



İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
FLORENCE NIGHTINGALE HEMŞİRELİK
FAKÜLTESİ



HİD

Florence Nightingale
Hemşirelik Dergisi

Florence Nightingale Journal of Nursing

Derginin Eski Adı: İstanbul Üniversitesi
Florence Nightingale Hemşirelik
Yüksekokulu Dergisi

(Journal of Istanbul University Florence Nightingale School of Nursing)

KAPAK İÇ YAZISI

Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi basım ve dağıtım giderleri “**Florence Nightingale Hemşire Mektepleri ve Hastaneleri Vakfı**” tarafından karşılanmaktadır.

İÇ KAPAK YAZISI

Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi

- **Türk Tıp Dizini tarafından dizinlenmektedir,**
- **ULAKBİM Ulusal Atıf Sistemi ve Türkiye Atıf Dizini’nde yer almaktadır.**



Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi
Florence Nightingale Journal of Nursing



Sahibi / Owner
İ.Ü. F.N.Hem.Fak.'si Adına
Prof. Dr. Nezihe KIZILKAYA BEJİ

Editör/Editor-in- Chief Prof. Dr. Nevin KANAN

Yazı İşleri Müdürü Prof. Dr. Nevin KANAN

Üye
Prof. Dr. Semra ERDOĞAN

Editör Yardımcısı Doç. Dr. M. Nihal ESİN

Yayına Hazırlayan
Dr. Tuluha AYOĞLU
Yard. Doç. Dr. Funda BÜYÜKYILMAZ
Dr. Seda ÇAĞLAR

İstatistik ve Epidemiyoloji Danışmanı
Prof. Dr. Rian DİŞÇİ
İ.Ü. İstanbul Tıp Fakültesi Biyoistatistik
ve Demografik Bilim Dalı



Hakem Kurulu / Advisory Board

Doç. Dr. Süheyla ABAAN (Hacettepe Üniv.)
 Doç. Dr. Rengin ACAROĞLU (İstanbul Üniv.)
 Prof. Dr. Nuran AKDEMİR (Hacettepe Üniv.)
 Prof. Dr. Neriman AKYOLCU (İstanbul Üniv.)
 Prof. Dr. Şule ECEVİT ALPAR (Marmara Üniv.)
 Prof. Dr. Gülümser ARGON (Ege Üniv.)
 Prof. Dr. Zuhâl BAHAR (Dokuz Eylül Üniv.)
 Doç. Dr. Ülkü BAYKAL (İstanbul Üniv.)
 Prof. Dr. Ayla BAYIK TEMEL (Ege Üniv.)
 Prof. Dr. Nurhan BAYRAKTAR (Hacettepe Üniv.)
 Prof. Dr. Tülin BEDÜK (Ankara Üniv.)
 Doç. Dr. Hülya BİLGİN (İstanbul Üniv.)
 Prof. Dr. Sevim BUZLU (İstanbul Üniv.)
 Doç. Dr. Gülbeyaz CAN (İstanbul Üniv.)
 Prof. Dr. Hicran ÇAVUŞOĞLU (Hacettepe Üniv.)
 Doç. Dr. Ayda ÇELEBİOĞLU (Atatürk Üniv.)
 Doç. Dr. Sezgi ÇINAR (Celal Bayar Üniv.)
 Doç. Dr. Nurdan DEMİRCİ (Marmara Üniv.)
 Doç. Dr. Ümmü Yıldız FİNDİK (Trakya Üniv.)
 Doç. Dr. Şeyda SEREN İNTEPELER (Dokuz Eylül Üniv.)

Prof. Dr. Nalan ÖZHAN ELBAŞ (Başkent Üniv.)
 Prof. Dr. Oya Nuran EMİROĞLU (Hacettepe Üniv.)
 Prof. Dr. Nuray ENÇ (İstanbul Üniv.)
 Prof. Dr. Behice ERCİ (İnönü Üniv.)
 Doç. Dr. Firdevs ERDEMİR (Adıyaman Üniv.)
 Prof. Dr. Fethiye ERDİL (Hacettepe Üniv.)
 Prof. Dr. İsmet EŞER (Ege Üniv.)
 Prof. Dr. Sebahat GÖZÜM (Akdeniz Üniv.)
 Prof. Dr. Sevgi HATİPOĞLU (GATA)
 Prof. Dr. Hacer KARANISOĞLU (İstanbul Üniv.)
 Prof. Dr. Süreyya KARAÖZ (Kocaeli Üniv.)
 Prof. Dr. Mağfiret KAŞIKÇI (Atatürk Üniv.)
 Doç. Dr. Hatice KAYA (İstanbul Üniv.)
 Doç. Dr. Hülya KAYA (İstanbul Üniv.)
 Prof. Dr. Nezihe KIZILKAYA BEJİ (İstanbul Üniv.)
 Prof. Dr. Gülseren KOCAMAN (Dokuz Eylül Üniv.)
 Prof. Dr. Nuran KÖMÜRCÜ (Marmara Üniv.)
 Prof. Dr. Gülümser KUBİLAY (Hacettepe Üniv.)
 Doç. Dr. Yasemin KUTLU (İstanbul Üniversitesi)
 Prof. Dr. Mukadder MOLLAOĞLU (Cumhuriyet Üniv.)

Prof. Dr. Nursen NAHCIVAN (İstanbul Üniv.)
 Prof. Dr. Hülya OKUMUŞ (Dokuz Eylül Üniv.)
 Doç. Dr. Ümrân OSKAY (İstanbul Üniv.)
 Prof. Dr. Fatma ÖZ (Hacettepe Üniv.)
 Prof. Dr. Ayşe ÖZCAN (Mersin Üniv.)
 Doç. Dr. S. Deniz ÖZTEKİN (İstanbul Üniv.)
 Doç. Dr. Havva ÖZTÜRK (Karadeniz Teknik Üniv.)
 Doç. Dr. Nurcan ÖZYAZICIOĞLU (Uludağ Üniv.)
 Prof. Dr. Türkan PASINLIOĞLU (Atatürk Üniv.)
 Prof. Dr. Ümit SEVİĞ (Erciyes Üniv.)
 Doç. Dr. Nevin HOTUN ŞAHİN (İstanbul Üniv.)
 Doç. Dr. Merdiye ŞENDİR (İstanbul Üniv.)
 Prof. Dr. Lale TAŞKIN (Hacettepe Üniv.)
 Doç. Dr. Fatma TÜFEKÇİ (Atatürk Üniv.)
 Prof. Dr. Özge UZUN (Kilis Üniv.)
 Prof. Dr. Meryem YAVUZ (Ege Üniv.)
 Doç. Dr. Saadet YAZICI (İstanbul Üniv.)
 Prof. Dr. Aytolan YILDIRIM (İstanbul Üniv.)
 Prof. Dr. Suzan YILDIZ (İstanbul Üniv.)
 Doç. Dr. Ayten ZAYBAK (Ege Üniv.)



Yazışma Adresi / Correspondence Address
 İ.Ü. Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi
 Abide-i Hürriyet Cd. 34381
 Şişli/ İstanbul
 Tel: 0-212- 4400000/ 27006
 Fax: 0-212-2244990
 e-mail: iufnhd@istanbul.edu.tr
www.iudergi.com

Derginin kısaltılmış adı "F.N. Hem. Derg" dir. Kaynak gösteriminde bu kısaltılmış ad yazılmalıdır.



Yayınevi / Published by
 NOBEL TIP KİTABEVLERİ LTD. ŞTİ. Millet Cad. No: 111 Çapa / İstanbul
 Tel: 0212 632 83 33 E-posta: dizgi@nobeltip.com
 Kapak Düzeni: Prof. Dr. Süleyman Velioglu Dizgi / Sayfa Düzenlemesi : Selçuk Ertürk
 Yerel sürekli yayım, yılda 3 kez yayınlanır. Baskı Tarihi : Ağustos 2013 Baskı : Nobel Matbaacılık

Editörden Okura

Değerli Okurlar,

Bu sayıda; lise öğrencilerinin atılganlık düzeylerinin bazı değişkenler açısından incelenmesi, jinekoloji polikliniğine başvuran kadınlarda genital enfeksiyon görülme durumunu ve bu kadınların genital hijyen davranışlarını belirlemek, hemşirelik öğrencilerinin ilk klinik deneyim sırasındaki stres düzeylerinin incelenmesi, aile hekimliği merkezlerine başvuran bireylerin obezite sıklığı ve ilişkili etmenlerin belirlenmesi, Kaos Teorisi ve “Sağlık-Hastalık Kavramı” üzerine etkisi; afet yönetiminde halk sağlığı hemşiresinin rol ve sorumlulukları, gebelikte oluşan değişikliklerin tedavi ve bakımında önerilen kanıt temelli uygulamalar ve kadınların sezeryan doğum tercihlerin saptandığı beş çalışma ve dört derlemeyi okuma olanağı bulacaksınız.

Sağlık ve başarılar diler sevgi ve saygılarımı sunarım.

Prof. Dr. Nevin KANAN
Editör



İÇİNDEKİLER / CONTENTS

ARAŞTIRMA YAZILARI

- Lise Öğrencilerinin Atılganlık Düzeylerinin Bazı Değişkenler Açısından İncelenmesi**
Studying High School Students' Assertiveness Levels in Terms of Certain Variables
Hülya ARSLANTAŞ, Filiz ADANA, Muazzez ŞAHBAZ76-84
- Jinokoloji Polikliniğine Başvuran Kadınlarda Genital Enfeksiyon Sıklığı ve Genital Hijyen Davranışları**
The Evaluation of Genital Infections and Genital Hygiene Practices of Women Who Applied to Gynecology Polyclinic
Eda CANGÖL, Burcu TOKUÇ 85-91
- Onkoloji Hemşirelerinde İş Stresi ve Etkileyen Faktörler**
The Job Stress of the Oncology Nurses and Influential Factors
Rujnan TUNA, Ülkü BAYKAL92-100
- Hemşirelik Öğrencilerinin İlk Klinik Deneyim Sırasındaki Stres Düzeylerinin İncelenmesi**
The Determination The Level of Stress of Nursing Students During Their First Clinical Experience
Sevgi TAŞDELEN, Ayten ZAYBAK101-106
- Aile Hekimliği Birimine Başvuran Bireylerde Obezite Sıklığı ve İlişkili Etmenler: Artvin Örneği**
Prevalence and Factors Related Obesity in Individuals Who Applied to the Family Medicine Center: The Case of Artvin
Elif İŞİK, Yalçın KANBAY, Özgür ASLAN, Kevser İŞİK, Sevil ÇINAR 107-115
- DERLEME YAZILARI**
- Kaos Teorisi ve “Sağlık - Hastalık Kavramı” Üzerine Etkisi**
Chaos Theory and Its Impact on “Health - Disease Concept”
Nazan TUNA ORHAN116-121
- Afet Yönetiminde Halk Sağlığı Hemşiresinin Rol ve Sorumlulukları**
Public Health Nurses' Roles and Responsibilities in Disaster Management
Hülya DEMİRBAŞ, Ayşe SEZER, Ayşe ERGUN122-128
- Gebelikte Oluşan Rahatsızlıklarda Kanıta Dayalı Uygulamalar**
Care for Evidence-Based Applications During Pregnancy
Meltem MECDİ, Gülay RATHFISCH129-138
- Kadınların Sezaryen Doğum Tercihleri**
Care for Evidence-Based Applications During Pregnancy
Meltem DEMİRÖZ BAL, Sema DERELİ YILMAZ, Nezihe KIZILKAYA BEJİ139-146

Lise Öğrencilerinin Atılganlık Düzeylerinin Bazı Değişkenler Açısından İncelenmesi*

Studying High School Students' Assertiveness Levels in Terms of Certain Variables

Hülya ARSLANTAŞ**, Filiz ADANA**, Muazzez ŞAHBAZ***

İletişim/Correspondence: Hülya ARSLANTAŞ Adres/Adress: Adnan Menderes Üniversitesi, Aydın Sağlık Yüksekokulu, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği AD., Gençlik C. No:7 09100 Aydın Tel: +90256 213 88 66/124 E-mail: hulyaars@yahoo.com

ÖZ

Amaç: Bu araştırma lise öğrencilerinin atılganlık düzeylerinin bazı değişkenler açısından incelenmesi amacıyla yapıldı. **Yöntem:** Tanımlayıcı araştırmanın örneklemini İstanbul Milli Eğitim İl Müdürlüğüne bağlı Ortaöğretimde öğrenim gören 949 öğrenci oluşturdu. Verilerin toplanmasında araştırmacılarca geliştirilen 13 soruluk anket formu ve Rathus Atılganlık Ölçeği kullanıldı.

Bulgular: Öğrencilerin demografik özellikleri ile Rathus Atılganlık Ölçeği puan ortalamaları karşılaştırılmış kız öğrencilerin, İstanbul'da doğanların, geliri fazla olanların, evde alınan kararlara katılanların, kendini atılgan ve saldırgan olarak tanımlayanların Rathus Atılganlık Ölçeği Puanları yüksek bulunmuştur. Sağlık sorunu varlığının, başarı durumunun, sınıfta kalma durumunun, aile tipinin, ebeveynlerin hayatta olma durumunun, kardeş sayısının, kaçınıcı çocuk olduğunun Rathus Atılganlık Ölçeği puan ortalamasını etkilemediği saptandı.

Sonuç: Öğrencilerin atılganlık puanını kız olmanın, gelirin fazla olmasının ve ailede alınan kararlara katılmalarının arttırdığı bulundu.

Anahtar Kelimeler: Lise öğrencisi, atılganlık.

ABSTRACT

Aim: This study has been carried out to determine the assertiveness levels of high school students in relation to certain variables

Method: The sample of descriptive study included 949 students studying in secondary schools subordinate to Istanbul National Education Directorate. A questionnaire prepared by the researchers and Rathus Assertiveness Inventory were used for data collection.

Results: Demographic characteristics and Rathus Assertiveness Inventory scores of the students were compared. Rathus Assertiveness Inventory scores of the females, being born in Istanbul, having high incomes, participating in decisions at home and describing themselves as assertive and aggressive were found to be high. In contrast, having health problems, success situation, failing in exams, family type, situation of parents being alive, numbers of siblings and birth order of attendants in their families had no effect on Rathus Assertiveness Inventory scores

Conclusion: Being female, having high income and participating in decisions in the family increased students' Rathus Assertiveness Inventory scores

Key Words: High school student, assertiveness.

*12. Ulusal Hemşirelik Kongresi'nde (Uluslar Arası Katılımlı) poster bildiri olarak sunulmuştur (20-24 Ekim 2009, Sivas), **Yard. Doç. Dr. Adnan Menderes Üniversitesi, Aydın Sağlık Yüksekokulu, ***Öğr. Gör. Adnan Menderes Üniversitesi, Aydın Sağlık Yüksekokulu

Yazının gönderilme tarihi: 17.12.2012

Yazının basım için kabul tarihi: 22.03.2013

GİRİŞ

İletişim, bireyin birtakım semboller kullanarak karşılıklı etkileşim süreci olarak tanımlanabilir. İnsanlar için varlığı ve önemi çok eskilere dayanmasına rağmen iletişimin özel ilgi alanı haline gelmesi içinde yaşadığımız yüzyılın yeniliğidir. Ülkemizde son yıllarda çeşitli gruplar üzerinde yapılan çalışmalarda aile, okul ve iş yaşamındaki iletişim sorunlarının fazla olduğu gösterilmiştir (Adana 2006; Bozkurt 2010; Yeşilyaprak ve Kısaç 1999).

İnsanların ilişkilerinde genel olarak; boyun eğici (çekingen), saldırgan (agresif), insanları yönlendirici (manipulatif) ve atılgan olmak üzere dört farklı temel davranış biçimlerinden birini seçerek tepkide bulunduğu belirtilmektedir (Özcan 1996). Bunların arasında insanlar arası etkileşimde kopukluk yaratan iki tür davranış vardır. Bunlar “Saldırganlık ve çekingenlik” davranışlarıdır. Saldırgan olan bireyler isteklerine ulaşmak için, çoğu zaman başkalarını kırma, küçük görme eğilimi gösterirler. Çekingen olan bireyler ise amaçlarına ulaşmakta ve gereksinimlerini karşılamakta güçlük çekerler. Bu nedenle çekingen olan insanlar ya eksiklik kaygısıyla ya da öfkeyle doludurlar (Alberti ve Emmons 2002). Mutlu olmanın temelini oluşturan yaşam becerilerinden en önemlileri atılganlık ve kişilerarası problem çözme becerisi olarak belirtilebilir. Atılgan ve etkili problem çözebilen kişiler; haklarını koruyabilmekte, empatik olarak duygularını ve düşüncelerini dile getirebilmektedirler (Alberti ve Emmons 1998). Atılganlık, kişilerarası iletişim ve etkileşim kurmadaki en sağlıklı davranış biçimi olarak belirtilmektedir (İnceoğlu ve Aytar 1987). Atılganlık; bireyin haklarını korumada, düşüncelerini, duygularını ve inançlarını doğrudan, dürüst, uygun yollarla ve başkalarının haklarını gözeterek ortaya koyma biçimidir. Atılgan bir kişi etkin bir biçimde dinler, tartışır ve başkalarında işbirliği içinde olma isteği uyandırır (Cüceloğlu 1991; Köroğlu 2002). Atılganlık genel olarak; uygun bir çerçeve içinde açık, dolaysız ve dürüst bir iletişim kurma biçimidir. Kişinin toplumsal konumunu güçlendirme ve başkaları üzerinde daha etkileyici olmasını sağlama gibi konularda üst-

lendiği rol nedeniyle atılgan davranmak; kişinin kendine duyduğu güven duygusunu artıran, çevresindeki kişiler üzerinde saygı uyandırmasına yardımcı olan, dürüst ilişkiler kurma şansını arttıran, kişiye gündelik olayların denetiminin kendi elinde olduğu duygusunu veren, kişilerarası iletişim akışının dengelenmesinde önem taşıyan sosyal iletişim becerilerinden biridir (Ker-Dinçer 2005).

Atılganlık evrensel bir özellik olmayıp kişiye ve duruma göre değişmektedir. Bireysel farklılıklar ve kültürel özellikler atılgan davranmakta önemli olmaktadır. Kendini ifade etmek insanın temel gereksinimi olmasına karşın, atılgan davranışın batı kültürünün özelliği olduğu belirtilmektedir. Türk toplumunun yapısına bakıldığında tepki vermeme, söz dinleme, uysallık, saygı gösterme ve sessizlik ödüllendirilirken; merak, konuşma ve kişisel girişimin cezalandırıldığı gözlenmektedir. Ancak gelişen teknoloji nedeniyle kültürlerarası etkileşimin artması, atılgan davranmanın yararlarının değerlendirilmesi ve öğrenilebilir bir davranış olması nedeniyle bu davranışı öğrenme isteği artmaktadır (Buzlu 1999; Eskin 2003; Üstün 1995; Üstün, Akgün ve Parlak 2005; Voltan 1980). Küçük ve geleneksel toplumlarda, toplumsal kontrolün fazla olması itaat ve boyun eğmeyi teşvik eder (Deniz 1997). Özellikle erkek egemen toplumlarda kadınların boyun eğici olması ve çevresindekilere kendini adamasının beklenmesi atılganlıklarını engelleyebilir (Eskin 2003; Üstün 1995). Yoshioka (2000) 115 düşük gelirli Kafkas, Afrikalı Amerikalı ve İspanyollar üzerinde yapmış olduğu çalışmada atılganlığın ifade edilmesinde kültürel kavramsal farklılıklar olduğunu bildirmiştir. Atılganlık Batı Avrupa ve Kuzey Amerika kültüründe daha yüksek kavramsal bir değer olup bireysel değerler ön planda iken Asya kültüründe atılganlık az değerli olup toplulukçuluk görüşü ön plandadır. Bu yüzden yapılan araştırmalarda etnik gruplarda veya kültürlerde kültürel kodlar veya değerlerde farklılıklar beklenmektedir. Niikura (1999) Japon, Malezyalı, Filipinli ve Amerikalı memur ve Asyalı çalışanları Amerikalı benzerleri arasında daha az atılgan bulmuştur. Florian ve Zernitsky-Shurka (1987) İsraili Arap

ve İsraili Yahudi 97 öğrenciyi karşılaştırmış; İsraili Arapların daha az atılgan olduğunu bulmuştur. Furnham (1979) 108 Güney Afrika'daki Avrupalı, Hintli ve Afrikalı hemşireler üzerinde yaptığı bir çalışmada Avrupalıların en fazla ve Hintlilerin de en az atılgan olan grup olduğunu bildirmiştir.

Ergen kimlik oluşumu içinde hayata uyum sağlamaya çalışmaktadır. Kimliğini keşfetmekte olan gencin çevresindeki desteğin yetersiz olması veya çevresinde hatalı davranışların olması durumunda kimlik oluşumuyla ilgili karmaşanın çözülmesi zorlaşmaktadır. Gençlerin ergenlik dönemini sağlıklı şekilde atlatabilmeleri için onlara iyi iletişim becerileri aracılığıyla iletişim ve yaşam becerileri kazandırılmalıdır (Calsbeek, Rijken, Bekkers, Dekker ve Van Berge-Henegouwen 2006).

Ergenlerin kimlik gelişimi boyunca atılgan davranışlarının arttırılması onların daha sağlıklı bireyler ve ebeveynler olmalarına yardımcı olacaktır. Bu sayede ergenlik dönemi krizini daha rahat atlatabileceklerdir. Ergenlerin atılgan özelliklerinin tanımlanması onlara danışmanlık yapılması sırasında önemli olacaktır. Bu nedenle bu araştırma, lise öğrencilerinin atılganlık düzeylerinin bazı değişkenler açısından incelenmesi amacıyla yapılmıştır.

YÖNTEM

Tanımlayıcı olarak planlanan araştırmada lise öğrencilerinin atılganlık düzeyini ve bazı değişkenlerle ilişkisini belirlemek amaçlanmıştır. Elde edilen verilerin okul ruh sağlığı çalışmalarına rehberlik edeceği düşünülmektedir. Araştırma İstanbul'un bir lisesinde yapılmıştır.

