁰⁻⁴⁸

Özsoy'un (2014) çalışma sonuçları; daha çok istenmeyen gebelikler yaşadıkları, doğumdan sonra bebeklerini daha geç emzirdikleri, hastanede emzirme için sağlık personelinin daha az destek aldıkları saptanmıştır. ⁴⁶ Adölesanlara ilişkin bu sonuçlar anne yaşı ve emzirme ilişkisini göstermesi açısından anlamlıdır.

Sonuç ve Öneriler

Adölesan gebeliklerin yaygın olmasının başlıca nedenleri arasında; erken yaşta evlilikler, aile planlaması yöntemleri konusunda yetersiz bilgi sahibi olma, ulaşımındaki zorluklar, okul ve aile tarafından cinsel sağlık/ üreme sağlığı konusunda yeterli bilgilendirme yapılmamış olması, düşük sosya-ekonomik durum ve eğitim düzeyinin düşük olması gibi faktörler yer almaktadır.

Adölesan gebeliklerin önlenmesinde;

- ✓ Cinsel sağlık/ üreme sağlığı hizmetlerinin adölesanlar arasında yaygınlaştırılması,
- ✓ Adölesan gebelerin gidebileceği ayrı adölesan polikliniği oluşturulması,
- ✓ Eğitim müfredatının cinsel sağlık/ üreme sağlığı bilgileri yönünden zenginleştirilmesi,
- ✓ Gençlerin güvenli cinsel yaşam, gebelik ve ebeveyn olma ile ilgili bilgilerinin artırılması,
- ✓ Erken gebelik nedenleri arasında yer alan; kadınların okuma ve meslek sahibi olma oranlarının düşüklüğü, kültürel ve geleneksel nedenlerin iyi değerlendirilmesi,
- ✓ Adölesanlara yönelik eğitim programları hazırlanması ve kitle iletişim araçlarının etkin kullanılması önerilebilir.

Kaynaklar

1. Kütük S. Adölesan Gebelik Riskleri ve Sorunları. *Türk Aile Hekimleri Dergisi* 2012; 16 (Suppl):31-S34.
2. Melekoğlu R. Adölesan Gebelikler: Maternal ve Fetal Sonuçları. Uzmanlık Tezi (2012).

3. Melekoğlu R, Evrüke C, Kafadar T, Mısırlıoğlu S, Büyükkurt S, Özgünen TF. Adölesan Gebeliklerin Perinatal Sonuçları. *Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Dergisi J(Turk Soc Obstet Gynecol)* 2013; 10(4): 213- 9.
4. Sökülmez P, Özenoğlu A. Adölesan gebelerin sağlık ve beslenme durumlarının yenidoğan Sağlığı üzerine etkileri. *Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Dergisi* 2014; 11(1): 1-9.
5. Mason E. Guidelines for preventing early pregnancy and poor reproductive outcomes Among adolescents in developing countries. Geneva, World Health Organization, 2011:1-8.
6. WHO. Early marriages, adolescent and young pregnancies. Report by the Secretariat. A 65/13. Geneva, Switzerland: WHO; 2012.
7. Dixon-Mueller R. Research issues in developing countries the sexual and reproductive health of younger adolescents WHO Document Production Services, Geneva, Switzerland. 2011: 26-9.
8. Çolak Ü. Türkiye'deki adölesan gebelikler. *Eğitim Dergisi* 2012; 33(1):1-6.
9. Şen S, Kavlak O. Çocuk gelinler: Erken yaş evlilikleri ve adölesan gebeliklere yaklaşım. *Aile ve Toplum Dergisi* 2011; 7(25): 35-44.
10. WHO. Health-related Millennium Development Goals, Adolescent fertility rate (per 1000 girls aged 15–19 years): WHO; 2009.
11. Adölesan Doğurganlık ve Annelik. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 2013: 72-73.
12. Öner S, Yapıcı G. Adölesan gebeliklere bakış. *Türkiye Halk Sağlığı Dergisi* 2010; 8(1): 30-9.
13. Letourneau NL, Stewart M, Barnfather AK. Adolescent mothers: support needs, resources, and support-education interventions. *Journal of Adolescent Health* 2004; 35(6): 509-25.
14. Cabezon C, Vigil P, Rojas I, Leiva ME, Riquelme R, Aranda W, Garcia C.