Araştırmaya başlamadan önce Milli Eğitim Müdürlüğünden resmi izin alınmıştır. Araştırmanın evrenini Mecidiyeköy'de bir lisede öğrenim gören tüm öğrenciler (N=1067) ve örneklemini ulaşılabilen, araştırmaya katılmayı kabul eden öğrenciler (n=949) oluşturmuştur. Araştırmaya katılacak öğrenciler ve aileleri konu ile ilgili bilgilendirilip izinleri alınmıştır. Veriler

Tablo 1. Öğrencilerin Sosyodemografik Özellikleri

		Sayı (n)	Yüzde (%)
Cinsiyet	Kız	527	55.5
	Erkek	422	44.5
Doğum yeri	İstanbul	678	71.4
	İstanbul Dışı	250	26.3
	Belirtilmemiş	21	2.2
Aile tipi	Çekirdek	803	84.6
	Geniş	104	11.0
	Tek Ebeveynli	42	4.4
Anne-Baba	Hayatta	915	96.4
	Anne Ölmüş	8	0.8
	Baba Ölmüş	26	27.7
Kardeş sayısı	Yok	74	7.8
	1 Kardeş	370	39.0
	2 Kardeş	304	32.0
	3 ve Daha Fazla Kardeş	201	21.2
Kaçıncı çocuk	İlk	424	44.7
	Ortanca	206	21.7
	Son	319	33.6
Gelir düzeyi	Gelir giderden az	43	4.5
	Gelir gidere denk	566	59.6
	Gelir giderden fazla	340	35.8
Sağlık sorunu	Yok	857	90.3
	Var	92	9.7
Başarı durumu	Kötü	57	6.0
	Orta	334	35.2
	İyi	558	58.8
Sınıfta kalma	Evet	155	16.3
	Hayır	794	83.7
Evde alınan kararlara katılım	Var	784	82.6
	Yok	165	17.4
Kendini tanımlama	Çekingen	363	38.4
	Atılgan	532	56.1
	Saldırgan	53	5.6

sosyo-demografik özellikler soru formu, ilgili literatür taranarak atılganlıkla ilişkili olduğu düşünülen sorular ve Rathus Atılganlık Envanteri (RAE) ile araştırmacılar tarafından, sınıf ortamında toplanmıştır.

Araştırma verilerinin analizi bilgisayar ortamında SPSS 11.5 istatistik programı kullanılarak yapılmıştır. Elde edilen verilerde merkezi eğilim ölçütlerinin normal dağılım göstermemesi nedeni ile nonparametrik testler tercih edilmiştir. Tanımlayıcı istatistiklerde yüzdelik ve ortalama, standart sapma ve medyan değerleri hesaplanmış, gruplar arası karşılaştırmalarda Mann Whitney-U Testi, Kruskal Wallis Testi ve Korelasyon Analizi kullanılmıştır.

Değerlendirme araçları:

Rathus Atılganlık Envanteri (RAE-Rathus Assertiveness Schedule): Rathus Atılganlık Envanterini (RAE) S.A Rathus (1973) geliştirmiş ve Voltan Acar (1980) Türkçeye uyarlama çalışması yapmıştır. Envanter çekingenlik ve atılganlık davranışlarını ölçen, ergen ve yetişkinlere grup olarak uygulanabilen, 30 maddeden oluşan, bireyin kendi kendine yanıtlayabileceği kolay bir ölçektir. Soru formunun başında bir açıklama vardır. RAE -3'ten +3'e doğru sıralanmış 6 dereceli olan 30 maddeden oluşan bir ölçektir. Araştırmada bireylerin alacakları toplam puan -90 ile +90 arasında olup; envanterin puanlanmasında +10'a kadar pasif, +70'e kadar atılgan ve +70'in üzeri saldırgan kategorisi-

sindedir. RAE "Bana çok iyi uyuyor", "Bana oldukça uyuyor", "Bana biraz uyuyor", "Bana pek uymuyor", "Bana oldukça uymuyor" ve "Bana hiç uymuyor" biçiminde işaretlenebilmektedir. Ölçekte olumlu ve olumsuz ifadeler bulunmaktadır. Türkçe formun test-tekrar test değişmezlik katsayısı .92, Spearman Brown tekniği ile elde edilen iç tutarlık katsayısı .77 bulunmuştur (Voltan 1980; Öner 1997).

BULGULAR

Öğrencilerin atılganlık puan ortalamalarının 16.19 ± 18.98 (Medyan=16.00) olduğu bulunmuştur. Öğrencilerin 363'ü (%38.4) çekingen, 532'si (%56.1) atılgan, 53'ü (%5.6) saldırgan grubunda yer almaktadır.

Öğrencilerin % 55.5'i kız, %71.4'ü İstanbul doğumlu, % 84.6'sı çekirdek aileye sahip, % 96.4'ünün her iki ebeveyni hayatta, % 39.0'ı tek kardeşe sahip olup % 44.7'si ilk çocuktur. Öğrencilerin yaş ortalaması 15.75 ± 1.31 'dur. Olguların % 59.6'sının gelirleri giderlerine denk; % 90.3'ünün herhangi bir sağlık sorunu yok; % 58.8'inin başarı durumu iyidir. Öğrencilerin % 83.7'si hiç sınıfta kalmamıştır; % 82.6'sı evdeki kararlara katılmakta ve % 56.1'i kendini atılgan olarak tanımlamaktadır (Tablo 1).

Tablo 2. Öğrencilerin Demografik Özellikleri ile Atılganlık Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

		Sayı (n)	AO±SS (Medyan)	Z, χ^2 , p
Cinsiyet*	Kız	527	17.63±18.80 (17.00)	Z=-2.43 p=0.015
	Erkek	422	14.41±18.87 (15.00)	
Doğum Yeri**	İstanbul	678	17.43±18.54 (17.50)	$\chi^2=9.52$ p=0.009
	İstanbul Dışı	250	13.03±19.88 (15.00)	
	Belirtilmemiş	21	14.19±13.19 (15.50)	
Gelir Düzeyi	Gelir giderden az	43	13.00±21.98 (14.50)	$\chi^2=7.22$ p=0.027
	Gelir gidere denk	566	15.08±18.80 (15.00)	
	Gelir giderden fazla	340	18.45±18.44 (18.00)	
Evde Kararlara Katılım*	Var	784	17.98±18.59 (18.00)	Z=-6.07 p=0.000
	Yok	165	7.96±18.15 (9.00)	
Kendini Tanımlama**	Çekingen	363	6.26±17.27 (8.00)	$\chi^2=167.71$ p=0.000
	Atılgan	532	22.55±17.17 (23.00)	
	Saldırgan	53	20.64±17.00 (20.00)	

** Mann Whitney-U Test, *Kruskal Wallis Test

Rathus Atılganlık Envanterine göre kız öğrenciler erkek öğrencilere göre daha atılgandırlar. İstanbul'da doğan öğrencilerin RAE puanları daha yüksektir. Öğrencilerin geliri giderinden fazla olanların geliri giderine denk ve az olanlara göre RAE puanları yüksek bulunmuştur. Öğrencilerin aile içinde alınan kararlara katılmaları RAE puanlarını arttırmaktadır (Tablo 2).

Sağlık sorunu varlığının, başarı durumunun, sınıfta kalma durumunun, aile tipinin, ebeveynlerin hayatta olma durumunun, kardeş sayısının, kaçınıcı çocuk olduğunun RAE puan ortalamasını etkilemediği bulunmuştur.

Olguların yaş ve RAE puanları Pearson Korelasyon testi ile karşılaştırılmış ve yaş ile RAE Puanları arasında pozitif yönde ileri derecede anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($r=0.180$; $p=0.000$).

TARTIŞMA

Öğrencilerin atılganlık puan ortalamalarının 16.19 ± 18.98 (Medyan=16.00) olduğu bulunmuştur. Öğrencilerin 363'ü (%38.4) çekingen, 532'si (%56.1) atılgan, 53'ü (%5.6) saldırgan grupta yer almaktadır. Adana ve ark. (2009) üniversite öğrencilerinde yapmış oldukları çalışmada öğrencilerin RAE puan ortalaması 21.27 ± 22.18 'dir. Adana ve ark. (2009) yapmış oldukları çalışmada öğrencilerin 34'ünü (%9.9) çekingen, 305'ini (%88.4) atılgan, 6'sını (%1.7) saldırgan grupta bulmuşlardır. Küçük, Buzlu ve Can (2008)'in hemşirelik öğrencilerinde atılganlığı araştırdıkları çalışmalarında öğrencilerin; %26.2'sini çekingen, %68.6'sını girişken, %5.2'sini saldırgan olarak bulmuşlardır. Dinçer ve Öztunç (2009) hemşirelik ve ebelik öğrencilerinde RAE puan ortalamasını 21.50 ± 21.27 ; hemşirelik bölümü öğrencileri için RAE puan ortalamasını 20.16 ± 22.10 , ebelik bölümü öğrencileri için ise 22.91 ± 20.32 olarak belirlemişlerdir. Yılmaz ve Ekinci (2000) hemşirelik yüksekokulu öğrencilerinde yaptığı çalışmada öğrencilerde RAE puanını 20.90 ± 25.00 ; Buzlu ve Bilgin (2001) hemşirelik öğrencilerinde 23.31 ± 19.92 ve ebelik öğrencilerinde 20.55 ± 20.80 bulmuşlardır. Yılmaz (2000) Hemşirelik

Yüksekokulu öğrencileri üzerinde yaptığı çalışmada atılganlık puan ortalamasını 20.90 ± 25.00 olarak bulmuştur. Kahrıman (2005) Üniversite öğrencilerinde yapmış olduğu çalışmada atılganlık envanteri puan ortalamasını 21.25 ± 20.66 olarak saptamıştır. Dinçer (2008) hemşirelik öğrencilerinin RAE puan ortalamasını 20.16 ± 22.10 ; ebelik öğrencilerinin 22.91 ± 20.32 bulmuştur. Yıldız (2006) sağlık çalışanlarının RAE puan ortalamasını 20.6 ± 24.0 bulmuştur. Karagözoğlu, Kahve, Koç ve Adamışoğlu (2008) üniversite son sınıfta okuyan 290 öğrencide atılganlık seviyelerini araştırdıkları çalışmalarında atılganlık puan ortalamasını 24.53 ± 25.13 bulmuşlardır. Bu araştırmaların bulguları örneklem grupları farklı olmasına rağmen çalışmanın bulguları ile benzerdir.

Rathus Atılganlık Envanterine göre kız öğrenciler erkek öğrencilere göre daha atılgandırlar (Tablo 2). Eskin (2003) İstanbul'daki ve İsveç'teki lise öğrencileri üzerinde yapmış olduğu çalışmada erkekler ve kızlar arasında atılgan davranış açısından fark olmadığını bulmuştur. Kimble, Marsh ve Kiska (1984)'da benzer sonucu bulmuşlardır. Kimble ve ark. (1984) öğrencilerin atılganlıklarını belirlemek için kişilerarası davranış ölçeğini kullanmışlar ve kişilerarası davranış ölçeğinin alt ölçeği olan kişisel sınırlılıklarla baş etmek ve kişisel sınırlılıkların ifadesi konusunda kız öğrencilerin erkek öğrencilerden daha yüksek puana sahip olduğunu bildirmişlerdir. Ancak erkekler kızlardan daha atılgan görünmektedir. Bu kültürel nedenlerden kaynaklanıyor olabilir. Ergen kızlardan kadının toplumsal cinsiyet rolü nedeniyle ondan beklenen rol doğrultusunda pasif olmaları beklenirken kadının toplum içindeki rolünün değişmesi ile birlikte beklenen rolün karşıtı olarak atılganlık yükseliyor olabilir. Atılganlık kadına atfedilen toplumsal rol kalıbından çok erkeğe atfedilen toplumsal rol kalıbına aittir. Bridges, Sanderman, Breukers, Ranchor ve Arrindell (1991) Amerika'da üniversite öğrencilerinde kişilerarası davranış ölçeğini kullanarak yapmış oldukları çalışmada ölçeğin alt ölçeği olan kişisel sınırlılıklarla baş etmek ve kişisel sınırlılıkların ifadesi konusunda kız öğrencilerin erkek öğrencilerden daha yüksek pu-

ana sahip olduklarını bulmuşlardır. Kızlar eksik yönlerini ve kişisel sınırlılıklarını tanımada erkeklerden daha beceriklidirler. Bu da geleneksel kadın toplumsal rol kalıplarıyla uyusmaktadır. Stebbins, Kelly, Toller ve Power (1977) 18–24 yaş arasındaki 81 üniversite öğrencisinde yaptıkları çalışmada erkek öğrencilerin kız öğrencilerden daha az atılgn olduklarını bulmuşlardır. Adejumo (1981) Nijerya’da 386 eğitim, eczacılık ve hukuk okuyan üniversite öğrencisinde cinsiyetler arasındaki atılgnlık farkını araştırmak amacıyla yaptığı araştırmada eğitim ve eczacılıkta okuyan erkek öğrencilerin kızlardan daha atılgn olduğunu oysa hukukta okuyan öğrenciler arasında kız ve erkek öğrenciler arasında fark olmadığını bulmuştur. Karagözoğlu ve ark. (2008) üniversite son sınıfta okuyan 290 öğrencide atılgnlık seviyelerini araştırdıkları çalışmalarında kızların atılgnlık puanlarının erkeklerden daha fazla olduğunu ve atılgnlık puan ortalamalarının karşılaştırılmasında aralarındaki farkın anlamlı olduğunu bulmuşlardır. Bulgularımızın tersine Twenge (2001) 1931–1993 yılları arasında kadınların değişen toplumsal rolleri ve durumlarının atılgnlığa etkisini araştırdığı bir meta analiz çalışmasında kadınlarla erkekler arasında atılgnlık açısından fark olmadığını bildirmiştir. Koparan, Öztürk, Özkılıç ve Şenışık (2009) Kocaeli’de çok programlı bir lisede 618 öğrenci üzerinde yapmış oldukları çalışmada ve Adana ve ark. (2009) üniversite öğrencilerinde yapmış oldukları çalışmada da cinsiyetin atılgnlık düzeyini etkilemediğini bulmuşlardır.

İstanbul’da doğan öğrencilerin RAE puanları daha yüksektir (Tablo 2). Dinçer ve Öztunç (2009) çalışmalarında hayatının büyük bir bölümünü metropolde geçiren öğrencilerin RAE puan ortalamalarını 24.52 ± 20.34 bulmuşlardır. Kahrıman (2005) yaşamının çoğunu büyük şehirde geçiren öğrencilerin atılgnlık puan ortalamalarını en yüksek 23.45 ± 20.11 ; köyde geçirenlerin ise 15.33 ± 24.43 en düşük bulmuş ancak puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığını belirlemiştir. Dinçer (2008) hayatının büyük bir bölümünü büyük şehirde geçiren öğrencilerin RAE puan ortalamalarını en yüksek

24.52 ± 20.34 olarak bulmuştur. Yılmaz (2000) da çalışmasında bulgumuzu destekler sonuca ulaşmış olmasına karşın, Çam ve Karaaslan (2000) çalışmalarında istatistiksel anlamlılıkta bir sonuç saptamadıklarını belirtmişlerdir. Yörükoğlu (1998) kırsal kesimde gençten beklenen rollerin şehirde yaşayanlardan beklenen rollerden daha pasif ve bağımlı nitelikte olduğunu ve gencin kırsal kesimde toplumun beklentileri doğrultusunda daha çekingen bir tutum sergileyebileceğini belirtmiştir. Ayrıca büyük şehirde yaşıyor olmak kişilerarası ilişkilerde kişilerin kendilerini daha iyi ifade etmelerine neden oluyor olabilir.

Öğrencilerden geliri giderinden fazla olanların geliri giderine denk ve az olanlara göre RAE puanları yüksek bulunmuştur (Tablo 2). Dinçer ve Öztunç (2009) ortalama aylık gelirinin yetersiz olduğunu ifade eden öğrencilerin RAE puan ortalamasının en yüksek olduğunu ancak aylık geliri tanımlama biçimi ile RAE puan ortalamaları arasında istatistiksel bir ilişki olmadığını saptamışlardır. Özkan ve Seviğ (2007) hemşirelerin ekonomik durumlarının atılgnlık puan ortalamalarını etkilediğini saptamıştır. Çalışmamızın bulgusuna ters olarak, Dinçer (2008) ebellek ve hemşirelik öğrencilerinde ve Yıldız (2006) birinci basamak sağlık hizmetinde çalışan hemşire, sağlık memuru ve ebellek yaptığı çalışmada gelir düzeyi ile atılgnlık puanları arasında anlamlı bir fark saptamamıştır. Aylık bütçelerinin ihtiyaçlarını karşılamada yeterli olan öğrencilerin atılgnlık puanlarının yüksek olması maddiyetin özgüven nedeni oluyor olmasından kaynaklanıyor olabilir.

Öğrencilerin aile içinde alınan kararlara katılmaları RAE puanlarını arttırmaktadır (Tablo 2). Adana ve ark. (2009) evdeki kararlara katılan öğrencilerin RAE puanlarının, kararlara katılmayan öğrencilere göre istatistiksel olarak yüksek olduğunu saptamışlardır. Küçük ve ark. (2008) atılgnlık puanı ile öğrencilerin aile içerisinde söz sahibi olma durumları arasında anlamlı ilişki bulmuşlardır. Özkan ve Seviğ (2007)’in çalışmasında ailede demokratik tutumla yetişmiş olduklarını belirten hemşirelerin atılgnlık düzeyleri pasif tutumla yetişmiş hemşirelerden daha yüksek olarak tes-

pit edilmiş ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Bunun nedeni bu ailelerin çocuklarını önemsemeleri ve demokratik tutum sergilemeleri sonucunda öğrencilerin kendilerini daha iyi ifade edebilmelerinden kaynaklanıyor olabilir. Ailenin çocuk yetiştirme tutumları, tutum ve davranışlarını etkileyen kültürel-geleneksel yaklaşımları, gizli ve açık olan aile kuralları gibi özelliklerin kişilik gelişimini etkilediği söylenebilir. Bu bulgu kendini uygun şekilde ifade etme becerilerinin ailede başlayarak öğrenmesi gerektiği düşüncesi ile desteklenebilir

Sağlık sorunu varlığının, başarı durumunun, sınıfta kalma durumunun, aile tipinin, ebeveynlerin hayatta olma durumunun, kardeş sayısının, kaçınıcı çocuk olduğunun RAE puan ortalamasını etkilemediği bulunmuştur. Bu konu ile ilgili olarak araştırma sonuçları incelendiğinde bulgularımızı hem destekleyen hem de desteklemeyen araştırma bulgularına rastlanılmıştır. Bulgularımıza benzer şekilde Dinçer (2008) de anne babanın hayatta olma durumunun RAE puanını etkilemediğini bulmuştur. Ayrıca Dinçer ve Öztunç (2009) öğrencilerin ailenin kaçınıcı çocukları oldukları, anne babalarının sağ olup olmama durumu, babalarının meslekleri, annelerinin çalışma durumu, babalarının eğitim durumu, aile yapıları ve birlikte yaşadıkları kişiler ile RAE puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan önemli bir ilişki tespit etmemişlerdir. Adana ve ark. (2009) öğrencilerin kardeş sayıları ile RAE puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ancak öğrencilerin cinsiyetleri, okudukları bölüm, yaşadıkları yer, kaçınıcı çocuk oldukları ve maddi durumları ile RAE puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptamamışlardır. Kahriman (2005)'in sağlık yüksekokulu öğrencileri ile yaptığı çalışmada atılganlık puan ortalamasının bir kardeşe sahip olan öğrencilerde daha yüksek olmasına rağmen, kardeş sayısı ile atılganlık puanı arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır. Yıldız ve İkinci'nin (2000) yaptığı çalışmada da öğrencilerin kardeş sayısı ve atılganlık puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır. Yıldız (2006) ilk çocuk olanların atılganlık düzeyinin düşük olduğunu tespit etmiştir.

Olguların yaş ve RAE puanları Pearson Korelasyon testi ile karşılaştırılmış ve yaş ile RAE Puanları arasında pozitif yönde ileri derecede anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($r=0.180$; $p=0.000$). Rotheram ve Armstrong (1980) lise öğrencilerine yapılan atılganlık eğitiminin etkinliğini araştırdıkları çalışmalarında yaşla birlikte atılganlığın erkeklerde arttığını bildirmişlerdir. Eskin (2003) çalışmasında daha yaşlı öğrencilerin genç olan ergenlere göre daha atılgan olduklarını saptamıştır. Bunun nedenini de yaş arttıkça muhtemelen kişilerarası becerileri bireysel olarak öğrenme; kişilerarası ilişkilerdeki güven hissini artırması döngüsünden kaynaklanmış olabileceğini belirtmiştir. Bireylerin diğerleriyle ilişkisinde atılgan yanıt vermesi muhtemelen bireylerin kendine güven hissini sağlamaktadır. Yaş büyüklüğünün kazanılmış tecrübe olarak atılganlık düzeyini yükselttiği ve özgüveni olumlu etkilediğini söyleyebiliriz. Bulgularımızın tersine Dinçer (2008), Yıldız (2006), Küçük ve ark. (2008) çalışmalarında yaş ile RAE puan ortalamaları arasında istatistiksel önemlilik olmadığını tespit etmişlerdir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Lise öğrencilerinin atılganlık düzeylerinin bazı değişkenler açısından incelenmesi amacıyla yapılmış olan bu çalışmada kız öğrencilerin, İstanbul'da doğanların, geliri giderinden fazla olanların, evde alınan kararlara katılanların, kendini atılgan ve saldırgan olarak tanımlayanların RAE Puanları yüksek bulunmuştur. Sağlık sorunu varlığının, başarı durumunun, sınıfta kalma durumunun, aile tipinin, ebeveynlerin hayatta olma durumunun, kardeş sayısının, kaçınıcı çocuk olduğunun RAE puan ortalamasını etkilemediği bulunmuştur.

Bu sonuçlar doğrultusunda:

- Öğrencilerinin eğitiminde atılganlık eğitime yer verilmesi, atılganlık eğitiminin seçmeli ders olarak müfredat programına alınması,
- Ailelere öğrencilerin atılganlık becerilerini geliştirecek eğitimler verilmesi,
- Ekonomik durumu kötü öğrencilerin çeşitli burslarla desteklenmesi, part-time iş olanaklarının sağlanması,

- Atılganlık düzeyinin yükseltilmesinde anne eğitiminin önemi düşünüldüğünde özellikle kadınların eğitim seviyesinin yükseltilmesini amaçlayan projelerin geliştirilmesi,
- Hemşirelerin okul ruh sağlığı çalışmalarında atılgan öğrencilerin sayısını arttırmaya yönelik çalışmalar yapması kendini iyi ifade edebilen ve atılgan yetişkinler oluşturulmasına katkı sağlayacaktır.

KAYNAKLAR

Adana, F. (2006). Lise öğrencilerinin atılganlık düzeyi ve benlik kavramı üzerine atılganlık eğitiminin etkisi. *Hemşirelik Dergisi*, 56: 23-32.

Adana, F. ve ark. (2009). Hemşirelik ve sağlık memurluğu öğrencilerinin atılganlık düzeylerinin belirlenmesi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 12(2): 51-56.

Adejumo, D. (1981). Sex differences in assertiveness among university students in Nigeria. *Journal of Social Psychology*, 113: 139-140.

Alberti, R., Emmons, M. (1998). *Atılganlık Hakkınızı Kullanın*. Çeviren: S. Katlan, 1.basım, HYB Yayıncılık., Ankara.

Alberti, B., Emmons, M. (2002). *Atılganlık: Kendinize Yatırım Yapın*. Çeviren: S. Katlan, 1.basım, HYB Yayıncılık, Ankara.

Bozkurt, E. (2010) Bireylerin iletişim sorunları ve iletişim becerilerinin geliştirilmesi, <http://yayim.meb.gov.tr/dergiler/medergi/16.htm> (12.11.2010).

Bridges, K. R., Sanderman, R., Breukers, P., Ranchor, A., Arrindell, W. A. (1991). Sex differences in assertiveness on the U.S. version of the scale for interpersonal behavior. *Personality and Individual Differences*, 12(12): 1239-1243.

Buzlu, S. (1999). Hemşirelerde girişkenlik hakları ve beden dili. *Hemşirelik Bülteni*, 11(43-44): 337-344.

Buzlu, S., Bilgin, H. (2001). Hemşirelik öğrencilerinde girişkenlik eğitiminin değerlendirilmesi. I. Uluslararası V. Ulusal Hemşirelik Eğitimi Kongresi Özet Kitabı, Nevşehir, 166-167.

Calsbeek, H., Rijken, M., Bekkers, M. J. T. M., Dekker, J., Van Berge-Henegouwen, G. P. (2006). School and leisure activities in adolescents and young adults with chronic digestive disorders: Impact of burden of disease. *International Journal of Behavioral Medicine*, 13(2): 121 – 130.

Cüceloğlu, D. (1991). *İnsan ve Davranışı*. 1. basım. Remzi Kitabevi, İstanbul.

Çam, O., Karaaslan, A. (2000). Öğrenci hemşirelerin girişkenlik ve kişilerarası ilişki tarzlarının eğitim süreçleri içinde longitudinal olarak incelenmesi. I. Uluslararası VIII. Ulusal Hemşirelik Kongresi Özet Kitabı, Antalya, 165-170.

Deniz, M. E. (1997). Üniversite öğrencilerinin cinsiyet ve kültürel farklılıklara dayalı atılganlıkları üzerinde bir atılganlık eğitimi denemesi. *Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi*, Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Konya.

Dinçer, F. (2008). Hemşirelik ve ebelik öğrencilerinin benlik saygısı ve atılganlık düzeyleri. *Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi*, Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Adana.

Dinçer, F., Öztunç, G. (2009). Hemşirelik ve ebelik öğrencilerinin benlik saygısı ve atılganlık düzeyleri. *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*, 16(2): 22-33.

Eskin, M. (2003). Self-reported assertiveness in swedish and turkish adolescents: A cross-cultural comparison. *Scandinavian Journal of Psychology*, 44: 7-12.

Florian, V., Zernitsky-Shurka, E. (1987). The effect of culture and gender on self-reported assertive behavior. *International Journal of Psychology*, 22: 83-95.

Furnham, A. (1979). Assertiveness in three cultures: Multidimensionality and cultural differences. *Journal of Clinical Psychology*, 35: 522-527.

İnceoğlu, D., Aytar, G. (1987). Bir grup ergende atılgan davranış düzeyi araştırması. *Psikoloji Dergisi*, 6: 23-24.

Kahrıman, İ. (2005). Karadeniz Teknik Üniversitesi Trabzon Sağlık Yüksekokulu öğrencilerinin benlik saygıları ve atılganlık düzeylerinin bazı değişkenler açısından incelenmesi. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 9(1): 24-32.

Karagözoğlu, Ş., Kahve, E., Koç, Ö., Adamişoğlu, D. (2008). Self esteem and assertiveness of final year Turkish university students. *Nurse Education Today*, 28(5): 641-649.

Ker-Dinçer, M. (2005). Kişilerarası iletişimde sorun çözücü bir iletişim becerisi olarak atılganlık. Gürüz, D., Temel, A. (Eds.). *İletişim Yeni Yaklaşımlar*. Nobel Basımevi, İzmir, 16-23.

Kimble, C. E., Marsh, N. B., Kiska, A. C. (1984). Sex, age, and cultural differences in self-reported assertiveness. *Psychological Reports*, 55: 419-422.

Koparan, Ş., Öztürk, F., Özkılıç, R., Şenışık, Y. (2009). An investigation of social self-efficacy expectations and assertiveness in multi-program high school students. *Procedia Social and Behavioral Sciences*, 1(1): 623-629.

Koroğlu, E. (2002). *Atılganlık Nedir? Güncel Psikoloji*. 1. basım, HYB Yayıncılık, Ankara, 30-33.

Küçük, L., Buzlu, S., Can, G. (2008). Hemşirelik öğrencilerinde bir davranış biçimi olarak atılganlık düzeyi. İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 16(62): 90-96.

Niikura, R. (1999). Assertiveness among Japanese, Malaysian, Filipino, and U.S. white-collar workers. Journal of Social Psychology, 139: 690-700.

Öner, N. (1997). Türkiye’de Kullanılan Psikolojik Testler. 3. basım, Boğaziçi Üniversitesi Yayınları, İstanbul.

Özcan, A. (1996). Hasta Hemşire İlişkisi ve İletişim. 1. basım, Saray Kitapevi, İzmir.

Özkan, B., Seviğ, Ü. (2007). Hemşirelerin atılganlık düzeyi. Erciyes Tıp Dergisi, 29(1): 40-46.

Rotheram, M. J., Armstrong, M. (1980). Assertiveness training with high school students. Adolescence, 15(58): 267-276.

Stebbins, C. A., Kelly, B. R., Tolor, A., Power, M. E. (1977). Sex differences in assertiveness in college students. Journal of Psychology: Interdisciplinary and Applied, 95(2): 309-315.

Twenge, J. M. (2001). Changes in women’s assertiveness in response to status and roles: A cross-temporal meta-analysis, 1931-1993. J Pers Soc Psychol, 81(1): 133-45.

Üstün, B. (1995). Hemşirelerin atılganlık ve tükenmişlik düzeyleri. Yayınlanmamış Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.

Üstün, B., Akgün, E., Partlak, N. (2005). Hemşirelikte İletişim Becerileri Öğretimi. 1.basım, Okullar Yayınevi, İzmir.

Volcan, N. (1980). Rathus Atılganlık Envanteri geçerlik ve güvenilirlik çalışması. Psikoloji Dergisi, 10: 23-25.

Yeşilyaprak, B., Kısaç, İ. (1999). Öğretmen adaylarına uygulanan atılganlık eğitimi ve sonuçları. Mesleki Eğitim Dergisi, 1(1): 12-18.

Yıldız, A. (2006). Birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan hemşire, ebe ve sağlık memurlarının benlik saygısı ve atılganlık düzeyleri. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. İstanbul.

Yılmaz, S., Ekinci, M. (2000). Hemşirelik yüksekokulu öğrencilerinde benlik saygısı ve atılganlık düzeyi arasındaki ilişki. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 4(2): 1-10.

Yılmaz, S. (2000). Hemşirelik yüksekokulu öğrencilerinin benlik saygısı ve atılganlık düzeyi arasındaki ilişki. Yüksek Lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi, Erzurum.

Yoshioka, M. (2000). Substantive differences in the assertiveness of low-income african, hispanic, and caucasian women. Journal of Psychology, 134: 243-247.

Yörükoğlu, A. (1998). Gençlik Çağı. 10.basım, Özgür Yayınları, İstanbul.

Jinokoloji Polikliniğine Başvuran Kadınlarda Genital Enfeksiyon Sıklığı ve Genital Hijyen Davranışları*

The Evaluation of Genital Infections and Genital Hygiene Practices of Women Who Applied to Gynecology Policlinic

Eda CANGÖL**, Burcu TOKUÇ***

İletişim/Correspondence: Eda CANGÖL Adres/Adress: Uşak Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Uşak Tel: 0276 227 20 72 Fax: 0276 221 21 45 E-mail: edacangol@hotmail.com

ÖZ

Amaç: Bu çalışma, Uzunköprü Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi Jinekoloji Polikliniğine başvuran kadınlarda genital enfeksiyon görülme durumunu ve bu kadınların genital hijyen davranışlarını belirlemek amacıyla yapıldı.

Yöntem: Araştırma kesitsel ve tanımlayıcı bir çalışmadır. Herhangi bir nedenle Jinekoloji polikliniğine başvuran ve çalışmaya katılmayı kabul eden 402 kadın araştırma kapsamına alındı.

Bulgular: Kadınlarda genital enfeksiyon görülme sıklığı %37.1 olarak belirlenmiştir. Kadınların %85.5'i pamuklu/penye kumaştan iç çamaşırı kullandığını, %58.9'u iç çamaşırlarını her gün değiştirdiklerini ifade etmişlerdir. Kadınların %50'i tuvaletten sonra ellerini yıkadıklarını, %66.5'i genital bölgenin temizliğini su ve tuvalet kağıdı ile birlikte yaptıklarını, %51.7'si genital bölgelerini, arkadan öne doğru temizlediğini ve tamamına yakını cinsel ilişkiden sonra hazneyi yıkadıklarını belirtti.

Sonuç: Genital enfeksiyonlar evli olanlarda, iç çamaşırını sık değiştirmeyenlerde, genital bölge temizliğini su ve bez ile yapanlarda, perine temizliğini arkadan öne doğru yapanlarda ve cinsel ilişki sonrası hazneyi yıkayanlarda daha sık görüldü. Çalışmada, kadınların çoğunun yanlış genital hijyen uygulamaları yaptığı ve genital hijyen için eğitim gereksinimleri olduğu sonucuna varıldı.

Anahtar Kelimeler: Jinekolojik muayene, genital enfeksiyon, genital hijyen, kadın sağlığı.

ABSTRACT

Aim: This study was carried out to determining the prevalence of genital infections and the genital hygiene practices of women who applied to gynecology policlinic of Uzunköprü Obstetrics and Gynecology and Child Diseases Hospital.

Method: It was a cross-sectional and descriptive study. 402 women who applied to gynecology policlinic for any reason and accept to participate to study were comprised.

Results: The prevalence of genital infections was determined as 37.1 %. The women have mentioned that 85.5 %have used cotton underwear, 58.9 %have changed their underwear daily. 50 %of them mentioned that they have washed their hands after visiting restrooms and 51.7 %of them have cleaned genital area by inappropriate methods. Nearly all of the women said they have made vaginal douching after sexual intercourse.

Conclusion: Genital infections were diagnosed more frequent in married women, women who have not changed their underwear frequently, who have cleaned genital area with water and towels, who have cleaned genital area by inappropriate methods and who have made vaginal douching after sexual intercourse. As a result it is concluded that most of the women have inappropriate genital hygiene practices and need an educational support in this topic.

Key Words: Gynecologic examination, genital infection, genital hygiene, women health.

*13. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi'nde poster bildiri olarak sunulmuştur (18-22 Ekim 2010, İzmir), **Öğr. Gör. Uzun Köprü Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi, ***Doç. Dr. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi

Yazının gönderilme tarihi: 23.11.2012

Yazının basım için kabul tarihi: 24.05.2013

GİRİŞ

Üreme sağlığı sorunları arasında, poliklinik başvurularının en sık nedenlerinden birini genital enfeksiyonlar oluşturmaktadır. Genital hijyenin sağlanması bu tür enfeksiyonların ve onların daha ciddi bir takım sonuçlarının önlenmesinde en önemli basamaktır (Ocak-tan, Baran ve Akdur 2009). Tüm dünyada hastalıkların tedavisinden çok sağlığın korunması ve geliştirilmesine odaklanan anlayışın yaygınlaşmasıyla, sağlık personelinin eğitim ve danışmanlık rolleri de giderek daha fazla önem kazanmıştır. Genital hijyen davranışları ile ilgili Türkiye genelini yansıtan veriler sınırlıdır, var olan veriler ise daha çok bölgesel özellikleri yansıtmaktadır. Genital hijyen davranışları açısından toplumun genelini yansıtan çalışmalar güç olduğundan ve bölgesel farklılıklar olabileceği düşünüldüğünden toplumdaki hijyen davranışları hakkında fikir verebilecek grupların incelenmesi önemlidir (Yağmur 2007). Bu nedenle bu çalışmada, jinekolojik muayene için, Uzunköprü Kadın-Doğum ve Çocuk Hastanesine başvuran kadınlarda genital enfeksiyonların görülme sıklığı ve genital hijyen davranışlarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

YÖNTEM

Çalışma kesitsel, tanımlayıcı tipte bir araştırmadır. Uzunköprü Kadın-Doğum ve Çocuk Hastanesi'ne jinekolojik muayene için 15 Temmuz 2009-1 Şubat 2010 tarihleri arasında başvuran, çalışmaya katılmayı kabul eden ve gebe olmayan 402 kadın araştırma kapsamına alınmıştır.

Katılımcılara araştırmacı tarafından, araştırma hakkında bilgi verildikten sonra anket formunun ön yüzünde bulunan Bilgilendirilmiş Onam Formu imzalatılarak, gönüllü olurları alınmıştır. Anketler yüz yüze görüşme tekniği ile uygulanmıştır.

Veri toplama amacıyla, araştırmacılar tarafından geliştirilen 3 bölümden oluşan 50 soruluk anket formu kullanılmıştır. 1.bölümde; kadınların sosyo-demografik özellikleri, 2. bölümde; doğurganlık özellikleri ve 3. bölümde; genital hijyen davranışları sorgulanmıştır.

Araştırmaya katılan kadınların anket formu ile jinekolojik muayene sonrası doktor tanısının eşleştirilebilmesi amacıyla, anket formuna katılımcıların isimleri de kaydedilmiştir. Tanılar poliklinik kayıtlarından alınmıştır.

BULGULAR

Katılımcıların sosyo-demografik özellikleri Tablo 1'de özetlenmiştir.

Tablo 1. Katılımcıların Sosyo- Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı

Özellikler	Sayı	%	
Yaş	< 25	115	28.6
	25-45	199	49.5
	> 45	88	21.9
Eğitim durumu	Okur-yazar değil	58	14.4
	Okur-yazar	19	4.7
	İlkokul bitirmiş	208	51.7
	Ortaokul bitirmiş	49	12.2
	Lise bitirmiş	47	11.7
Çalışma durumu	Yüksekokul bitirmiş	21	5.2
	Ev hanımı	378	94.0
	Ev dışında çalışıyor	22	5.5
Medeni durumu	Emekli	2	0.5
	Evli	340	84.6
	Bekar	48	11.9
	Dul	14	3.5

Araştırmaya katılan kadınlarda genital enfeksiyon görülme sıklığı %37.1 (149/402) olarak belirlenmiştir.

Katılımcılarda genital enfeksiyon görülme sıklığı kimi sosyo-demografik özelliklerine göre değerlendirilmiş ve en az oranda 25 yaştan küçük kadınlarda görüldüğü (%22.8) saptanmıştır ($\chi^2=14.460$, $p= 0.001$). Eğitim durumlarına göre genital enfeksiyon görülme durumu değerlendirildiğinde, arada istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamasına karşın, genital enfeksiyonun en fazla oranda (%40.4) okur-yazar olmayan katılımcılarda görüldüğü tespit edilmiştir. Evli olan kadınlarda genital enfeksiyon (%40.7) diğerlerine göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek görülmüştür ($\chi^2= 13.802$, $p= 0.001$). Genital enfeksiyonlar, ev dışında çalışanlarda daha fazla oran-

da görülmüştür, ancak ev hanımları ile aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır. Kadınların %65.2'si kendini "cinsel yönden aktifim ve sürekli bir ilişkim var" olarak tanımlamıştır. Genital enfeksiyon en fazla oranda (%42) cinsel yönden aktif, sürekli bir ilişkisi olan katılımcılarda görülmüştür ($\chi^2= 10.660$ $p= 0.005$).

Araştırmaya katılan kadınların 159'unun (%39.6) herhangi bir kontraseptif yöntem kullanmadığı, kontraseptif yöntem kullanan kadınlar arasında 121'inin (%30.1) geri çekme, 44'ünün (%10.9) kondom, 31'inin (%7.7) rahim içi araç, 27'sinin (%6.7) tüp ligasyonu, 17'sinin (%4.2) hap, 3'ünün (%0.8) diğer yöntemleri kullandığı tespit edilmiştir. Yapılan analizlerde yöntem kullanan kadınlarda genital enfeksiyon oranı (%46), kullanmayanlara göre (%24.2) daha yüksek bulunmuştur ($\chi^2=19.561$, $p=0.000$). Yöntem kullanan kadınlar arasında genital enfeksiyon görülmesi açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır, ancak genital enfeksiyon en fazla oranda (%54.8) RİA kullananlarda görülmüştür.

Katılımcıların 341'inin (%85.5) pamuklu/penye kumaştan iç çamaşırı kullandığı, 5'inin (%1.2) iç çamaşırı kullanmadığı saptanmıştır ve 235'i (%58.9) iç çamaşırını her gün değiştirdiklerini, 299'u (%74.9) iç çamaşırını makinede beyazlarla yüksek ısıda yıkadıklarını ifade etmişlerdir. Kadınlara iç çamaşırını ütüleme durumları sorulduğunda ise 306'sı (%76.7) hayır yanıtını vermiştir. İç çamaşırını sık değiştirmeyen katılımcılar arasında genital enfeksiyon daha fazla oranda (%39.3) görülmüştür. İç çamaşırını yıkama biçimi ve ütüleme durumuna göre genital enfeksiyon görülme durumunda bir farklılaşma saptanmamıştır.

Katılımcıların 266'sının (%66.5) genital bölgenin temizliğini su ve tuvalet kağıdı ile birlikte yaptıkları tespit edilmiştir. Katılımcıların 208'inin (%51.7) genital bölgelerini, arkadan öne doğru temizlediği ve 308'inin (%74.6) genital bölgelerini kuruladıkları saptanmıştır.

Kadınların 282'si (%70.1) adet döneminde hazır ped kullandığını, 127'si (%32.2) peti 6-7 saatte bir değiştirdiğini bildirmiştir. Kadınların 214'ünün (%62.4) cin-

sel ilişkiden önce hazneyi yıkadıkları, 336'sının (%98) cinsel ilişkiden sonra hazneyi yıkadıkları saptanmıştır.

Katılımcıların kimi genital hijyen davranışlarına göre genital enfeksiyon görülme durumu Tablo 2'de özetlenmiştir.

Kadınların genital enfeksiyonlar ve genital temizlik ile ilgili daha önce bilgi alma durumları sorulduğunda 100'ü (%24.9) evet ve 302'si (%75.1) hayır yanıtını vermiştir. Bilgiyi nereden aldıkları sorulduğunda ise katılımcıların 46'sı (%34.3) sağlık personelinde, 34'ü (%25.3) televizyondan, 19'u (%14.1) kitaplardan, 18'i (%13.4) gazete ve dergilerden, 10'u (%7.4) arkadaş ve komşulardan, 7'si (%5.2) internetten yanıtını vermiştir. Arada istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamasına karşın genital enfeksiyon, genital enfeksiyonlar ve genital temizlik ile ilgili daha önce bilgi almayanlarda daha fazla oranda (%41) görülmüştür.

Tablo 2. Katılımcıların Genital Hijyen Davranışlarına Göre Genital Enfeksiyon Görülme Durumu

Genital Hijyen Davranışı		Genital Enfeksiyon Görülme N (%)	p
Genital bölge temizleme şekli	Önden arkaya doğru	39 (35.1)	0.542
	Arkadan öne doğru	74 (49.6)	
	Rasgele	22 (14.7)	
	Öne ve arkaya doğru	14 (9.3)	
Genital bölge temizlik malzemesi	Su ile	45 (30.2)	0.880
	Su ve tuvalet kağıdı	97 (65.1)	
	Su ve bez	7 (4.6)	
Taharetlenme sonrası genital bölgeyi kurulama	Evet	119 (79.8)	0.433
	Hayır	30 (20.1)	
Menstruasyon sırasında kullanılan materyal	Hazır ped	105 (70.4)	0.864
	Bez + pamuk	21 (14.0)	
	Kullanmıyor	23 (15.4)	
Ped ya da bez değiştirme sıklığı	1-2 saat arayla	44 (29.5)	0.402
	3-4 saat arayla	28 (18.7)	
	6-7 saat arayla	53 (35.5)	
Cinsel ilişkiden önce hazneyi yıkama	Evet	83 (55.7)	0.503
	Hayır	55 (36.9)	
Cinsel ilişkiden sonra hazneyi yıkama	Evet	136 (91.2)	0.706
	Hayır	2 (1.3)	

TARTIŞMA

Genital enfeksiyonlar, kadının cinsel yaşamını ve aile hayatını olumsuz etkileyerek yaşam kalitesini düşürdüğü için önemli halk sağlığı sorunlarından biri haline gelmiştir (Yağmur 2007). Kadınların jinekoloji polikliniklerine en sık başvurma nedenlerine bakıldığında üreme organlarının yapı ve fizyolojisinde bozulma ile ilgili sorunların ilk sıralarda yer aldığı görülmektedir. Bu sorunlar için başvurularda en sık tanı genital enfeksiyonlar olmaktadır (Egan ve Lipsky 2000). Çalışmamıza katılan kadınların %37.1'inde genital enfeksiyon tespit edilmiştir. Dünyada kadınların %75'inde genital bir enfeksiyon hikayesi bulunmaktadır (Karatay ve Özvarış 2006). Öner, Demirhindi, Sütuluk ve Akbaba (2002) tarafından Adana'nın Doğankent beldesinde yapılan çalışmada kadınların %65.6'sında genital enfeksiyon tespit edilmiştir. Hacıoğlu, Nazik ve Kılıç (2009) Erzurum'da yaptığı çalışmada AÇSAP Merkezine başvuran kadınlar arasında genital enfeksiyon görülme oranı %71.1 olarak bulmuştur. Ülkemizde yapılan diğer iki çalışmaya göre bizim örneklemimizde genital enfeksiyon daha düşük oranda bulunmuştur. Bizim çalışmamızda poliklinik kayıtlarının kullanılması, mikrobiyoloji laboratuvarı tanısının kullanılmaması bunda etkili olmuş olabilir.