- Adolescent pregnancy prevention: an abstinence-centered randomized controlled intervention in Chilean public high school. *J Adolesc Health* 2005; 36(1): 64-9.
15. Yıldırım Y, Ünal MM, Tinar S. Reproductive and characteristics of adolescent pregnancies in Turkish women. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2005;18: 249-53.
 16. Mangiaterra V, Pendse R, McClure K, Rosen J. Adolescent Pregnancy. MPS Notes World Health Organization 2008; 1(1):1-4.
 17. Çokar M. Dünyada ve Türkiye’de isteyerek düşüğün yasal boyutunun etik açıdan değerlendirilmesi. Doktora Tezi (2006).
 18. McIntyre P. Health Problems Associated With Adolescent Pregnancy. Pregnant Adolescents Delivering on Global Promises of Hope. Geneva, WHO Library Cataloguing-in-Publication Data, 2006;10-15.
 19. Meydanlı MM, Çalışkan E, Ecemiş T, Arlier S, Dölen İ, Haberal A. Adölesanlarda Gebelik sonuçlarının değerlendirilmesi. *T Klin Jineköl Obst* 2000; 10: 98-103.
 20. Bükülmez O, Deren Ö. Perinatal outcome in adolescent pregnancies: A case-control study from a Turkish university hospital. *European Journal of obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology* 2000;207-12.
 21. Gökçe B, Ozsahin A, Zencir M. Determinants of adolescent pregnancy in an urban area in Turkey: a population-based case-control study. *J Biosoc Sci* 2007; 39: 301-11.
 22. Demirgöz M, Canbulat N. Adölesan gebelik. *Türkiye Klinikleri J med Sci* 2008; 28(6).
 23. Haldre K, Rahu K, Karro H, Rahu M. Is a poor pregnancy outcome related to young maternal age? A study of teenagers in Estonia during the period of major socio-economic changes (from 1992-2002). *Eur J Obstet Gynecol Reprod Bio* 2007; 131: 45-51.
 24. Phupong V, Suebnukarn K. Obstetric outcomes in nulliparous young adolescents. *Southeast Asian J Trop Med Public Health* 2007; 38: 141-5.
 25. Moran VH. A systematic review of dietary assessments of pregnant adolescents in industrialised countries. *Br J Nutr* 2007; 97: 411-25.
 26. Pathak P, Singh P, Kapil U, Raghuvanshi RS. Prevalence of iron, vitamin A, and iodine deficiencies amongst adolescent pregnant mothers. *Indian J Pediatr* 2003; 70: 299-301.
 27. Lira Plascencia J, Oviedo Cruz H, Pereira LA, Dib Schekaiban C, Grosso Espinoza JM, Ibarguengoitia Ochoa F, et al. Analysis of the perinatal results of the first five years of the functioning of a clinic for pregnant teenagers. *Ginecol Obstet Mex.* 2006;74: 241-6.
 28. Keskinoglu P, Bilgiç N, Pıçakçı EM. Perinatal outcomes and risk factors of Turkish adolescent mothers. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2007 Feb; 20(1):19-24.
 29. Treffers P. Adolescent Pregnancy Issues in Adolescent Health and Development, II. Series. Geneva, WHO Library Cataloguing-in-Publication Data, 2004; 5-10.
 30. Geist RR, Beyth Y, Shashar D, Beller U, Samueloff A. Perinatal outcome of teenage pregnancies in a selected group of patients. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2006; 19: 189-93.
 31. Başer M. Adölesan cinselliği ve gebelik. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokul Dergisi* 2000; 4(1).
 32. Miller S, Lester F, Webster M, Cowan B. Obstetric fistula: A preventable tragedy. *J Midwifery Womens Health* 2005;50: 286-9.
 33. Mahfouz AAR, El Said MM, Al-Erian RA, Hamid AM. Teenage pregnancy are teenagers a high risk group? *European Journal of Obstetrics and Gynaecology and Reproductive Biology* 1995; 59: 17-20.
 34. Covington DL, Justason BJ, Wright LN. Severity, manifestations, and

- consequences of violence among pregnant adolescents. *J Adolesc Health* 2000; 28: 55-61.
35. Zeck W, Bjelic-Radisic V, Haas J, Greimel E. Impact of adolescent pregnancy on the future life of young mothers in terms of social, familial, and educational changes. *Journal of Adolescent Health* 2007; 41: 380-8.
 36. Raneri LG, Wiemann CM. Social ecological predictors of repeat adolescent pregnancy. *Perspectives Sexual and Reproductive Health* 2007;39: 39-47.
 37. CYBE-HIV/AIDS'in Önlenmesi (2007).Gençlik Danışmanlık ve Sağlık Hizmet MerkezleriCSÜS Eğitimi Modülü, Katılımcı Rehberi. T.C.Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Ankara; 171-204.
 38. Woods JL, Shew ML, Tu W, Ofner S, Ott AM, Fortenberry DJ. Patterns of oral contraceptive pill-taking and condom use among adolescent contraceptive pill users. *Journal of Adolescent Health* 2006;39: 381-7.
 39. Bearinger LH, Resnick MD. Dual method use in adolescents: A review and framework for research on use of STD and pregnancy protection. *J Adolesc Health* 2003;32: 340-9
 40. Alp H. Çocuklarda anne sütü ile beslenme süresi ve ilişkili faktörler. *Güncel Pediatri* 2009; 7: 45-52.
 41. Akdolun Balkaya N, Vural G, Eroğlu K. Factors affecting exclusive breastfeeding in the first six weeks postpartum in Bolu, Turkey. *Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst* 2009; 19(3): 142-149.
 42. Dennis CL. Breastfeeding initiation and duration: A 1990-2000 literature review. *JOGNN* 2002; 31(1): 12-32.
 43. Işık Koç G, Tezcan S. Gebelerin emzirmeye ilişkin tutumları ve emzirme tutumunu etkileyen bazı faktörler. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2005: 1-13.
 44. McKechnie AC, Tluczek A, Henriques, JB. Maternal variables influencing duration of breastfeeding among low-income mothers. *ICAN: Infant, Child & Adolescent Nutrition* 2009; 1(3): 125-132.
 45. Santo ACE, Oliveira LD, Giugliani ER. Factors associated with low incidence of exclusive breastfeeding for the first 6 months. *J BIRTH* 2007; 34(3): 212-219.
 46. Thulier D, Mercer J. Variables associated with breastfeeding duration. *JOGNN* 2009, 38: 259-268.
 47. Özsoy S. Adölesan annelerin emzirmeye yönelik düşünce ve uygulamaları. *F.N.Hem. Derg.* 2014;22(2):84-93.
 48. Yıldız H, Küçükşahin N. Kırsal bölgede annelerin doğum sonu yaşadıkları sorunlar ve bakım gereksinimleri. *Türk Aile Hek Derg.*2011; 15(4): 159-166.