Cinsel ilişkinin cinsel yolla bulaşan hastalıklar başta olmak üzere genital enfeksiyonların görülme sıklığını artırdığı bilinmektedir (Taşkın 2005). Beklendiği gibi bizim çalışmamızda da evli olanlarda bekar olanlara göre ve kendisini "cinsel yönden aktif ve sürekli bir ilişkim var" olarak tanımlayanlarda diğerlerine göre genital enfeksiyon daha yüksek oranda görülmüştür ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

Herhangi bir kontraseptif yöntem kullanan kadınlarda genital enfeksiyon görülme sıklığı anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Çoban, Demirci ve Özbaşaran (2005)'in Manisa'da yaptığı çalışmada ve Rahman (2008)'in Elazığ'da yaptığı çalışmada da yöntem kullanan kadınlarda genital enfeksiyon daha yüksek oranda görülmüştür. Klasik bilgilere göre, RİA kullanımı vajinal florayı değiştirmekte, vajinal florada anaerob

bakterilerde artışa neden olmakta ve bu nedenle RİA kullanan kadınlarda genital enfeksiyonlar daha sık görülmektedir (Zincir 2006). Bizim çalışmamız da da diğer iki çalışmaya benzer şekilde yöntem kullanan kadınlar arasında genital enfeksiyon arada anlamlı bir fark olmamasına karşın en yüksek oranda RİA kullananlarda görülmüştür.

Pamuklu iç çamaşırı kullanımını genital sağlık için istenen bir davranıştır. Çalışmamızda kadınların %84.3'ünün pamuklu iç çamaşırı giydiği saptanmıştır. Karatay ve Özvarış (2006)'ın belirttiği gibi piyasada naylon ve sentetik iç çamaşırının özellikle genç kızların kullanımını artırmak için daha renkli ve alımlı hale getirildiği görülmektedir. Oysa, sentetik iç çamaşırının bölgenin nemli kalmasına ve buna bağlı olarak alerji ve enfeksiyon hastalıklarına neden olduğu bilinmektedir (Taşkın 2005). Ancak çalışmamızda pamuklu ve sentetik iç çamaşırı kullanan kadınlar arasında genital enfeksiyon görülmesi açısından anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Hijyenik açıdan iç çamaşırının her gün değiştirilmesi en uygun olanıdır. Hatta akıntının yoğunlaştığı dönemde gün içerisinde birden fazla sayıda da değiştirilmesi önerilmektedir (Karatay ve Özvarış 2006). Bizim çalışmamızda kadınların %58.9'unun iç çamaşırını her gün değiştirdiği belirlenmiştir. Bu oran Karatay ve Özvarış (2006)'ın çalışmasında %35.8, Yağmur (2007)'un çalışmasında %40.3 ile bizim çalışmamızdaki orandan daha düşük bulunmuştur. Kadınların %38.6'sı iki günde bir iç çamaşırı değiştirdiğini belirtmiştir. Yapılan analizlerde iç çamaşırını her gün değiştirenler ve diğerleri arasında genital enfeksiyon görülme durumu açısından istatistiksel olarak önemli bir fark bulunmamıştır. Bizim çalışmamızın aksine Özkan ve Demir (2002) üreme çağındaki kadınlarda yaptıkları çalışmada iç çamaşırını 2-3 günde bir değiştirme oranının %53.4 olarak tesbit etmiş ve bu grubun her gün değiştirenlere göre daha fazla vajinite yakalandığını saptamıştır.

Genital bölgenin yapısı çok hassas olduğundan ideal olan iç çamaşırın sabun ya da sabun tozu ile yüksek

ıslarda yıkanmasıdır. Çalışmamızda kadınların iç çamaşırlarını %74.9'unun makinede beyazlarla yüksek ısıda yıkadıkları bulunmuştur. Karatay ve Özvarış'ın (2006) Ankara'da yaptıkları çalışmada kadınların %86.6'sı iç çamaşırlarını makinede yüksek ısıda yıkadıklarını ifade etmişlerdir. Yağmur (2007)'un çalışmasında ise bu oran %75 bulunmuştur.

Araştırmamızın sonucunda genital bölge temizliği için en fazla oranda (%66.5) su ve tuvalet kağıdının birlikte kullanıldığı tespit edilmiştir. Temel ve Metinoğlu (2007)'nin Tekirdağ'da yaptıkları çalışmada ve Karatay ve Özvarış (2006)'ın çalışmasında su ve tuvalet kağıdı kullanım oranları bizim çalışmamıza göre daha düşük bulunmuştur (sırasıyla %4 ve %5.7). Tüm bu çalışmalarda ülkemizde geleneksel olarak su ile genital bölge temizliğinin daha fazla tercih edildiği görülmektedir. Çalışmamızda en yüksek genital enfeksiyon görülme oranı su ve taharet bezi birlikte kullanarak genital bölge temizliği yapanlarda görülmüştür. Hacılioğlu ve ark. (2009)'nın Erzurum'da yaptığı çalışmada da benzer oranlar görülmüştür. Taharet bezinin yıkanmadan tekrar tekrar kullanılması, aynı bezi diğer aile bireylerinin de kullanıyor olması enfeksiyon açısından riskli davranışlardır. Nitekim taharetlenme sonrası genital bölgeyi kuruyan katılımcılarda genital enfeksiyonun kurulamayanlara göre daha fazla oranda görülmesi de taharet bezi kullanma alışkanlığına bağlanabilir.

Kadınların genital hijyen davranışlarındaki yanlışlıklar ve eksik hijyen uygulamaları bölgede enfeksiyonlara yol açmaktadır. Kadınlarda vajen, üretra ve anüs anatomik olarak bir birine yakın bulunmaktadır ve normal şartlarda birbiri için hastalık riski taşımamaktadırlar. Ancak hijyen kurallarına uyulmadığı ve flora bozulduğunda enfeksiyon gelişebilmektedir. Tuvaletten sonra perine temizliğinin yanlış yapılması, yani anal bölgeden vulvaya doğru yıkanması ya da hiç yıkanmaması mikroorganizmaları anüsten vajinal bölgeye taşıyabilmektedir (Karatay ve Özvarış 2006). Bu çalışmada katılımcıların yalnızca %36.5'i önden arkaya olacak şekilde doğru olarak taharetlenmektedir. Doğru taharetlenme oranları Yağmur (2007)'un

Malatya'da yaptığı çalışmada, Karatay ve Özvarış (2006)'ın Ankara'da gecekondü bölgesinde yaptıkları çalışmada ve Kaya ve Atalay (2007)'in Çanakkale'de öğrencilerde yaptıkları çalışmalarda daha yüksek bulunmuştur (sırasıyla; %73.8, %53.6, %71.3). Bizim çalışmamızda da arada istatistiksel olarak anlamlı fark olmamasına karşın genital bölgenin temizliğini doğru olarak yapanlarda genital enfeksiyon %35.1 oranında görülürken, yanlış yapanlarda %38.1 oranında görülmüştür. Benzer şekilde, Hacılioğlu ve ark. (2009)'nın çalışmasında da yanlış taharetlenen kadınlarda genital enfeksiyon görülme oranı yüksek bulunmuştur. Softa Kaçan (1999) tarafından yapılan bir çalışmada, idrar yolu enfeksiyonu yaşayan kadınların %70.2'sinin perine temizliğini yanlış olarak arkadan öne doğru yaptığı saptanmıştır. Bütün bu sonuçlar ülkemizde perine temizliğinin genel olarak yanlış yapıldığını göstermektedir.

Adet kanının pedlerde birikmesi ile oluşan nemli, ılık ve kanlı ortam mikroorganizmaların üremesi için uygun koşulları sağlamakta ve enfeksiyon riskini artırabilmektedir. Bizim çalışmamızda menstruas-yon sırasında hazır ped kullananlarda genital enfeksiyon görülme oranı %37.4, bez ve pamuk kullananlarda %39.6 bulunmuştur. Çoban ve ark. (2005)'nin Manisa'da yaptıkları çalışmada oranlar sırasıyla %32 ve %51.7, Hacılioğlu ve ark. (2009)'nın Erzurum'da yaptığı çalışmada ise sırasıyla %61.3 ve %78.3 olarak bulunmuştur. Dolayısıyla adet döneminde mutlaka emici hijyenik pedler kullanılmalı ve bu pedler 3-4 saatte bir değiştirilmelidir. Ekonomik ya da başka nedenlerle bez kullanımının zorunlu olduğu durumlarda da, bezlerin uygun biçimde temizlenmesi ve saklanması önem kazanmaktadır.

Geleneksel uygulama olarak devam eden cinsel ilişki sonrası vajinal duş uygulaması, genital enfeksiyonlar açısından belki de en riskli olanıdır. Bu uygulama Müslüman ülkelerde başta olmak üzere kadınlar tarafından, kadın hijyeninin bir parçası olarak yaygın bir şekilde kullanılmaktadır (Ege, Timur, Zincir, Eğri ve Reeder 2007). Oysa bu uygulama vajenin kimyasal yapısını değiştirerek normal flora zarar vermektedir.

te, dolayısıyla cinsel yolla bulaşan hastalıklar, servikal enfeksiyon, pelvik inflamatuvar hastalık ve servikal kanser riskini artırmaktadır (Martino ve Vermud 2002). Çalışmamızda cinsel ilişki sonrası vajinal duş yapan kadınların oranı %98'dir. Koştü ve Beydağ (2009)'ın Denizli'de yaptıkları çalışmada, kadınların %87'sinin vajinal duş yaptığı, Karatay ve Özvarış (2006)'ın Ankara'da yaptıkları çalışmada da, kadınların %72.1'inin vajinal duş yaptığı, Hacıalioğlu ve ark. (2009) Erzurum'da yaptıkları çalışmada, kadınların %51.4'ünün vajinal duş yaptığı, Ege ve ark. (2007)'nin Malatya'da yaptıkları çalışmada kadınların %61.5'inin vajinal duş yaptığı belirlenmiştir. Bu sonuçlar, vajinal duş uygulamasının Türkiye'de de kültürden kültüre farklı olduğunun bir göstergesidir. Vajinal duş uygulaması yalnızca Türk kadınlarında değil farklı oranlarda da olsa tüm dünyada görülen bir uygulamadır. Cottrell (2010)'in çalışmasına göre ABD'de kadınların üçte biri vajinal duş uygulaması yapmaktadır ve bu uygulama Hispanik olmayan beyaz kadınlar ve zenciler arasında daha yaygındır. Heng, Yatsuya, Morita ve Sakamoto (2009)'nun Kamboçya'da yaptıkları çalışmada ise vajinal duş yapanların oranı %76.7 olarak bulunmuştur.

Çalışmamızda cinsel ilişki sonrası hazneyi yıkayan kadınlarda genital enfeksiyonlar yıkamayanlara göre daha yüksek oranda görülmüştür. Benzer şekilde Hacıalioğlu ve ark. (2009) ve Çoban ve ark. (2005) yaptıkları çalışmalarda da cinsel ilişki sonrası vajinal duş yapanlarda genital enfeksiyon sıklığı yüksek bulunmuştur. Kamboçya'da yapılan çalışmada da genitöüriner belirtiler vajinal duş yapanlarda anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (Heng ve ark. 2007).

Koruyucu sağlık hizmetlerinin en önemli bileşenlerinden biri sağlık eğitimidir. Gerek bireysel düzeyde gerekse toplu eğitimlerle tüm kadınların genital enfeksiyonlarla ilgili bir eğitimden geçmesi şarttır. Bu çalışmada ise kadınların sadece %24.9'u genital enfeksiyon oluşması durumunda dikkat edilmesi gereken noktalarla ilgili bilgilendirildiklerini ifade etmişlerdir. Koruyucu hizmet yaklaşımından uzak ve son derece yetersiz olan bilgilendirmeler, araştırma grubu-

muzdaki kadınlardan %34.3'üne sağlık personelin-den, %25.3'üne televizyon programından, %14.1'ine bir kaynaktan okunması şeklinde olmuştur. Oysa genital enfeksiyonların hem önlenmesi, hem de erken tanı ve tedavilerinin yapılabilmesi, hastalıktan korunmayı, doğru kişisel hijyen uygulamalarını, risk faktörlerini, bulaşma yollarını ve tedavisini içeren planlı ve etkili bir sağlık eğitimi ile mümkündür (Karatay ve Özvarış 2006). Karatay ve Özvarış (2006)'ın Ankara'da yaptıkları çalışmada da, kadınların sadece %13.2'sinin genital hijyen konusunda bilgi aldıkları belirtilmiş, bilgiyi nereden aldıkları ise bizim çalışmamızla benzer bulunmuştur. Temel ve Metinoğlu (2007)'nin Tekirdağ'da yaptıkları çalışmada kadınların genital hijyen konusunda bilgiyi %34'ünün ailelerinden, %23.9'unun sağlık personelin-den aldıkları belirtilmiştir. Ege ve ark. (2007)'nin Malatya'da yaptıkları çalışmada, kadınların sadece %8'inin bilgi aldığı ve bilgiyi %60.9'unun doktordan, %39.1'inin hemşire ve ebelerden aldıklarını belirtilmiştir. Bu veriler ışığında; ülkemizde kadınların genital enfeksiyonlardan korunma, genital hijyen ve genital enfeksiyon olması durumunda yapılacaklar konusunda bilgilendirilme oranlarının düşük olduğu görülmektedir. Kadınların bu bilgi eksikliği ise genital enfeksiyonların daha sık görülmesine yol açmaktadır.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu bulgular doğrultusunda kadınların genital hijyenle ilgili bir çok yanlış uygulama yaptığı, sık olarak genital enfeksiyon yaşadığı ve doğru perine hijyeni ve genital enfeksiyonlardan korunma ile ilgili eğitim gereksinimlerinin olduğu sonucuna varılmıştır.

Bu nedenle, Sağlık Müdürlükleri genital enfeksiyonlardan korunma ve doğru genital hijyen uygulamalarını kapsayan eğitim programları geliştirmelidir. Bu eğitim programları;

1. Sağlık personeline, genital enfeksiyonlardan korunma, doğru genital hijyen uygulamaları, genital enfeksiyonların tanı ve tedavisini, özellikle genital enfeksiyonlarda sendrom yaklaşımını kapsayan hizmet içi eğitimler,

2. Kadınlara yönelik genital enfeksiyonlardan korunma, doğru genital hijyen uygulamaları, genital enfeksiyonların belirtilerini kapsayan halk eğitimleri, şeklinde olmalıdır.

Kadınlara ÜS hizmetlerini veren birimlerde doğru genital hijyen uygulamaları ve genital enfeksiyonlardan korunma ile ilgili hazırlanmış broşürler bulundurulmalıdır. Bu birimlerde bulundurulacak olan görsel-işitsel araçlarla bu konularla ilgili bilgilendirme yapılmalıdır.

Toplumumuzda televizyon izleme alışkanlığı yaygın olduğunda görsel medya, özellikle gündüz kuşağında yer alan kadın programları, bu konuda bilgilendirme amaçlı kullanılmalıdır.

Bu konuda toplumu özellikle kız çocuklarını bilgilendirmeye erken yaşta başlamalı, bu konulara örgün eğitim içinde yer verilmeli, okullarda, yurtlarda, kız çocuklarının topluca bulunduğu çeşitli kurslarda eğitimler verilmelidir.

KAYNAKLAR

Cottrell, A. (2010). An updated review of evidence to discourage douching MCN Am J Matern Child Nurs, 35(2): 102-107.

Çoban, A., Demirci, H., Özbaşaran, F. (2005). Jinekolojik muayene gelen kadınlarda vajinal enfeksiyonlar ve hijyen alışkanlıklarının değerlendirilmesi. MN Klinik Bilimler & Doktor Dergisi, 11(6): 763-768.

Egan, M. E., Lipsky, S. M. (2000). Diagnosis of vaginitis. American Family Physician, 62(5): 1095-1104.

Ege, E., Timur, S., Zincir, H., Eğri, M., Reeder, B. S. (2007). Women's douching practices and related attitudes in Eastern Turkey. J. Obstet. Gynaecol, 33(3): 353-359.

Hacıoğlu, N., Nazik, E., Kılıç, M. A. (2009). Descriptive study of douching practices in Turkish women. International Journal of Nursing Practice, 15: 57-64.

Heng, L. S., Yatsuya, H., Morita, S., Sakamoto, J. (2010). Vaginal douching in Cambodian women: Its prevalence and association with vaginal candidiasis. J Epidemiol, 20(1): 70-76.

Karatay, G., Özvarış, Ş. (2006). Bir sağlık merkezi bölgesindeki gecekondularda yaşayan kadınların genital hijyene ilişkin uygulamalarının değerlendirilmesi. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi,10(1): 7-14.

Koştü, N., Beydağ, K. (2009). Jinekoloji polikliniğine başvuran kadınların genital hijyen davranışları. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi,12(1): 66-71.

Martino, J. L., Vermud, S. H. (2002). Vaginal douching: Evidence for risk or benefits to women's health. Epidemiol Rev, 24(2):109-124.

Ocaktan, M., Baran, E., Akdur, R. (2009). EP-087- Park Sağlığı Ocağı bölgesindeki kadınlarda genital hijyen ile ilgili davranışlarının değerlendirilmesi. 6.Ulusal Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongresi Kitabı, Ankara, 341.

Öner, S., Demirhindi, H., Sütuluk, Z., Akbaba, M. (2002). Doğan Kent sağlık ocağı bölgesinde genital enfeksiyonlar. 8. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Kitabı, Diyarbakır, 322-326.

Özkan, S., Demir, Ü. (2002). 15-49 yaş doğurgan çağ kadınlarda vajinitis tanılmasında hemşirenin etkinliğinin belirlenmesi ve vajinite neden olan etkenlerin incelenmesi. Sağlık ve Toplum, 12(4): 54-61.

Rahman, S. (2008). Elazığ Sara Hatun Kadın Doğum Hastanesi polikliniklerine genital akıntı nedeni ile başvuran kadınlarda sık görülen bazı genital yol enfeksiyonları ve etkileyen faktörler. Doktora tezi, Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Elazığ, 26-65.

Softa Kaçan, H. (1999). Kadınların perine hijyenine ve cinsel yaşamlarına yönelik bazı uygulamaları ile idrar yolu enfeksiyonuna neden olabilecek risk faktörlerinin belirlenmesi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi. Ankara, 25- 36.

Taşkın, L. (2005). Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği. Sistem Ofset Matbaacılık, Ankara, 509-531.

Temel, M., Metinoğlu, M. (2007). Tekirdağ İline Bağlı 1 ve 4 nolu sağlık ocaklarına başvuran 15-49 yaş kadınlarda genital hijyen uygulamalarının incelenmesi. İ.Ü.F.N. Hem. Derg.,15(59): 91-99.

Yağmur, Y. (2007). Malatya ili Fırat Sağlık Ocağı bölgesinde yaşayan 15-49 yaş kadınların genital hijyen davranışları. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni, 6(5): 325-330.

Zincir, H. (2006). RİA'ya özel danışmanlık ilkesine göre RİA uygulanması ve genital hijyen eğitiminin vulvovajinal enfeksiyonlarının görülmesine etkisi. Doktora tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir, 1-3.

Onkoloji Hemşirelerinde İş Stresi ve Etkileyen Faktörler*

The Job Stress of the Oncology Nurses and Influential Factors

Rujnan TUNA** Ülkü BAYKAL***

İletişim/Correspondence: Rujnan Tuna Adres/Adress: İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi, Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalı, Abide-i Hürriyet C. Şişli/ İstanbul Tel: 02124400000/27072 Fax: 0212 2244990 E-mail: rujnantuna@mynet.com

ÖZ

Amaç: Bu çalışma, onkoloji hemşirelerinin iş stresi düzeyleri ile bunları etkileyen faktörlerin belirlenmesi amacıyla, tanımlayıcı araştırma tasarımıyla gerçekleştirildi.

Yöntem: Çalışmanın örneklemini, İstanbul'da onkoloji birimi bulunan 4 Sağlık Bakanlığı hastanesi, 3 üniversite hastanesi ve 4 özel hastanede çalışan olasılıksız örnekleme yöntemi ile seçilen ve araştırmaya katılmaya gönüllü 189 onkoloji hemşiresi oluşturdu. Verilerin toplanmasında 20 soruluk anket formu ile birlikte İş Stresi Ölçeği (Job Stressors Scale) kullanılmıştır. Veriler; yüzdelik, Kruskal-Wallis ve Mann-Whitney U testleri kullanılarak değerlendirildi.

Bulgular: Onkoloji hemşirelerinin iş stresi düzeyleri; "İş Rolü Belirsizliği" ($x=15.22\pm 4.35$), "İş Rolü Uyumsuzluğu" ($x=24.52\pm 5.58$) ve "İş Rolü Yüklü" ($x=7.98\pm 1.77$) alt boyutlarında orta düzeyde olduğu bulundu. Cinsiyet, yaş, çalışılan kurum, meslekte çalışma yılı, onkoloji biriminde çalışma yılı, onkoloji birimi dışında başka bir birimde çalışma isteği, çalışma şekli, birimde yeterli sayıda onkoloji hemşiresinin var olup olmadığı ve hemşirelik dışındaki işlerin iş yükünü arttırıp arttırmadığı ile "İş Stresi Ölçeği" alt grup puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı farkların bulunduğu ($p\leq 0.05$) belirlendi.

Sonuç: Onkoloji hemşirelerinin iş stresi düzeyinin tüm alt boyutlarda orta düzeyde olduğu ve onkoloji hemşirelerinin sosyodemografik özellikleri ile çalışma koşullarından etkilendiği görüldü.

Anahtar Kelimeler: Onkoloji hemşireliği, stres, iş stresi.

ABSTRACT

Aim: In this descriptive study it's been aimed to determine job stress and the factors that effect those levels in oncology nurses.

Method: Sampling of this study consists of 189 oncology nurses who volunteered to participate in research and chosen from 4 hospitals of Health Ministry, 3 university hospitals and 4 private hospitals by random sampling. The questionnaire form and Job Stressors Scale have been used for collection of the data. Those data have been evaluated by using distribution statistics and non-parametrical tests as Mann-Whitney U and Kruskal-Wallis tests.

Results: Job stress levels of oncology nurses have been found at medium levels in terms of "Work Role Ambiguity" ($x=15.22\pm 4.35$), "Work Role Conflict" ($x=24.52\pm 5.58$) and "Work Role Overload" ($x=7.98\pm 1.77$). Statistical meaningful differences have been found between subscales of job stress scale and gender, age, corporation, working years as a nurse, working years as a oncology nurse, desire to work in another clinic, working style, enough number of nurses in the clinic and existance of extra works that increase the nurses' overload.

Conclusion: Job stress levels of oncology nurses have been found at medium levels in all of subgroups that were affected by nurse's demographic and working conditions.

Key Words: Oncologic nursing, stress, job stress.

* İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi 2010, **Arş. Gör. Msc İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi, **Doç. Dr. İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi

Yazının gönderilme tarihi: 01.08.2012

Yazının basım için kabul tarihi: 19.04.2013

GİRİŞ

Çalışma yaşamı, insan hayatında önemli bir yer tutmaktadır. Birey iş yaşamında iç ve dış çevreden kaynaklanan birçok uyarıcıyla karşılaşmakta, bunlardan olumlu veya olumsuz şekilde etkilenmektedir. Olumlu uyarıcılar genel olarak bireyleri mutlu ederken olumsuz uyarıcılar karşısında stres oluşabilmektedir (Barutçu ve Serinkan 2008).

Stres sözcüğü, Latince “Estrictia” filinden gelmekte, insanın veya bir başka organizmanın tehlike içinde bulunduğu etmenler ve koşullara göre dengesinin bozulduğu bir durumu anlatmak için kullanılmaktadır. Bir başka deyişle; bireyin fizyolojik, biyokimyasal ve psikolojik stres tepkileri bu kapsam içinde düşünülmektedir. Stres, organizmanın dengesini bozabilecek tüm etmenleri kapsayacak genişlikte ele alınmaktadır. Bu etmenler fiziksel (travma, sıcak, soğuk vb), psikolojik (duygusal gerilimler, iç ve dış çatışmalar, evlilik sorunları vb) veya sosyal (çevre etmenleri, kültürel değişim vb) içerikli olabilmektedir (Barutçu ve Serinkan 2008).

Stres konusundaki öncü isimlerden Hans Selye’ye göre stres kavramı, basit bir endişe olmamakta; endişe sadece duygusal ve psikolojik ortamla ilgili bir durum iken; stres fizyolojik boyutu da bulunan daha kapsamlı bir kavram olarak ele alınmaktadır (Selye 1974). Selye (1974), organizmanın strese tepkisinin üç aşamada gelişmekte olduğunu belirtmiş ve bunu “Genel Uyum Sendromu” olarak tanımlamıştır. Bu üç aşama; alarm tepkisi, direnme ve tükenme şeklinde belirtilmektedir. İş stresi ise; iş ve örgütsel talepler, kısıtlamalar ve fırsatlara bireysel özelliklerin aracılık ettiği bir durumu oluşturmaktadır (Draper ve ark. 2004).

Sağlık bakım sisteminde önemli rolü olan hemşireler, hasta veya hastalık riski taşıyan stresli bir gruba bakım verdiğinden, meslek olarak stresli bir meslek üyesi olarak kabul edilmektedirler. Hemşirelerin çalışma ortamında, stres yaratan birçok durumla karşılaşmaktadır. Yapılan araştırmalarda hemşireleri iş ortamında en çok etkileyen stres etkenlerinin; rol belirsizlikleri, fi-

ziksel çevre, istekleri dışındaki ünitelerde çalıştırılma ve çalışma sürelerinin uzun olması, vardiyalı çalışma ve bakım verilen hasta sayısı, aşırı iş yükü, kişilerarası ilişkiler ve kariyer planlaması ile ilgili problemler, ölüm ve ölümcül hastaya bakım verme olduğu belirtilmektedir (Callaghan, Tak-Ying ve Wyatt 2000; McVicar 2003; Stordeur, D’hoore ve Vandanberg 2001).

Onkoloji birimleri de hemşirelerin yoğun stres yaşadığı birimlerdendir. Callaghan ve ark. (2000) ile Lee (2002)’nin onkoloji birimlerinde çalışan hemşirelerle yapmış oldukları çalışmalarda; kritik karar verme, ciddi yan etkileri olan tedaviyi yönetme, hastaların öfke ve tedaviye uyumsuzluk sorunları, ağrı ve acı çeken hastaları izleme, terminal bakım, hastaların ölümü ile ilgili yaşanan stresli durumlar, hastalarla yaşanan emosyonel güçlükler, ekip içi çatışmalar gibi birçok durumun, hemşirelerde strese neden olduğu belirtilmiştir.

Ülkemizde, Pınar (2003)’ın onkoloji hemşireleriyle yaptığı çalışmada; kanser hastalarının tedavisinde kullanılan antineoplastik ilaçların, sadece tedavi edilen hastaları etkilemediği, ilacın hazırlanması-uygulanması ve sonrasındaki bakım girişimleri sırasında hemşire ve diğer sağlık çalışanlarını olumsuz etkilediği belirtilmiştir. Bunun dışında Baykal, Seren ve Sokmen (2009)’nın yaptığı çalışmada da; uygun olmayan çalışma ortamı, uygun olmayan çalışma saatleri, mesleği istemeyerek seçme, haftalık çalışma süresinin uzun olması, yetersiz malzeme ve hemşire sayısı, her geçen gün artan hasta sayısı ve iş yoğunluğu, antineoplastik ajanların hazırlanmasında yetersiz kalan koruyucu önlemler vb. gibi olumsuz çalışma koşullarının da onkoloji hemşirelerinde iş stresine neden olduğu belirtilmiştir.

Her geçen gün tüm dünyada olduğu gibi Türkiye’de hızla artan kanser vakalarına bağlı olarak, var olan çalışma koşulları ve artan hasta sayısı göz önüne alındığında onkoloji hemşirelerinin iş stresi düzeyi her geçen gün artmaktadır. Günümüz yaşam koşulları dikkate alındığında, tüm hemşirelerde olduğu gibi onkoloji hemşirelerinde daha fazla iş stresi yaşanması bekle-

nen bir durum olarak değerlendirildiğinden, bu çalışma ile onkoloji birimlerinde görev yapan hemşirelerin iş stresi düzeyleri ve bunları etkileyen faktörlerin belirlenerek, bu konuda yapılacak iyileştirmeler için veri sağlanması amaçlanmıştır.

YÖNTEM

Araştırmanın Amacı ve Tipi: Bu çalışma, hastanelerin onkoloji birimlerinde görev yapan hemşirelerin iş stresi düzeyleri ile bunları etkileyen faktörlerin belirlenmesi amacıyla, tanımlayıcı tasarımda gerçekleştirilmiştir.

Bu çalışmada yanıt aranan sorular:

1. Onkoloji hemşirelerinin iş stresi hangi düzeydedir?
2. Onkoloji hemşirelerin iş stresi düzeyleri ile kişisel özellikleri arasında anlamlı fark var mıdır?
3. Onkoloji hemşirelerin iş stresi düzeyleri ile mesleki özellikleri arasında anlamlı fark var mıdır?

Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi: Araştırma evrenini, 10 Kasım 2009 ile 11 Nisan 2010 tarihleri arasında, İstanbul ilinde onkoloji birimleri olan; 100 ve üzeri yatak kapasiteli tüm Sağlık Bakanlığı hastaneleri, üniversite hastaneleri, vakıf hastaneleri ve özel hastanelerin onkoloji birimlerinde görevli hemşireler oluşturmakta olup, herhangi bir örneklem seçim yöntemine gidilmeden evrendeki tüm onkoloji hemşireleri araştırma kapsamına alınmış, araştırmaya izin vermeyen 6 özel hastane ve 1 vakıf hastanesi örneklem dışında kalmıştır.

Örnekleme ise, onkoloji birimi olan 4 Sağlık Bakanlığı hastanesi, 3 üniversite hastanesi, 4 özel hastane olmak üzere toplam 11 hastanenin onkoloji biriminde görevli ve çalışmaya katılmada gönüllü olan 200 hemşire alınmıştır. Analiz için 189 hemşireden kullanılabilir veri elde edilmiştir. Araştırmanın örneklemi temsil etme oranı %94.5'dir.

Veri Toplama Araçları: Araştırmada kullanılan veri toplama aracı iki bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde, hemşirelerin kişisel ve mesleki özelliklerini belirlemeye yönelik 20 soru yer alırken; ikinci bölümde ise hemşirelerin iş stresi düzeylerini belirlemeye yönelik 17 maddelik "İş Stresi Ölçeği" yer almıştır.

İş Stresi Ölçeği; onkoloji hemşirelerinin iş stresi düzeyini belirlemek amacıyla kullanılan, Rizzo, House ve Lirtzman (1981) tarafından geliştirilen ve Güngör (1997) tarafından Türkçeye uyarlama çalışması yapılan "İş Stresi Ölçeği" 17 maddeden oluşmaktadır. Ölçeğin; "İş rolü belirsizliği" (1-6 arasındaki maddeler) (Cronbach alfa=0.87), "İş rolü uyumsuzluğu" (7-14 arasındaki maddeler) (Cronbach alfa=0.81) ve "İş rolü yükü" (15-17 arasındaki maddeler) (Cronbach alfa=0.61) olmak üzere 3 alt boyutu bulunmaktadır. Ölçek 5'li likert tipi olup "hiç katılmıyorum" 1 puan, "kesinlikle katılıyorum" 5 puandır. 1, 2, 3, 4, 5, 6, 16 ve 17. Maddeler ters çevrilerek puanlama yapılmaktadır. Tüm alt boyutlar için puanların yüksek olması, yüksek iş stresini ve alt boyutların (iş rolü belirsizliği, iş rolü uyumsuzluğu, iş rolü yükü) varlığını göstermektedir.

Araştırmanın Etik Yönü: Araştırmanın etik onayı İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Etik Kurulu'ndan alınmıştır. Daha sonra çalışma verilerinin toplanacağı kurumlardan gerekli izinler alınmıştır. Araştırma öncesinde katılımcılara gerekli açıklamalar yapılmış ve yazılı onamları alınmıştır.

Araştırma Verilerinin Toplanması: Araştırma verileri, Kasım 2009-Şubat 2010 arasında örneklem kapsamında yer alan hastanelerin yöneticileri ile ön görüşmeler yapılarak, onkoloji birimlerinde görevli hemşirelerden araştırmaya katılmayı kabul edenlere, araştırmayla ilgili gerekli açıklamalar yapılarak olurları alındıktan sonra, veri toplama aracının elden dağıtılması ve yaklaşık bir hafta sonra tekrar gidilerek toplanmasıyla elde edilmiştir.

Araştırma Verilerinin Değerlendirilmesi: Araştırma verilerinin istatistiksel analizleri, "SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 11.5" programı kullanılarak yapılmıştır. Verilerin istatistiksel değerlendirmesinde sayı ve yüzde oranları hesaplanmış, Mann Withey U ve Kruskall-Wallis testi kullanılmıştır. Çalışmada, hemşirelerin kişisel ve mesleki özellikleri bağımsız değişken olarak ele alınırken, iş stresi ölçeği ve alt boyutlarından alınan puanlar bağımlı değişken olarak belirlenmiştir.

BULGULAR

Çalışma kapsamına alınan hemşirelerin kişisel özellikleriyle ilgili dağılıma bakıldığında; %93.1'inin kadın olduğu, %29.1'inin 25-29 yaş aralığında ve 35 yaş ve üstü (yaş ortalaması 32.13±8.58) olduğu, %38.1'inin lisans/yüksek lisans mezunu olduğu ve %54.5'inin evli olduğu belirlenmiştir.

Araştırmaya katılan onkoloji hemşirelerin mesleki özellikleri ve çalışma koşullarına yönelik bulguların dağılımı incelendiğinde; hemşirelerin %39.7'sinin özel hastanede çalıştığı, %33.9'unun 13 yıl ve üzeri mesleki deneyime sahip (meslekte deneyim ortalaması 10.88±8.79) olduğu ve %37'sinin 3-7 yıl arasında onkoloji biriminde çalıştığı (onkoloji biriminde çalışma yılı ortalaması 7.07±6.38), %63.5'inin hemşirelik mesleğini isteyerek seçtiği, %59.8'inin birim değişikliği yapmayı istediği, bu değişiklik ayrıntılı ele alındığında ise; hemşirelerin çoğunluğunun antineoplastik ajanlara maruz kalma (%75.2), iş yoğunluğu (%74.3), maddi yönden desteklenmeme (%47.8) ve hastalardan olumsuz etkilenme (%40.7) nedeniyle başka bir birimde çalışmak istedikleri; %72.5'inin nöbet/vardiya usulü çalıştığı, onkoloji birimlerindeki hemşire sayısının yetersiz olduğu (%83.1) ve hemşirelik dışında yürütülen işlerin iş yükünü artırdığı (%96.8); bu işlerin hasta dosyası hazırlama (%68.3), destek hizmetlerin yönetimi (%67.2) ve depodan eksik malzeme ve çamaşır isteminde bulunma (%55.6) vb. olduğu; onkoloji hemşirelerinin daha iyi hizmet yürütebilmek için; hemşirelerin iş yükünü artıran işlerin yapılması (%89.9), yeterli sayıda hemşirenin sağlanması (%87.8) ve kişi başına düşen hasta sayısının azaltılması (%81) gibi isteklerin olduğu belirlenmiştir.

Araştırmaya katılan onkoloji hemşirelerinin iş stresi düzeyleriyle ilgili bulgular, "İş Stresi Ölçeğin"den al-

dıkları alt boyut puan ortalamaları değerlendirildiğinde; "İş Rolü Belirsizliği" ($X=15.22\pm 4.35$), "İş Rolü Uyumsuzluğu" ($X=24.52\pm 5.58$) ve "İş Rolü Yüğü" ($X=7.98\pm 1.77$) alt boyut puan ortalamalarının orta düzeyde olduğu saptanmıştır (Tablo 1).

Onkoloji hemşirelerin kişisel özellikleri ile "İş Stresi Ölçeği" alt boyut puan ortalamaları karşılaştırıldığında; cinsiyet bakımından "İş Rolü Belirsizliği" ve "İş Rolü Uyumsuzluğu" alt boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadığı ($p\leq 0.05$), "İş Rolü Yüğü" alt boyutunda gruplar arasında ise anlamlı fark bulunduğu ($p\leq 0.05$); yaş gruplarına göre iş stresi karşılaştırıldığında "İş Rolü Belirsizliği" ve "İş Rolü Yüğü" alt boyutlarında anlamlı fark bulunmadığı ($p\leq 0.05$), "İş Rolü Uyumsuzluğu" alt boyutunda ise anlamlı fark bulunduğu ($p\leq 0.05$); eğitim durumu ve medeni durum değişkenleri ile iş stresi karşılaştırıldığında her üç alt grupta da anlamlı fark bulunmadığı ($p\leq 0.05$) saptanmıştır.

Onkoloji hemşirelerinin mesleki özellikleri ve çalışma koşullarına yönelik bulgular ile "İş Stresi Ölçeği" alt boyut puan ortalamaları karşılaştırıldığında; çalışılan kurum ile iş stresi arasında "İş Rolü Belirsizliği" ve "İş Rolü Uyumsuzluğu" alt boyutlarında özel hastanede çalışan hemşirelerden kaynaklanan çok ileri derecede anlamlı fark bulunduğu ($p\leq 0.001$), "İş Rolü Yüğü" alt boyutunda ise hastaneler arasında anlamlı fark bulunduğu ($p\leq 0.05$); meslekte çalışma yılı ile iş stresi karşılaştırıldığında, "İş Rolü Belirsizliği" alt boyutunda 7-9 yıl arası mesleki deneyimi olan hemşirelerden kaynaklı ileri derecede anlamlı fark bulunduğu ($p\leq 0.01$); onkoloji biriminde çalışma yılları ile iş stresi düzeyleri karşılaştırıldığında, "İş Rolü Uyumsuzluğu" alt boyutunda "2 yıl ve altı" çalışan hemşi-

Tablo 1. Onkoloji Hemşirelerinin İş Stres Düzeylerinin Dağılımı (N: 189)

İş stresi ölçeğinin alt boyutları	Ort.	±sd	Minimum	Maximum
İş rolü belirsizliği	15.22	4.35	7.00	30.00
İş rolü uyumsuzluğu	24.52	5.58	8.00	39.00
İş rolü yüğü	7.98	1.77	3.00	12.00

Ort.: Ortalama; ±sd: Standart sapma.

Tablo 2. Onkoloji Hemşirelerinin Mesleki Özellikleri ve Çalışma Koşullarına Yönelik Bulgular ile İş Stresi Düzeylerinin Karşılaştırılması (N:189)

Değişkenler	N	İş Rolü Belirsizliği				İş Rolü Uyumsuzluğu				İş Rolü Yükü			
		Sıralı Ort.	±sd	Z _{MU} / χ ² _{KW}	p	Sıralı Ort.	±sd	Z _{MU} / χ ² _{KW}	P	Sıralı Ort.	±sd	Z _{MU} / χ ² _{KW}	p
Kurum													
Devlet Hastanesi	60	114.94	±4.42	31.83	0.0001***	114.18	±5.35	17.78	0.0001***	91.51	±1.81	6.85	0.033*
Üniversite Hastanesi	54	111.07	±4.90			100.98	±6.23			82.54	±1.65		
Özel Hastane	75	67.47	±2.79			75.35	±4.66			106.77	±1.77		
Meslekte Çalışma Yılı													
3 yıl ve altı	41	93.07	±5.11	13.18	0.010**	87.09	±6.61	8.53	0.074	106.7	±2.00	5.93	0.204
4-6 yıl	30	89.85	±3.82			78.60	±5.51			94.70	±2.17		
7-9 yıl	29	65.78	±3.85			86.53	±4.63			90.67	±1.53		
10-12 yıl	25	110.36	±4.22			106.22	±5.10			107.62	±1.68		
13 yıl ve üzeri	64	105.89	±4.11			107.21	±5.22			84.70	±1.48		
Onkoloji Biriminde Çalışma Yılı													
2 yıl ve altı	57	94.11	±3.92	0.44	0.931	83.17	±5.13	8.60	0.035*	103.91	±1.71	3.28	0.351
3-7 yıl	70	93.56	±5.01			90.92	±6.02			90.59	±2.07		
8-12 yıl	21	102.53	±2.96			103.36	±4.84			101.17	±1.26		
13 yıl ve üzeri	41	94.93	±4.44			114.13	±5.33			86.98	±1.50		
Hemşirelik Mesleğini İsteyerek Seçme Durumu													
İsteyerek seçenler	120	92.02	±3.89	-0.991	0.322	93.00	±5.55	-0.664	0.506	96.62	±1.76	-0.651	0.515
İstemeyerek seçenler	69	100.18	±5.01			100.18	±5.64			91.67	±1.80		
Onkoloji Dışında Başka Birimde Çalışma İsteği													
Evet	113	101.71	±4.21	-2.064	0.039*	103.21	±5.65	-2.523	0.012*	96.28	±1.87	-0.403	0.687
Hayır	76	85.02	±4.50			82.79	±5.28			93.09	±1.63		
Çalışma Şekli													
Nöbet/vardiya	137	101.36	±6.20	-2.600	0.009**	92.52	±3.81	-1.015	0.310	94.04	±3.97	-0.395	0.693
Sadece gündüz	52	78.25	±5.13			101.53	±2.90			97.54	±4.24		
Birinde Yeterli Sayıda Hemşire Varlığı													
Hemşire sayısı yeterli	32	77.06	±3.83	-2.042	0.041*	87.80	±5.54	-0.819	0.413	122.66	±1.87	-3.218	0.001***
Hemşire sayısı yeterli değil	157	98.66	±4.40			96.47	±5.59			89.36	±1.71		
Hemşirelik Dışındaki İşlerin İş Yükünü Arttırıp Arttırmadığı													
İş yükünü arttırıyor	183	95.53	±4.38	-0.738	0.460	96.39	±5.56	-1.927	0.054	92.83	±1.72	-3.091	0.002***
İş yükünü arttırmıyor	6	78.83	±3.08			52.75	±4.53			161.25	±1.64		

*p ≤ 0.05; **p < 0.01; ***p ≤ 0.001

Sıralı Ort.: Sıralı ortalamaya; ±sd: Standart sapma; Z_{MU}: Mann Withey U; χ²_{KW}: Kruskal Wallis

relerden kaynaklı anlamlı bir fark bulunduğu ($p \leq 0.05$); hemşirelik mesleğini isteyerek seçip seçmeme durumu ile iş stresi arasında her üç alt boyutta da anlamlı bir fark bulunmadığı ($p \leq 0.05$); onkoloji hemşirelerinin başka bir birimde çalışma istekleri değerlendirildiğinde “İş Rolü Belirsizliği” ve “İş Rolü Uyumsuzluğu” alt boyutlarında başka birimde çalışmak istemeyenlerden kaynaklı anlamlı fark olduğu ($p \leq 0.05$); onkoloji hemşirelerinin iş stresi düzeyleri ile çalışma şekilleri karşılaştırıldığında “İş Rolü Belirsizliği” alt boyutunda sadece gündüz çalışanlardan kaynaklı ileri derecede anlamlı fark bulunduğu ($p \leq 0.01$); birimde yeterli sayıda hemşire olup olmaması ile iş stresi düzeyi karşılaştırıldığında, “İş Rolü Belirsizliği” alt boyutunda anlamlı fark bulunduğu ($p \leq 0.05$), “İş Rolü Yükü” alt boyutunda ise yeterli sayıda hemşire olmadığını düşünenlerden kaynaklı çok ileri derecede anlamlı fark bulunduğu ($p \leq 0.001$); onkoloji hemşirelerinin hemşirelik dışındaki işlerin iş yükünü arttırıp arttırmadığıyla ilgili görüşleri ile iş stresi düzeyleri ele alındığında ise “İş Rolü Yükü” alt boyutunda iş yükünü arttırdığını düşünenlerden kaynaklı ileri derecede anlamlı fark olduğu ($p \leq 0.01$) belirlenmiştir (Tablo 2).

TARTIŞMA

Onkoloji birimlerinde görev yapan hemşirelerin iş stresi düzeyleri ile bunları etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla, tanımlayıcı tasarımda gerçekleştirilen bu çalışmada;

Onkoloji hemşirelerinin iş stresi düzeyi ölçüldüğünde; İş Stresi Ölçeği'nin “İş Rolü Belirsizliği” ($X=15.22 \pm 4.35$), “İş Rolü Uyumsuzluğu” ($X=24.52 \pm 5.58$) ve “İş Rolü Yükü” ($X= 7.98 \pm 1.77$) alt boyut puan ortalamalarının orta düzeyde olduğu saptanmıştır (Tablo 1). Isıkhan, Comez ve Danis (2004)'in kanser hastaları ile çalışan sağlık çalışanlarının iş stresi, hem hemşire hem de hekim grubunda orta düzeyde bulunmuştur. Onan (2009)'ın çalışmasında da onkoloji hemşirelerinin iş stresi orta düzeyde bulunmuştur.

Onkoloji hemşirelerinin kişisel özellikleri ile iş stresi düzeyleri karşılaştırıldığında; onkoloji hemşirelerinin

cinsiyetleri ile “İş Stresi Ölçeği” alt boyut puan ortalamaları karşılaştırıldığında; “İş Rolü Yükü” alt boyutunda cinsiyetler arasında, kadın hemşirelerden kaynaklanan anlamlı fark ($p \leq 0.05$) belirlenmiş olup, Callaghan ve ark. (2000)'in çalışmasında da kadın hemşirelerin stres düzeyi erkek hemşirelerden sınırlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur. Bu durumun, kadınların sosyal yaşamdaki rol sorumluluklarının daha fazla olmasından kaynaklı olduğu düşünülebilir.

Onkoloji hemşirelerinin yaş grupları ile “İş Stresi Ölçeği” alt boyut puan ortalamaları karşılaştırıldığında; “İş Rolü Uyumsuzluğu” alt boyutunda puan ortalamasının 35 yaş ve üzeri hemşireler ile 24 yaş ve altı hemşirelerden kaynaklanan orta düzeyde ve anlamlı bir fark bulunduğu ($p \leq 0.05$) saptanmış olup, Isıkhan ve ark. (2004)'nin çalışmasında yaşın iş stresine neden olduğu belirtilmiştir. 24 yaş altı hemşirelerde yeni işe başlamaları ve deneyimsiz olmalarına bağlı; 35 yaş ve üstü hemşirelerde ise zaman içinde mesleğinin ve işinin gereklerinin daha fazla farkında oldukları ve dolayısıyla iş stresi düzeylerinin farklılık gösterdiği düşünülebilir.

Onkoloji hemşirelerinin eğitim durumları ve medeni durumları ile “İş Stresi Ölçeği” alt boyut puan ortalamaları karşılaştırıldığında, anlamlı fark bulunmamış olması Al-Aameri (2003)'in çalışmasıyla desteklenmiş olup, eğitim durumu ve medeni durumun hemşirelerde iş stresini etkilemediği belirtilmiştir.

Onkoloji hemşirelerinin mesleki özellikleri ve çalışma koşullarına ait bulgular ile iş stresi düzeyleri karşılaştırıldığında; onkoloji hemşirelerinin çalıştıkları kurumlar ile, “İş Rolü Belirsizliği” ve “İş Rolü Uyumsuzluğu” alt boyutlarında özel hastanelerden kaynaklanan çok ileri derecede anlamlı fark ($p \leq 0.001$) bulunduğu; “İş Rolü Yükü” alt boyutunda da üniversite hastanelerinden kaynaklanan anlamlı fark olduğu ($p \leq 0.05$) saptanmıştır (Tablo 2). Callaghan ve ark. (2000)'nin yaptıkları çalışmada da, hemşirelerin aşırı iş yükü nedeni ile hasta bakım kalitesinin düştüğü ve mesleki doyumu azaldığı, bu durumun da hemşirelerin meslekten uzaklaşmasına neden olduğu belirtil-

miştir. Özel hastaneler ile üniversite ve devlet hastaneleri arasında; yönetim tarzı, ast üst ilişkileri, kişi başına düşen hasta sayısı, iş yoğunluğu, iletişimsel sorunlar vb. faktörler nedeniyle farklı düzeylerde iş stresinin yaşandığı söylenebilir.

Onkoloji hemşirelerinin *meslekte çalışma yılı* ile “İş Stresi Ölçeği” alt boyut puan ortalamaları karşılaştırıldığında; “İş Rolü Belirsizliği” alt boyutunda 7-9 yıl ile 10-12 yıl arası çalışmış hemşirelerden kaynaklı ileri derecede anlamlı farklılık ($p<0.01$) bulunduğu; *onkoloji biriminde çalışma yılları* ile “İş Rolü Uyum-suzluğu” alt boyutunda 13 yıl ve üzeri çalışmış hemşirelerden kaynaklı anlamlı farklılık ($p\leq 0.05$) olduğu belirlenmiştir (Tablo 2). Onan (2009)’ın yapmış olduğu çalışmada da onkoloji biriminde çalışma yılı arttıkça fizyolojik stres belirtilerinin arttığı ve onkoloji biriminde çalışmaktan memnun olmayan hemşirelerin bilişsel ve duyuşsal stres belirtilerini daha fazla yaşadıkları üzerinde durulmuştur. Bulgular, meslekte ve onkoloji biriminde uzun yıllar çalışmış olmanın iş stresini arttırdığını gösterirken, bunda hemşirelerin çalışma koşullarının olumsuzluğunun önemli bir etkisi olduğu söylenebilir.

Onkoloji hemşirelerinin *mesleği isteyerek seçip seçmeme* durumları ile “İş Stresi Ölçeği” alt boyut puan ortalamaları karşılaştırıldığında, anlamlı farklılık saptanmamıştır (Tablo 2). Nehir (2003) ve Sever (1997)’in hemşirelerle yapmış oldukları çalışmalarda ise mesleği istemeyerek seçmenin iş stresini arttıran ana faktörlerden olduğu belirtilmiştir. Çalışma kapsamına alınan hemşirelerin büyük çoğunluğunun 24 yaş altı hemşirelerde yeni işe başlamalarına, 35 yaş ve üstü hemşirelerde ise zaman içinde iş stresine karşı duyarsızlaşma gelişmesine bağlı olarak iş stresinin “mesleği isteyerek seçip seçmeme” durumunda farklılık göstermediği düşünülebilir.

Onkoloji hemşirelerinin *başka bir birimde çalışma istekleri* ile “İş Stresi Ölçeği” alt boyut puan ortalamaları karşılaştırıldığında; “İş Rolü Belirsizliği” ve “İş Rolü Uyum-suzluğu” alt boyutlarında birim değiştirmek istemeyen hemşirelerden kaynaklanan anlamlı

farklılık ($p\leq 0.05$) saptanmış olup (Tablo 2), McVicar (2003) ve Stordeur ve ark. (2001)’nin çalışmalarında hemşireleri iş ortamında en çok etkileyen stres etkenlerinden birisi olarak, istekleri dışındaki birimlerde çalışmak zorunda bırakılmak olarak belirtilmiştir.

Onkoloji hemşirelerinin *çalışma şekilleri* ile “İş Stresi Ölçeği” alt boyut puan ortalamaları karşılaştırıldığında; “İş Rolü Belirsizliği” alt boyutunda sadece gündüz çalışan hemşirelerden kaynaklanan ileri derecede anlamlı farklılık ($p<0.01$) bulunduğu belirlenmiş olup (Tablo 2), McVicar (2003)’in çalışmasında vardiyalı çalışmanın ve bakım verilen hasta sayısının iş stresini arttırdığı belirlenmiştir. Gündüz daha fazla sayıda hastaya hizmet verme, süreç ve işlemlerin yoğun ve karmaşıklığının iş stresini arttırdığı düşünülebilir.

Onkoloji hemşirelerinin, *birimde yeterli sayıda hemşire olup olmadığıyla* ilgili görüşleri “İş Stresi Ölçeği” alt boyut puan ortalamalarıyla karşılaştırıldığında; “İş Rolü Belirsizliği” alt boyutunda ($p\leq 0.05$) ve “İş Rolü Yüğü” alt boyutunda ($p\leq 0.001$) anlamlı farklılık saptanırken (Tablo 2), bu farklılığın yeterli sayıda hemşire olmadığına inanan hemşirelerden kaynaklandığı görülmüş olup; Boey (1998), Bryart, Fairbrother, Fenton (2000) ile Callaghan ve ark. (2000)’nin yaptıkları çalışmalarda da, iş yükü ve yetersiz personel sayısı nedeni ile hemşirenin iş ve zaman baskısı altında kaldığı ve iş stresini tetikleyen önemli bir etken olduğu üzerinde durulmuştur.

Onkoloji hemşirelerinin *hemşirelik dışındaki işlerin iş yükünü artırıp artırmadığıyla* ilgili görüşleri “İş Stresi Ölçeği” alt boyut puan ortalamalarıyla karşılaştırıldığında; “İş Rolü Yüğü” alt boyutunda hemşirelik dışındaki işlerin iş yükünü artırdığını düşünenlerden kaynaklanan ileri derecede bir farklılık saptandığı ($p<0.01$) bulunmuş olup (Tablo 2); Clegg (2001), Onan ve Buzlu (2007)’nin çalışmalarında da hemşirelerde iş stresine neden olan durumlar; iş yükü, hasta bakımı ve kişilerarası ilişkilerdeki sorunlar olarak saptanmıştır. Callaghan ve ark. (2000) da, hemşirelerde en fazla stres yaratan faktörlerin başında iş yükü fazlalığını belirtmişlerdir. Hasta yoğunluğu, yetersiz sayıda

hemşire varlığı ve bununla birlikte hemşirelik dışındaki işlerin de iş yükünü arttırarak iş stresine neden olduğu düşünülebilir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışma kapsamına alınması planlanan 7 hastanenin çalışmaya izin vermemesi ve bu hastanelerdeki onkoloji hemşirelerinin araştırmaya alınamaması örneklem büyüklüğünün azalmasına neden olmuştur. Dolayısıyla araştırma sonuçları, örneklem sayısı ile sınırlı olup genelleme için uygun değildir.

Sonuç olarak; onkoloji hemşirelerinde iş stresi düzeyi tüm alt boyutlarda orta düzeyde saptanmış olup, onkoloji hemşirelerinin cinsiyet ve yaş grubu kişisel özellikleriyle ve çalışılan kurum, meslekte çalışma yılı, onkoloji biriminde çalışma süresi, onkoloji birimi dışında başka bir birimde çalışma isteği, çalışma şekli, birimde yeterli sayıda hemşire olup olmadığı ve hemşirelik dışındaki işlerin iş stres düzeyini etkilediği belirtilebilir.

Bu doğrultuda, onkoloji birimi gibi riskli birimlerde çalışanların belli aralıklarla birim değişikliği rotasyonuna alınması, birimde çalışmak için isteklilik hallerinin göz önüne alınması, çalışma saatlerinin düzenlenmesi, haftalık ortalama çalışma süresinin kısaltılması, iş yükünü arttıracak hemşirelik dışı işlerin en aza indirgenmesi, çalışan hemşire sayısının artırılması gibi çalışma koşullarının iyileştirilmesine yönelik öneriler getirilebilir.

Bundan sonra yapılacak çalışmalarda da onkoloji birimleri gibi yüksek riskli birimlerde çalışan hemşireleri kapsayan ülke çapında, daha geniş çaplı çalışmaların yapılarak genel bir sonuca ulaşılması ve bu bağlamda gerekli olan iyileştirmelerin yapılması için veri elde edilmesi önerilebilir.

KAYNAKLAR

Al-Aameri, A. S. (2003). Source of job stress for nurses in public hospitals. *Saudi Medical Journal*, 24(11): 1183-1187.

Barutçu, E., Serinkan, C. (2008). Günümüzün önemli sorunlarından biri olarak tükenmişlik sendromu ve Denizli’de yapılan bir araştırma. *Ege Akademik Bakış*, 8(2): 541-561.

Baykal, U., Seren, S., Sokmen, S. (2009). A description of oncology nurses’ working conditions in Turkey. *European Journal of Oncology Nursing*, 13(5): 368-375.

Boey, K.W. (1998). Coping and family relationships in stress resistance: A study of job satisfaction of nurses in Singapore. *Int J. Nursing Study*, 35(6): 353-361.

Bryant, C., Fairbrother, G., Fenton, P. (2000). The relative influence of personal and workplace descriptors on stress. *British Journal of Nursing*, 9(13): 876-880.

Callaghan, P., Tak-Ying, S. A., Wyatt, P. A. (2000). Factors related to stress and coping among chinese nurses in Hong Kong. *Journal of Advanced Nursing*, 31(6): 1518-1527.

Clegg, A. (2001). Occupational stress in nursing: A review of literature. *Journal of Nursing Management*, 9(2): 101-106.

Rizzo, J. R., House, R. J., Lirtzman, I. S. (1981). Job Stressors Scale. Coof, J., Hepworth, S., Wall, T., Work, P. (Eds.). *The Experience of Work: A Compendium and Review of 249 Measures and Their Use*. Academic Press, London.

Draper, J. ve ark. (2004). NHS Cadet schemes: Student experience, commitment, job satisfaction and job stress. *Nurse Education Today*, 24(2): 219-228.

Güngör, S. (1997). Türk örnekleminde iş stresi ve sosyal desteğin tükenmişlik üzerindeki etkileri. *Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Boğaziçi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul*, 21-50.

Isıkhan, V., Comez, T., Danis, Z. (2004). Job stress and coping strategies in health care professionals working with cancer patients. *European Journal of Oncology Nursing*, 8(3): 234-244.

Lee, J. K. L. (2002). Job stress, coping and health perceptions of hong kong primary care nurses. *International Journal of Nursing Practice*, 9(2): 86-91.

McVicar, A. (2003). Workplace stress in nursing: A literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 44(6): 633-642.

Nehir, S. (2003). Ankara ilindeki hastanelerin yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin iş ortamındaki stres etkenleri ve kullandıkları baş etme yöntemlerinin belirlenmesi. *Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Bolu*, 60-90.

Onan, N. G., Buzlu, S. (2007). Terminal dönemdeki kanser hastalarına bakım veren hemşirelerin karşılaştıkları güçlükler ve başa çıkma yolları. *Hemşirelik Forumu*, 1(1): 104-109.

Onan, N. (2009). Onkoloji birimlerinde çalışan hemşirelerde uygulanan stresle başa çıkma eğitiminin değerlendirilmesi. *Yayınlanmamış Doktora Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul*, 51-72.

Pınar, R. (2003). Hemşirelerin kemoterapi hazırlama ve uygulama sırasında çevreyi, kendilerini ve hastaları korumaya yönelik tutumları. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 6(1): 44-54.

Selye, H. (1974). What is stres. Stress Without Distress. 1. basım, Lippincott, Philadelphia, 20-50.

Sever, A. (1997). Hemşirelerin iş stresi ile başa çıkma yolları ve bunun sonuçlarının araştırılması. Yayınlanmamış Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, İstanbul, 70-80.

Stordeur, S., D'hoore, W., Vandanberg, C. (2001). Leadership, organizational stress, and emotional exhaustion among hospital nursing staff. Journal of Advanced Nursing, 35(4): 533-542.

Hemşirelik Öğrencilerinin İlk Klinik Deneyim Sırasındaki Stres Düzeylerinin İncelenmesi

The Determination The Level of Stress of Nursing Students During Their First Clinical Experience

Sevgi TAŞDELEN*, Ayten ZAYBAK**

İletişim/Correspondence: Ayten ZAYBAK Adres/Address: Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Hemşirelik Fakültesi Bornova/İZMİR Tel: 0232 388 11 03 Fax: 0232 388 63 74 E-mail: ayten.zaybak@ege.edu.tr

ÖZ

Amaç: Bu çalışmanın amacı hemşirelik öğrencilerinin ilk klinik deneyim sırasındaki stres düzeylerinin belirlenmesidir.

Yöntem: Tanımlayıcı olarak yapılan bu çalışma Mart - Haziran 2011 tarihleri arasında, İzmir ilinde lisans eğitimi veren bir hemşirelik okulunda yapıldı. Araştırmanın yapıldığı hemşirelik okulunda eğitim gören ve ilk kez klinik eğitime başlayan ve araştırmaya katılmayı kabul eden ikinci sınıf öğrencileri araştırmaya alındı. Araştırmada öğrencilerin stres seviyesinin belirlenmesinde "Klinik Stres Anketi" kullanıldı. Klinik Stres Anketi, hemşirelik öğrencilerinin ilk klinik deneyim sırasında yaşadıkları duyguların ne olduğu ve bunları ölçmeyi amaçlayan bir ankettir. Araştırma verileri öğrencilerin klinik eğitime başladığı ilk haftanın sonunda toplandı. Verilerin analizinde sayı, yüzdelik dağılımlar, Student t-testi ve Pearson korelasyon analizi kullanıldı.

Bulgular: Hemşirelik öğrencilerinin ilk kez klinik uygulama sırasında orta düzeyde stres yaşadıkları ve en fazla stresin cesaret duygusu alt boyutunda yaşandığı bulundu. Bununla birlikte öğrencilerin bildirdiği stres faktörleri arasında klinik hemşirelerinin ve öğretim elemanlarının ilk iki sırada yer aldığı saptandı.

Sonuç: Hemşirelik öğrencilerinin ilk klinik uygulama sırasında orta düzeyde stres yaşadığı, klinik hemşirelerinin ve öğretim elemanlarının en fazla strese neden olan etmenler arasında yer aldığı söylenebilir.

Anahtar Kelimeler: Klinik uygulama, klinik stres, öğrenci hemşire, hemşirelik eğitimi.

ABSTRACT

Aim: The aim of this study was to determine the level of stress of nursing students during their first clinical experience.

Method: This descriptive study was performed in a nursing school which provides education to university degree level in Izmir, during the period March-June, 2011. Students accepted into the study were sophomore students studying in this nursing school, who were participating in clinical practice for the first time and were willing to participate in the study. A clinical stress questionnaire was used in the study to determine the stress levels of the students. This is a questionnaire designed to measure the emotions students feel during their first clinical experience. The data of the study was collected at the end of the first week in which the students started their clinical practice. Numerical and percentage distributions, Student t-test and Pearson correlation analysis were used in the evaluation of the data.

Results: It was found that the students experienced a moderate level of stress during their first clinical experience and courage was the subgroup from which students experienced the most stress. On the other hand, it was found that, from among the stress factors that students identified, clinical nurses and lecturers took the first two places.

Conclusion: As a result, it can be said that the level of stress of the nursing students was moderate during the first clinical practice, and the most important factors causing the stress were the clinic nurses and lecturers.

Key Words: Clinical experience, clinical stress, student nurse, nursing education.

*Hemşire İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, **Doç.Dr. Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi

Yazının gönderilme tarihi: 13.01.2013

Yazının basım için kabul tarihi: 23.05.2013

GİRİŞ

Hemşirelik eğitimi, teorik ve klinik öğretim olmak üzere farklı ve birbirini tamamlayan iki bölümden oluşur. Bu eğitimin amacı öğrenciye bilişsel, duyuşsal ve psikomotor boyutta temel bilgi, beceri ve tutumlar kazandırmaktır (Zengin 2007). Klinik eğitim, hemşirelik eğitiminin vazgeçilmeyecek temel ögesidir ve öğrencinin gerçek ortamda yaparak/yaşayarak öğrenmesini sağlar (Çalışkan ve Akgöz 2006). Klinik deneyimler, teorik bilginin uygulamaya aktarılmasının yanı sıra öğrencinin psikomotor gelişmesini ve mesleki sosyalizasyonunu sağlar (Şendir ve Acaroğlu 2008).

Gerçek yaşantıların olduğu uygulama alanına çıkan öğrenci alışık olmadığı yeni bir sosyal ortam içine girmekte, hastanedeki hasta, hekim, hemşire ve diğer sağlık personeli ile iletişim konusunda deneyimsizliğinin yanı sıra, değişik deneyimler yaşayacağı bir dizi sorunlarla karşı karşıya kalmaktadır (Tel, Tel ve Sabancıoğulları 2004). Bu nedenle klinik deneyim hemşire öğrenciler tarafından hemşirelik eğitiminin en çok kaygı oluşturan bileşenlerinden biridir (Sharif ve Masoumi 2005) ve klinik deneyimler öğrencide strese neden olmaktadır (Sheila, Huey-Shyon ve Shiowli 2002). Klinik uygulamalarda öğrencilerin öğrendikleri kuramsal bilgileri kullanma güçlüğünün yanı sıra, klinik uygulamaların başlangıcında hata yapma, hastaya zarar verme, olumsuz tepkilerle karşılaşma gibi düşünceleri yoğun olarak yaşadıkları ve kendilerine güvenlerinin az olduğunu belirtmektedirler (Locken ve Norberg 2005).

Literatürde stresin öğrencinin klinik eğitim sürecinde her zaman var olan bir etmen olduğu belirtilirken, öğrencilerde strese neden olan etmenler arasında, bilinmeyen bir çevrede bulunma, hata yapma ve hastaya zarar verme korkusu, mesleki bilgi ve becerilerinin uygulama için yeterli olmadığı düşüncesi, hastalar ve klinik personeliyle yaşanan iletişim sorunları ve öğretim elemanları tarafından değerlendirilme korkusu gibi etmenlerin öne çıktığı görülmektedir (Chan, Winnie ve Daniel 2009; Karadağ ve Uçan 2006; Magdalena 2011; Sharif ve Masoumi 2005; Watson ve ark. 2008).

Hemşirelik öğrencilerinde stresle ilgili çalışmalar her geçen gün artmaktadır (Jones ve Johnson 2000). Beck ve Srivastava (1991)'nin çalışmasında hemşirelik öğrencileri, hemşirelik programının en stresli bölümünün klinik deneyimler olduğu bildirmişlerdir. Sharif ve Masoumi (2005)'nin çalışmasında ilk kez klinik uygulamaya çıkan öğrencilerin diğer öğrencilere göre daha fazla stres deneyimlediği saptanmıştır. Türkiye'de hemşirelik öğrencilerinde stres ve anksiyete ile ilgili çalışmalar bulunmakla birlikte (Erbil, Kahraman ve Bostan 2006; Hacıhasanoğlu, Karakurt, Yılmaz ve Yıldırım 2008; Tel ve ark. 2004) stres seviyesinin standart bir ölçüm aracıyla belirlendiği sadece bir çalışmaya rastlanmıştır. Atay ve Yılmaz (2011), hemşirelik öğrencilerinde klinik stres seviyesinin belirlenmesinde "klinik stres anketi" kullanmışlar ve öğrencilerin ilk klinik stres düzeylerinin yüksek olduğunu bulmuşlardır.

Stres etkenlerinin kişisel, sosyal, akademik, klinik tecrübe olmak üzere dört alandan kaynaklandığı ve en büyük stresörün klinik eğitim olduğu bildirilmekte (Zengin 2007) ve eğitim süresince öğrencinin akademik performansını etkileyen önemli bir etken olarak tanımlanmaktadır (Jimenez, Navia-Osorio ve Vacas Diaz 2010). Yüksek seviyede yaşanan bir stres öğrenme zorluğuna neden olabilirken, düşük seviyedeki bir stres öğrenmede motivasyona neden olmaktadır (Şendir ve Acaroğlu 2008). Bu bağlamda klinik eğitimde yaşanan stres öğrencinin performansında etkili olmakta, stres düzeyi yüksek olan öğrencilerin akademik başarısı olumsuz yönde etkilenmektedir (Sanders ve Lushington 2002; Zengin 2007).

Klinik uygulama alanına çıkan bir öğrenci hiç şüphesiz ki alışık olmadığı yeni bir ortam içine girmekte ve sözü edilen stres etmenleriyle karşılaşmaktadır. Hemşirelik öğrencilerinin klinik öğrenimlerinin amacına ulaşabilmesinde öğrencilerin stres düzeylerinin bilinmesi ve stresin öğrenime olumsuz etkisinin önlenmesi son derece önemlidir. Bu nedenle, ilk kez klinik uygulamasına çıkan hemşirelik öğrencilerinin klinik stres düzeylerinin belirlenmesi amacıyla bu çalışmaya yapılmıştır.

YÖNTEM

Araştırmanın Amacı ve Tipi

Bu çalışma, ilk kez klinik uygulamasına çıkan hemşirelik öğrencilerinin klinik stres düzeylerinin belirlenmesi amacıyla yapılmış, tanımlayıcı bir araştırmadır.

Evren ve Örneklem

Araştırma İzmir ilindeki bir hemşirelik okulunda yapıldı. Araştırmanın yapıldığı okulda eğitim gören ve ilk kez klinik uygulamaya başlayacak olan ikinci sınıf öğrencileri (N=180) araştırmanın evrenini oluşturdu. İlk kez klinik uygulamaya çıkan hemşirelik öğrencilerinden araştırma için ulaşılabilen ve araştırmaya katılmayı kabul eden 149 (araştırmaya katım oranı=%82.8) öğrenci araştırmanın örneklemi oluşturdu.

Veri Toplama Araçları

Araştırma verileri öğrencilerin klinik uygulamaya başladıkları birinci haftanın sonunda toplandı. Verilerin toplanmasından önce öğrencilere araştırma konusunda bilgi verilerek onamları alındı. Daha sonra, soru formları verilerek cevaplamaları istendi. Öğrencilerin anketleri cevaplama süresi yaklaşık olarak 15 dk. sürdü.

Araştırma verilerinin toplanmasında “*Birey Tanıtım Formu*” ve “*Klinik Stres Anketi*” (KSA) kullanıldı.

Birey Tanıtım Formu: Öğrencilerin yaş ve cinsiyet gibi tanımlayıcı özellikleri ile öğrenim gördüğü bölümden memnun olma ve klinik eğitim sırasında strese neden olan faktörlere yönelik soruları içermektedir.

Klinik Stres Anketi: KSA ilk klinik uygulama deneyimlerinde, öğrenci hemşireleri tehdit eden ya da mücadele etmelerini gerektiren stresin başlangıç değerini belirlemek üzere Pagana tarafından 1989 yılında geliştirilen Likert tipi bir öz değerlendirme ölçeğidir. Toplam 20 maddeden oluşan ölçekte “tehdit”, “mücadele”, “zarar” ve “yarar” olmak üzere dört alt boyut bulunmaktadır. Beşli likert tipte olan ölçeği değerlendirilmesinde; hiç yanıtına “0”, “biraz yanıtına “1”, orta yanıtına “2”, fazla yanıtına “3”, çok fazla yanıtına “4”

puan verilmektedir. Ölçeğin puan aralığı “0-80” dir. Düşük puan stres düzeyinin düşük olduğunu, yüksek puan ise stres düzeyinin yüksek olduğunu ifade etmektedir.

Klinik Stres Anketi’nin Türkçe formunun güvenilirlik ve geçerlik çalışması Şendir ve Acaroğlu (2006) tarafından yapılmış ve iç tutarlılık katsayısı 0.70 olarak bulunmuştur (Şendir ve Acaroğlu 2006).

Verilerin Toplanması

Araştırma verileri öğrencilerin klinik uygulamaya başladıkları birinci haftanın sonunda toplandı. Soru formları öğrencilere verilerek cevaplamaları istendi. Anketleri cevaplama süresi yaklaşık olarak 15 dk sürdü.

Araştırmanın Etik Yönü

Araştırma için araştırmanın yapıldığı kurumdan ve araştırmaya katılan öğrencilerden izin alındı. Öğrencilere çalışmanın amacı ve gerekçesi hakkında bilgi verildi, çalışmaya katılıp katılmama konusunda özgür oldukları belirtildi. Öğrencilerden elde edilen veriler sadece istatistiksel analizler için kullanıldı. Ayrıca araştırmada kullanılan “*Klinik Stres Anketi*” nin Türk toplumunda geçerlik güvenilirlik çalışmasını yapan Şendir ve Acaroğlu’ndan ölçeğin kullanım izini alındı.

Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin analizi SPSS 16.0 (Stastical Package for Social Science) paket programı kullanılarak yapıldı. Verilerin değerlendirilmesinde sayı, yüzdelik dağılımlar ile t testi ve korelasyon analizi kullanıldı.

BULGULAR

Araştırma kapsamına alınan öğrencilerin yaş ortalaması 21,50±1.42’dir. %73,8’i kadın olan öğrencilerin, %71.1’inin hemşirelik bölümünü isteyerek geldiği, %59,1’inin öğrenim gördükleri bölümden memnun olduğu belirlendi. Araştırmada öğrencilere klinik uygulama sırasında strese neden olan faktörler soruldu ve en yüksek oranlarla hemşireler (%34,9) ve öğretim elemanlarının (%33,5) strese neden olduğu, bunu sırasıyla doktorlar (%27,5), hastalar (%24,2) ve diğer

(%19.5) (*fiziksel ortam, hasta yakınları, iş yükü, malzeme eksikliği, öğrenci fazlalığı, hastane personeli tarafından kabul görmemek, sınavlar*) etmenlerin izlediği saptandı.

Öğrencilerin KSA toplam ve alt boyut puan ortalamaları Tablo 1’de verilmiştir. Tablo 1 incelendiğinde, öğrencilerin KSA toplam puan ortalaması 33.96 ± 10.2 (min=10, max=60), alt boyut puan ortalamaları “tehdit” boyutunda 9.48 ± 4.58 , “mücadele” boyutunda 14.24 ± 5.08 , “zarar” boyutunda 6.45 ± 3.65 ve “yarar” boyutunda 3.77 ± 2.07 ’dir. Madde puan ortalamaları alt ölçeklerde 1.29 ± 0.73 ile 2.03 ± 0.72 arasında değişmekte olup toplam ölçekte 1.69 ± 0.51 ’dir.

Yapılan analizlerde öğrencilerin yaşı ile klinik stres puanları arasında ilişki olmadığı belirlendi ($r=0.993$, $p>0.05$). Öğrencilerin cinsiyeti ($t=-.596$, $p=0.51$), hemşirelik okuluna isteyerek gelme durumu ($t=1.595$, $p=0.105$) ve öğrenim gördüğü bölümden memnun olma durumlarının ($t=0.26$, $p=0.803$) KSA puan ortalamalarını etkilemediği saptandı.

Tablo 1. Klinik Stres Anketi (KSA) Toplam Puan, Alt Boyut ve Madde Puan Ortalamaları (n=149)

Ölçek Boyutları	Toplam puan	Madde puan ort.
	X ± SS	X ± SS
Tehdit alt boyutu	9.48±4.58	1.58±0.76
Mücadele alt boyutu	14.24±5.08	2.03±0.72
Zarar alt boyutu	6.45±3.65	1.29±0.73
Yarar alt boyutu	3.77±2.07	1.88±1.03
Toplam ölçek	33.96±10.20	1.69±0.51

TARTIŞMA

Bazı tanımlayıcı özelliklerin strese etkisi ve klinik stres nedenleri

Klinik deneyim hemşirelik eğitimindeki en önemli kaygı nedenlerinden biridir. Klinik uygulamalarda öğrencilerin kuramsal bilgileri kullanma güçlüğüne yan sıra hastaneye uyum güçlüğü nedeniyle de kaygılı olduğu bildirilmektedir (Şendir ve Acaroğlu 2008). Öğrenciler için öğrenme çevresinin yaratılmasında başta eğitimciler olmak üzere hemşirelik hizmetlerini yürüten meslektaşlarımıza, sağlık ekibinin diğer üyeleri-

ne, öğrencilere ve okul-hastane yöneticilerine önemli sorumluluklar düşmektedir (Karadağ ve Uçan 2006). Klinik eğitim sırasında hemşire doktor gibi klinik personelin ve eğitimcilerin öğrencilerle olan iletişimi son derece önemlidir. Klinik personel ve hemşire eğitimcilerin öğrencilere karşı tutumlarının olumsuz olması, eğitim sonuçlarını negatif yönde etkilemektedir. Hemşire öğrencilerin klinikte özellikle hemşireler ve öğretim elemanları ile sorun yaşadığı bildirilmektedir (Melincavage 2001). Hemşirelik öğrencilerinin klinik stres düzeylerinin incelendiği bu çalışma sonucunda, öğrenciler uygulama alanlarındaki stres kaynakları ile ilgili olarak, en yüksek oranda (%34,9) hemşirelerin stres kaynağı olduğunu ve bunu sırasıyla sorumlu öğretim elemanının, doktorların, hastaların ve diğer (*fiziksel ortam, hasta yakınları, iş yükü, malzeme eksikliği, öğrenci fazlalığı, hastane personeli tarafından kabul görmemek, sınavlar*) etmenlerin izlediğini bildirmişlerdir. Elçigil ve Sarı (2011)’nin çalışmasında, hemşirelik öğrencileri klinik çalışanları ile ilişkilerin ve çalışanların kendilerine karşı tutumlarının, klinik öğretimi etkileyen en önemli iki etmen olduğu bulunmuştur. Nahas ve Yam (2001)’a göre de çalışanların öğrencilerden beklentilerinin olması ve onlara karşı olan tutumları strese neden olan faktörler arasındadır. Elçigil ve Sarı (2011) ile Nahas ve Yam (2001)’in sonuçlarını destekleyen çalışma bulguları sonucunda, öğrenci hemşirelerin en fazla klinik ortamdaki hemşireler, sorumlu öğretim elemanı ve doktorlar nedeniyle stres yaşadıkları ve bu durumun klinik öğretimin amacına ulaşmasını olumsuz yönde etkileyeceği söylenebilir.

Araştırmada öğrencilerin yaşının KSA ölçeği puan ortalamalarını etkilemediği belirlenmiştir ($p>0.05$). Araştırmaya katılan öğrencilerin hepsi daha önce klinik deneyimi olmayan ikinci sınıf öğrencisidir ve dolayısıyla benzer yaş grubundadırlar. Bu nedenle çalışmada yaş değişkeninin klinik stres düzeyinin etkilememesi beklenen bir sonuç olarak değerlendirilmektedir.

Çalışmada yaşın yan sıra cinsiyetin, hemşirelik bölümünü isteyerek gelme ve öğrenim gördüğü bölümden memnun olma durumlarının klinik stres düzeyini etkilemediği bulunmuştur. Türkiye’de yapılan çalışma-

lardan Aytekin, Özer ve Beydağ (2009)'ın öğrencilerin klinik uygulamalarda karşılaştıkları güçlükler ile ilgili çalışmalarında erkek öğrencilerin ve bölümünü sevmeyen hemşirelik öğrencilerinin klinik öğretimde güçlük yaşama oranlarının daha yüksek olduğunu bulmuşlardır. Bizim çalışmamızın Aytekin ve ark. (2009) çalışma sonuçlarını desteklemediği görülmektedir.

Öğrencilerin klinik stres düzeyleri

Hemşirelik eğitiminin temel parçası olan klinik eğitim sürecinde eğiticiler hayati unsurlardır (Karadağ ve Uçan 2006). Yapılan çalışmalarda da öğrencilerin klinik uygulamalara çıktıkları ilk gün yaptıkları uygulamalar esnasında anksiyete yaşadıkları bildirilmiştir (Erbil ve ark. 2006; Chan ve ark. 2009; Tel ve ark. 2004;). Bu çalışmada hemşirelik öğrencilerinin KSA toplam puan ortalaması 33.96±10.2, madde puan ortalaması 1.69±0.51'dir ve öğrencilerin KSA ölçek puanları 10 ile 60 arasında değişmektedir. Elde edilen bulgularda öğrencilerin toplam stres düzeyinin orta düzeyde olduğu ve madde puan ortalamasının ise "orta" yanıtına yakın olduğu görülmektedir.

Ölçek alt boyutlarında madde puan ortalamalarının mücadeleye (2.03±0.72) ve yarar (1.88±1.03) duygularında, zarar (1.29±0.73) ve tehdit (1.58±0.76) duygularına göre daha yüksek olduğu görülmektedir. Bu da öğrencilerin klinik uygulamada en yüksek stresi mücadele duygusunda yaşarken en düşük stresi zarar duygusunda algıladıkları göstermektedir. Atay ve Yılmaz (2011)'in aynı stres değerlendirme ölçeğini kullanarak, hemşirelik öğrencilerin ilk klinik stres düzeylerini inceledikleri çalışmada KSA ölçek puan ortalamasını daha yüksek (54.2±8.9) bulmuşlardır. Bu çalışma sonucunda elde edilen sonuçların oldukça farklı olmasının, çalışmaların yapıldığı okullar ve koşulları ile öğrencilerin klinik öğretimlerinin gerçekleştiği hastanelerin farklılığından kaynaklanabileceği düşünülmektedir. Bununla birlikte öğrencilerde anksiyete düzeyinin incelendiği çalışmalardan Erbil ve ark. (2006)'nın çalışmasında ilk kez klinik uygulamaya çıkan öğrencilerin klinik deneyim öncesi durumluk anksiyete puan ortalamalarının "orta" düzeyde olduğunu ve ilk kez klinik uygulamaya çıkmanın öğrencilerde anksiyeteyi arttırdığı bildirilmiştir.

Zengin (2007) öz-etkililik-yeterlilik algısı ile klinik uygulamada yaşanan stres arasındaki ilişkiyi incelediği çalışmasında, öğrencilerin öz etkililik-yeterlilik algısının klinik eğitimde algılanan stres üzerinde etkili olduğunu bulmuş ve öğrencilerin öz-etkililik-yeterlilik algılarının güçlendirilmesi için desteklenmesi gerektiğini bildirmiştir. Şendir ve Acaroğlu (2008)'da ilk kez klinik uygulamaya çıkan öğrencilerin kendilerine güvenlerinin az olduğunu belirtmişlerdir. Bu çalışmada da öğrencilerin en fazla stresi "cesaret" duygusu, ikinci sırada "yarar" duygusu alt boyutunda yaşamaları, öğrencilerin öz güvenlerinin ve dolayısıyla cesaretlerinin az olduğu konusunu düşündürmektedir. Ayrıca öğrencilerin ilk kez klinik ortamda bulunmalarının kendilerini hemşirelik aktivitelerinde yetersiz hissetmelerine neden olabileceği ve bu durumun öğrencilerin cesaretlerinin azalmasında ve yararlı olma duygusunda stres yaşamalarında etkili olabileceği düşünülmektedir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Hemşirelik öğrencilerinin ilk klinik deneyim sırasındaki stres düzeylerinin belirlenmesi amacıyla yapılan çalışma sonucunda, hemşirelik öğrencilerinin ilk kez klinik uygulama sırasında orta düzeyde stres yaşadıkları ve alt boyutlardan en fazla stresin "cesaret" duygusu boyutunda yaşandığı bulunmuştur. Bununla birlikte öğrenciler klinik ortamda en fazla strese neden olan etmenler arasında birinci sırada klinik hemşirelerini, ikinci sırada ise öğretim elemanlarını bildirmişlerdir.

Bu sonuçlardan yola çıkarak, klinik uygulamalar sırasındaki stres düzeyinin azaltılması ve böylece klinik eğitimin amacına ulaşabilmesi için,

Klinik öğretim öncesinde, klinik personeli ve öğretim elemanlarını içine alan bir oryantasyon programlarının yapılması,

- Klinik öğretim öncesinde simülasyon teknikleri kullanılarak, oluşturulan klinik ortama benzer öğretim alanlarında öğrencilerin kliniğe kendilerini daha hazır hissetmelerinin sağlanması,
- Öğrencilerin özgüvenlerini arttırmak için, kendilerini klinik uygulamaya ile ilgili yetersiz hissettikleri konularda eğitim verilmesi önerilmektedir.

Araştırmanın Sınırlılığı

Bu çalışma sadece bir hemşirelik okulunda eğitim gören öğrencilerle sınırlı olduğundan, araştırma sonuçları ilk kez klinik uygulamaya çıkan hemşirelik öğrencilerine genellenemez. Bu nedenle araştırmanın farklı örneklem gruplarıyla tekrarlanması önerilmektedir. Bunun yanında farklı eğitim yöntemlerinin klinik strese etkisini belirlemek için, farklı eğitim yöntemlerinin kullanıldığı hemşirelik okullarının örnekleme dahil edildiği araştırmaların yapılmasının yararlı olacağı düşünülmektedir.

KAYNAKLAR

Atay, S., Yılmaz, F. (2011). Sağlık Yüksekokulu öğrencilerinin ilk klinik stres düzeyleri. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 14(4): 32-37.

Aytekin, S., Özer, F. G., Beydağ, K. D. (2009). Denizli Sağlık Yüksekokulu öğrencilerinin klinik uygulamalarda karşılaştıkları güçlükler. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 4(10): 137-149.

Beck, D. L., Srivastava, R. (1991). Perceived level and sources of stress in baccalaureate nursing students. *Journal of Nursing Education*, 30(3): 127-133.

Chan, K. L. C., Winnie, K. W., Daniel, Y. T. (2009). Hong Kong baccalaureate nursing students' stress and their coping strategies in clinical practice. *Journal of Professional Nursing*, 25(5): 307-313.

Çalışkan, T., Akgöz, S. (2006). Temel ilke ve uygulamalar dersinin uygulanmasında kullanılan farklı yaklaşımların dersin hedeflerine katkısı. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 1(3): 1-13.

Elçigil, A., Sarı H. Y. (2011). Facilitating factors in clinical education in nursing. *DEÜHYO ED*, 4(2): 67-71.

Erbil, N., Kahraman, A. N., Bostan, Ö. (2006). Hemşirelik öğrencilerinin ilk klinik deneyim öncesi anksiyete düzeylerinin belirlenmesi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 9 (1): 10-16.

Hacıhasanoğlu, R., Karakurt, P., Yılmaz, S., Yıldırım, A. (2008). Sağlık yüksekokulu birinci sınıf öğrencilerinin klinik uygulamaya ilişkin kaygı düzeylerinin belirlenmesi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 11(1): 69-76.

Jimenez, C., Navia-Osorio, P., Vacas Diaz, C. (2010). Stress and Health in Novice And Experienced Nursing Students. *Journal of Advanced Nursing*, 66(2): 442-455.

Jones, M. C., Johnston, D. W. (2000). Reducing distress in first level and student nurses: a review of the applied stress management literature. *Journal of Advanced Nursing*, 32(1): 66-74.

Karadağ, G., Uçan, Ö. (2006). Hemşirelik eğitimi ve kalite. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 1(3): 42-46.

Locken, T., Norberg, H. (2005). Reduced anxiety improves learning ability of nursing students through utilization of mentoring triads. [http://nursing.byu.edu/Documents/research/abstracts \(02.05 2010\)](http://nursing.byu.edu/Documents/research/abstracts (02.05 2010))

Magdalena, M. (2011). Nursing Students Learning Experiences in Clinical Settings: Stress, Anxiety and Coping, A Thesis in The Department of Education. Concordia University, Canada, http://spectrum.library.concordia.ca/7372/1/Mlek_MA_S2011.pdf (12.08.2011)

Melincavage, S. M. (2011). Student nurses' experiences of anxiety in the clinical setting. *Nursing Education Today* 31: 785-789.

Nahas, V. L., Yam, B. M. C. (2001). Hong Kong nursing students' perceptions of effective clinical teachers. *Journal of Nursing Education*, 40(5): 233-237.

Sanders, A. E., Lushington, K. (2002). Effect of perceived stress on student performance in dental school. *Journal of Dental Education*, 66(1): 75-81.

Sharif, F., Masoumi S. A. (2005). Qualitative study of nursing student experiences of clinical practice. *BMC Nursing*, 4(6). <http://www.biomedcentral.com/1472-6955/4/6> (11.12.2011).

Sheila, S. H., Huey-Shyon, L., Shiwli, H. (2002). Perceived stress and physio-psycho-social status of nursing students during their initial period of clinical practice. *International Journal of Nursing Studies*, 39:165-175.

Şendir, M., Acaroğlu, R. (2008). Reliability and validity of Turkish version of clinical stress questionnaire. *Nurse Education Today*, 28:737-743.

Tel, H., Tel H., Sabancıoğulları S. (2004). Hemşirelik birinci sınıf öğrencilerinin laboratuvar uygulamasında birbirlerine IM enjeksiyon uygularken ve klinik uygulamanın ilk gününde anksiyete durumları. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 7(1): 27-32.

Watson, R. ve ark. (2008). A longitudinal study of stress and psychological distress in nurses and nursing students. *Journal of Clinical Nursing*, 18: 270-278.

Zengin, N. (2007). Sağlık yüksekokulu öğrencilerinde öz-etkililik-yeterlilik algısı ve klinik uygulamada yaşanan stresle ilişkisinin incelenmesi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 10(1): 49-57.

Aile Hekimliği Birimine Başvuran Bireylerde Obezite Sıklığı ve İlişkili Etmenler: Artvin Örneği*

Prevalence and Factors Related Obesity in Individuals Who Applied to the Family Medicine Center: The Case of Artvin

Elif IŞIK**, Yalçın KANBAY***, Özgür ASLAN**, Kevser IŞIK****, Sevil ÇINAR***

İletişim/Correspondence: Elif IŞIK Adres/Address: Artvin Çoruh Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Artvin Tel: 0466 212 13 01 Fax: 0466 212 37 19 E-mail: elifsy@gmail.com

ÖZ

Amaç: Araştırma, Aile Hekimliği Merkezlerine başvuran bireylerin obezite sıklığı ve ilişkili etmenlerin belirlenmesi amacıyla planlandı.

Yöntem: Tanımlayıcı olarak gerçekleştirilen, çalışmanın örneklemini 01-31 Ocak 2011 tarihleri arasında Artvin İli ve İlçeleri Aile Hekimliği Merkezleri'ne tanı ya da tedavi amaçlı başvuran, araştırmaya katılmayı kabul eden, 20 ve üstü yaş, toplam 1929 kişi oluşturmaktadır. Veri toplama aracı olarak literatür taramaları sonucu oluşturulan bireylerin beslenme özelliklerini belirlemeye yönelik soruları da içeren sosyo-demografik özellikler formu kullanılmıştır. Obezite kriteri olarak "Beden Kitle İndeksi" hesaplaması kullanılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde sayı, ortalama, yüzde, korelasyon, varyans analizi ve t testi kullanıldı.

Bulgular: Bulgulara göre %51.1'i kadınlardan oluşan örneklemin %22.8'i obez kategorisine girerken, %36.8'i aşırı kilolu, %34.1'i ise normal beden kitle indeksine (BKİ) sahip bireylerden oluşmaktadır. Kadınların %35'i normal kiloda iken erkeklerde bu oran 34.1'dir. Kadınların %55.3'ü şişman grubuna (hafif şişman veya obez) girerken erkeklerin %63.9 şişman grubunda yer almaktadır. Örneklemin genelinde ise şişman bireylerin oranı %59.6'dır. Örneklemin yaş ortalaması ve tüketilen ana öğün sayısı ile BKİ arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulundu ($p < 0.01$).

Sonuç: Örneklemin yarısından fazlasının hafif şişman veya obez olduğu, obezitenin erkeklerde kadınlardan daha fazla görüldüğü; ayrıca yaşlı, ev hanımı veya emekli olan bireylerin obezite açısından riskli gruplar olduğu belirlendi.

Anahtar Kelimeler: Beslenme, şişmanlık, obezite sıklığı.

ABSTRACT

Aim: The study was planned to determine the prevalence of obesity and factors affecting obesity in individuals who applied to the Family Medicine Centers.

Method: A total of 1929 subjects, aged 20 and older, who applied to Family Medicine Centers in Artvin Province and Districts in the period January 2011 for diagnostic or therapeutic purposes and who agreed to participate in this descriptive study constituted the sample population.

Results: Women constituted 51.1% of the sampling. 22.8% of the subjects were categorized as obese, and 36.8% as overweight, while 34.1% displayed normal body mass index (BMI). In comparison of women and men, respectively, 35% and 34.1% were considered in normal weight ranges, whereas 55.3% and 63.9% were included in the obese group (mild overweight or obese). Generally, the ratio of the obese subjects was 59.6% across the sample group. The average age of the subjects and the number of main meals during the day were found positively correlated with BMI ($p < 0.01$).

Conclusion: Slightly more than half of the sample group was overweight or obese, obesity was more common among men compared to women, and elderly people, especially housewives or retired ones were determined at higher risk for obesity.

Key Words: Nutrition, being overweight/overweight, obesity/obese prevalence.

*Eğitim Odağı- Artvin Sempozyumu'nda sözel bildiri (29 Mayıs-1 Haziran 2012, Artvin), XV. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi'nde poster bildiri olarak sunulmuştur (2-6 Ekim 2012, Bursa), **Öğr.Gör. Artvin Çoruh Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu, ***Arş.Gör. Artvin Çoruh Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu, ****Arş.Gör. Adıyaman Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu

Yazının gönderilme tarihi: 17.11.2012

Yazının basım için kabul tarihi: 24.05.2013

GİRİŞ

Obezite, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından “Sağlığı bozacak ölçüde vücutta anormal veya aşırı yağ birikmesi” olarak tanımlanmaktadır. Bu birikim alınan enerji miktarının harcanan enerji miktarından fazla olmasından yani şeker ve yağ tüketiminin artması buna karşın vitamin ve minerallerden zengin besinlerin tüketiminin azalması ve hareketsiz yaşam tarzının benimsenmesinden kaynaklanmaktadır (WHO 2006).

Obeziteye neden olduğu bilinen çok sayıda faktör içinde, aşırı ve yanlış beslenme ve fiziksel aktivite yetersizliği en önemli nedenler arasında kabul edilmektedir. Enerji alımındaki artış ve enerji harcamasındaki azalma şişmanlığı tetikleyebilmektedir. Enerji alımının fazlalığı; aşırı yeme, daha çok yağ ve şeker içeren besinleri yeme, öğün atlama, hızlı yeme gibi yanlış beslenme alışkanlıkları nedeniyle olurken, enerji harcamasının azlığı ise hareketsiz yaşam nedeniyle olmaktadır. Bu faktörlerin yanı sıra genetik, çevresel, nörolojik, fizyolojik, biyokimyasal, sosyo-kültürel ve psikolojik pek çok faktörün birbiri ile ilişkisi sonucu obezite oluşabilmektedir. Ayrıca, vücut ağırlığının düzenlenmesinde rol alan hormonal ve sinirsel faktörler ve kalıtsal faktörler şişmanlığa neden olabilirler (Mercanlıgil 2008; TC Sağlık Bakanlığı 2010; Xavier ve Sunyer 2002).

Ailede şişmanlık ve diyabet öyküsü, düşük eğitim düzeyi, düşük aktivite düzeyi, özellikle çocuklarda fast-food tarzı beslenme alışkanlığı, televizyon ve bilgisayar karşısında geçirilen sürenin artması, doğum sayısının fazla oluşu, yemek yeme hızının ve sayısının artması, öğün aralarında sık sık yemek atıştırmaları, doğum ağırlığının fazla oluşu, bebeklik döneminde ek gıdalara erken başlama gibi faktörlerin obezite açısından risk faktörü oluşturduğu belirtilmektedir (Ceylan ve Turan 2008; Güneş, Genç ve Pehlivan 2000; Parlak ve Çetinkaya 2008; Soyuer, Ünal ve Elmalı 2010; Şimşek, Ulukol, Berberoğlu ve Gülnar 2005; TC Sağlık Bakanlığı 2010; Tokuç, Berberoğlu ve Ekuklu 2009; Uğuz ve Bodur 2007; Uskun, Öztürk, Kişioğlu, Kırbıyık ve Demirel 2008).

Şişmanlık ve obezite yalnız gelişmiş ülkelerde değil gelişmemiş ve gelişmekte olan ülkelerde de önemli bir problemdir. WHO verilerine göre dünyada 1.6 milyar yetişkinin ve 20 milyon çocuğun fazla kilolu, en az 400 milyon yetişkinin de obez olduğu bildirilmektedir. Ayrıca 2015 yılına kadar dünyada genelinde 2.3 milyar yetişkinin fazla kilolu, 700 milyon yetişkinin ise obez olacağı tahmin edilmektedir (WHO 2006). ABD’de yapılan bir çalışmada çocuk ve ergenlerin %17,1’i şişman, yetişkinlerin ise %32.2’sinin obez olduğu ve bu oranların geçmiş yıllara ait verilere nazaran önemli ölçüde arttığı görülmektedir (Ogden ve ark. 2006). Son 20 yılda tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de sosyo-ekonomik durumun ve beslenme alışkanlıklarının değişmesi ile birlikte şişmanlık hızla artmakta ve önemli bir halk sağlığı sorunu olarak karşımıza çıkmaktadır (Rakıcıoğlu 2008; Samur 2008). Ülkemizde yapılan çalışmalarda, çocukların %17.8’i aşırı şişman iken bu oran kadınlarda %78.5’tir (Güneş ve ark. 2000; Uğuz ve Bodur 2007). Türkiye nüfus ve sağlık araştırması (TNSA) sonuçlarına göre ise Türkiye’deki kadınların %1.6’sının Beden Kitle İndeksi (BKİ) 18.5’ten küçükken, %58.4’ünün şişman veya obez kadınlardan oluştuğu bildirilmektedir (TNSA 2008).

Şişmanlık ve obezite küresel boyutta önemli sağlık sorunlarına neden olmaktadır. Dünya genelinde fazla vücut ağırlıklı ve obez olan yetişkin sayısındaki artış kronik hastalıkların yaygınlaşmasındaki başlıca nedenlerdendir (Yıldırım, Akyol ve Ersoy 2008). BKİ artışı; renal hastalıklar, safra kesesi hastalıkları, kardiyovasküler hastalıklar (özellikle kalp hastalığı ve inme), diyabet, kas-iskelet bozuklukları (özellikle osteoartrit) ve bazı kanser türleri (endometrium, meme, uterus, gis, kolon)ve ruhsal bozukluklar için önemli bir risk faktörüdür (Anderson, Cohen, Naumova, Jacques ve Must 2007; Dönmez, Yıldırım ve Arslan 2008; Reinehr ve Toschke 2009; Samur ve Yıldız 2008; Yıldız 2008; WHO 2006).

Obezite tüm yaş gruplarını, cinsiyetleri ve etnik yapıları etkileyen global bir sorun olmakla birlikte yaşam tarzı değiştirilerek önenebilecek bir hastalıktır (WHO 2000). Bireylerin yaşam kalitesini düşürme-

si ve sağlık sistemine büyük insan gücü ve ekonomik yük getirmesi nedeni ile obezite ile etkili bir biçimde mücadele edilmesi gerekmektedir. Bu nedenle toplumda obeziteye neden olabilecek faktörlerin belirlenmesi ve bu faktörlere yönelik önlemlerin alınarak bireylerin yaşam tarzlarında değişim yaratabilecek girişimlerin planlanması büyük önem taşımaktadır. Bu nedenle Artvin İli ve İlçeleri Aile Hekimliği Merkezleri' ne başvuran bireylerin obezite sıklığı ve ilişkili etmenlerin belirlenmesine yönelik bu çalışma planlanmıştır.

YÖNTEM

Araştırmanın Tasarımı

Tanımlayıcı tipte planlanan bu çalışmanın veri toplama aşaması 01-31 Ocak 2011 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir.

Araştırmanın Yeri ve Örnekleme

Herhangi bir örneklem seçim yöntemine gidilmeden belirtilen tarihler arasında Artvin İli ve İlçeleri Aile Hekimliği Merkezlerine tanı ya da tedavi amaçlı başvuran, araştırmaya katılmayı kabul eden, 20 ve üstü yaş bireyler araştırma kapsamına alınmıştır.

Veri Toplama Araçları

Sosyodemografik Özellikler Formu: Araştırmaya katılmayı kabul eden bireylerin yaş, cinsiyet, boy, kilo, gelir durumları, eğitim durumları, beslenme alışkanlıkları ve kronik hastalıkları gibi sosyodemografik özelliklerini belirlemeye yönelik anket sorularından oluşmaktadır. Bireylerin boy ve kiloları baskül ve mezura kullanılarak, diğer değişkenler ise katılımcıların ifadeleri doğrultusunda araştırmacılar ve aile sağlığı elemanları tarafından anket formuna kaydedilmiştir. Şişmanlığın değerlendirilmesinde BKİ kullanılmıştır. BKİ; yetişkin erkek ve kadınların (20 yaş ve üstü) şişmanlık ve obezite durumlarının belirlenmesinde ve obezitenin sınıflandırılmasında kullanılan basit bir indekstir ve kilonun metre olarak boyun karesine bölünmesi ile elde edilmektedir. Yetişkinlerde BKİ'ye göre değerlendirme yapılırken BKİ oranı 18.5'ten az olan bireyler zayıf, 18.5-19.9 olanlar kabul edilebilir ince, 20-24.9 normal, 25-29.9 hafif şişman, 30 ve üstü olan

bireyler ise obez olarak kabul edilmektedir (WHO 2006; Mercanlıgil 2008).

Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin değerlendirilmesinin SPSS 17.0 Programında yapılmıştır. Verilerin değerlendirilmesi aşamasında örneklem özelliklerini belirlemek amacı ile sayı, ortalama ve yüzde; gruplar arasındaki farkın belirlenmesinde "Varyans Analizi" ve "t Testi"; ilişkilerin belirlenmesinde ise "Korelasyon Analizi" kullanılmıştır.

Etik Konular

Çalışma öncesi ilgili kurumdan yazılı izin, katılımcılardan ise sözlü bilgilendirilmiş onam alınmıştır.

BULGULAR

Çalışma örnekleminin bazı tanımlayıcı özellikleri Tablo 1'de verilmiştir. 39.81 yaş ortalamasına sahip 1929 kişiden oluşan örneklemin boy ortalaması 167,51 cm., kilo ortalaması 75.33 kg., ailedeki birey sayısı ortalama 4.13 kişi ve aylık gelir ortalaması 1562.16 Türk Lirası olarak belirlenmiştir.

Tablo 1. Örneklemin Yaş, Boy, Kilo, Ailedeki Birey Sayısı ve Aylık Gelir Bilgileri

Değişken	n	Min	Max	Ort.	SD
Yaş	1929	20	90	39.81	13.655
Boy		119	195	167.51	8.744
Kilo		40	140	75.33	15.677
Ailedeki Birey Sayısı		1	15	4.13	1.734
Aylık Gelir		450	7500	1562.16	1008.434

Örneklemin bazı değişkenlerine ait frekans dağılımları Tablo 2'de verilmiştir. Bulgulara göre %51.1'i kadınlardan oluşan örneklemin %22.8'i obez kategorisine girerken, %36.8'i aşırı kilolu, %34.1'i ise normal beden kitle indeksine sahip bireylerden oluşmaktadır. Örneklemin genelinde ise şişman bireylerin oranı %59.6'dır. Örneklemin 74.9'u evli, 72.8'i ev hanımı, işçi-memur ya da emekli, %39.6'sı ilk öğretim mezunu, %71'i sigara, %81.8'i alkol kullanmayan bireylerden oluşmaktadır. Örneklemin %62.7'si günde 3 ana öğün tüketmekte, %39'u yeterli zaman olmaması nedeniyle öğün atlamakta ve %35.8'lik oranla en fazla atlanan öğünün öğlen yemeği olduğu belirtilmektedir.

%23.8'i doktor tarafından teşhisi konmuş kronik hastalığa sahip olduğunu belirten örneklemin %48.8'i "orta" düzeyde sağlık algısına sahipken %48.1'inin algısı "iyi" düzeydedir. Fazla kilolu olduğunu düşünen bireylerin oranı %34.3'iken bir haftalık süreç içe-

risinde hiç egzersiz yapmayanların oranı %62.8, rejim yapanların oranı %28'dir. Ayrıca diyet ile ilgili en sık başvurulan bilgi kaynağı %46.8 ile sağlık personeli olurken en az başvurulan kaynağın ise %5.4 gazete-dergi- kitap olduğu belirtilmektedir.

Tablo 2. Örneklemin Demografik Özelliklerine Ait Frekans Dağılımları

		n	%			n	%
BKİ	Zayıf	41	2.1	Tüketilen Ana Öğün Sayısı	Bir Ana Öğün	82	4,3
	Hafif Zayıf	83	4.3		İki Ana Öğün	637	33.0
	Normal	657	34.1		Üç Ana Öğün	1210	62.7
	Hafif Şişman	709	36.8	En Sık Atlanan Öğün	Sabah Kahvaltısı	538	27.9
	Obez	439	22.8		Öğlen Yemeği	690	35.8
Cinsiyet	Kadın	985	51.1		Akşam Yemeği	114	5.9
	Erkek	944	49.9		Öğün Atlamayan	587	30.4
Medeni Durum	Bekar	401	20.8	Öğün Atlama Nedeni	Zaman Olmaması	753	39.0
	Evli	1445	74.9		Hazırlayan Olmaması	101	5.2
	Boşanmış-Dul	83	4.3		Alışkanlığın Olmaması	300	15.6
Meslek	Ev Hanımı	564	29.2		Öğün Atlamam	398	20.6
	İşçi-Memur	634	32.9		Ekonomik Sebepler	42	2.2
	Esnaf	155	8.0		İsteksizlik	243	12.6
	Öğrenci	109	5.7		Diğer	92	4.8
	Emekli	207	10.7		Sağlık Algısı	İyi	928
	Çiftçi	89	4.6	Orta		942	48.8
	Çalışmıyor	96	5.0	Kötü		59	3.1
	Diğer	75	3.9	Kronik Hastalık Varlığı		Evet	459
Eğitim Durumu	Okur-Yazar	118	6.1		Hayır	1470	76.2
	İlk Öğretim	763	39.6	Haftalık Fiziksel Aktivite Sıklığı	Her Gün	194	10.1
	Orta Öğretim	552	28.6		3-4 Gün	176	9.1
	Ön Lisans	210	10.9		1-2 Gün	347	18.0
	Lisans	257	13.3		Hiç Yapmayan	1212	62.8
	Lisans Üstü	29	1.5		Fazla Kilolu Olduğunu Düşünen	Evet	662
Sigara Alışkanlığı	Kullanmayan	1370	71.0	Hayır		1267	65.7
	Arada Bir	223	11.6	Rejim Uygulama Durumu	Evet	541	28.0
	Sıksık	90	4.7		Hayır	1388	72.0
	Sürekli	246	12.8	Başvurulan Bilgi Kaynağı	Sağlık Personeli	903	46.8
Alkol Alışkanlığı	Kullanmayan	1578	81.8		Görsel Medya-İnternet	396	20.5
	Arada Bir	301	15.6		Gazete-Dergi-Kitap	104	5.4
	Sıksık	37	1.9		Aile-Yakınlar-Komşular	165	8.6
	Sürekli	13	.7		Diğer	361	18.7
Toplam		1929	100	Toplam		1929	100

Cinsiyete göre BKİ sınıflaması Tablo 3'te verilmiştir. Kadınların %35'i normal kiloda iken erkeklerde bu oran 34.1'dir. Kadınların %55.3'ü şişman grubuna (hafif şişman veya obez) girerken erkeklerin %63.9 şişman grubunda yer almaktadır.

Tablo 3. Cinsiyete Göre Beden Kitle İndeksi (BKİ) Sınıflaması

BKİ Sınıflaması	Kadın		Erkek		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Zayıf	30	3.0	11	1.2	41	2.1
Hafif Zayıf	65	6.6	18	1.9	83	4.3
Normal	345	35.0	312	33.1	657	34.1
Hafif Şişman	320	32.5	389	41.2	709	36.8
Obez	225	22.8	214	22.7	439	22.8
Toplam	985	100	944	100	1929	100

Örneklemin bazı değişkenleri ile BKİ (beden kitle indeksi) arasındaki ilişkiyi gösteren bulgular Tablo 4'te verilmiştir. Bulgulara göre örneklemin yaş ve tüketilen ana öğün sayısı ile beden kitle indeksi arasında pozitif yönde, zayıf ve anlamlı ilişki bulunmuştur ($p<0.01$). Buna karşın boy ve ailenin aylık geliri ile BKİ arasında ise negatif yönde, zayıf ve anlamlı ilişki bulunmuştur. Boy ve ailenin aylık geliri arttıkça BKİ azalmaktadır. Ailedeki birey sayısı ve tüketilen ara öğün sayısı ile BKİ arasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkiye ulaşılamamıştır ($p>0.05$).

Tablo 4. BKİ (Beden Kitle İndeksi) ile Bazı Değişkenler Arasındaki İlişki

Değişken	n	r	r ²	p
Yaş	1929	.330	.109	.000*
Boy		-,085	.007	.000*
Ailedeki Birey Sayısı		.035	.123	.126
Ailenin Aylık Geliri		-,064	.004	.005*
Tüketilen Ana Öğün Sayısı		.068	.005	.003*
Tüketilen Ara Öğün Sayısı		.013	.000	.575

* $p<0.01$

Bazı değişkenlerin alt boyutlarının beden kitle indeksi yönünden farkları Tablo 5'te verilmiştir. Yapılan analizde medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu gibi değişkenlerin alt boyutlarının beden kitle indeksi yönünden birbirinden farklılıklar gösterdiği belirlenmiştir. Bulgulara göre evli, dul ve boşanmış bireyler, bekârlardan; ilköğretim mezunları, ortaöğretim ve yükseköğretim mezunu bireylerden istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek beden kitle indeksine sahiptirler. Çalışma durumu açısından bakıldığında ise ev hanımı ve emekli bireyler birbirinden farklı BKİ özelliği göstermemekle birlikte örneklemin en yüksek BKİ ortalamasına sahip gruplar emekliler ve ev hanımlarıdır. Öğrenciler ise diğer meslek gruplarından anlamlı derecede düşük beden kitle indeksine sahiptirler.

Tablo 5. BKİ'ye Göre Medeni Durum, Eğitim ve Çalışma Durumu Değişkenlerinin Alt Boyutlarının Farkı

Değişken		n	Ortalama	SD	İstatistik
Medeni Durum	Bekâr	401	24.180	4.602	F: 72.830 p:.000
	Evli	1445	27.452	5.022	
	Boşanmış-Dul	83	28.469	5.713	
Eğitim Durumu	İlk Öğretim	881	28.099	5.663	F: 54.380 p:.000
	Orta Öğretim	552	25.967	4.954	
	Yüksek Öğretim	496	25.479	4.839	
Çalışma Durumu	Öğrenci	109	22.975	4.074	F: 34.499 p:.000
	Çalışmayan	171	25.786	4.774	
	Çifçi-işçi-memur-Esnaf	878	26.338	4.218	
	Ev Hanımı	564	27.910	5.891	
	Emekli	207	28.730	4.538	

Tablo 6. BKİ' ye Göre Bazı Değişken Alt Boyutlarının Farkı

Değişken		n	Ortalama	SD	df	t	İstatistik
Cinsiyet	Kadın	985	26.582	5.687	1927	-2.032	F:36.685 p:.042
	Erkek	944	27.059	4.515			
Sigara Kullanma Durumu	Kullanmıyor	1370	27.108	5.287		3.928	F:6.919 p:.000
	Kullanıyor	559	26.097	4.729			
Sağlık Algısı	İyi	928	26.402	4.821		-3.398	F:6.877 p:.001
	Orta-Kötü	1001	27.198	5.413			
Kronik Hastalık Varlığı	Evet	459	28.605	5.465		8.690	F:4.539 p:.000
	Hayır	1470	26.256	4.919			

Bazı değişkenlerin alt boyutlarının beden kitle indeksi yönünden farkları Tablo 6'da verilmiştir. Yapılan analizde cinsiyet, sigara kullanma durumu, sağlık algısı ve kronik hastalık varlığı gibi değişkenlerin alt boyutlarının beden kitle indeksi yönünden birbirinden farklılıklar gösterdiği belirlenmiştir. Bulgulara göre erkekler, kadınlardan; sigara kullanmayan bireyler, sigara kullananlardan; sağlık algısı orta-kötü olan bireyler, iyi sağlık algısına sahip olanlardan; kronik hastalığı olan bireyler, teşhisi konmuş herhangi bir kronik hastalığı bulunmayan bireylerden istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek beden kitle indeksine sahiptirler.

TARTIŞMA

Bu çalışmada kadınların %55.3'ünün şişman grubunda (hafif şişman veya obez) yer aldığı belirlenmiştir (Tablo 3). Bu oran örneklemin yarısından fazlasını kapsamaması bakımından önemli bir orandır. Bu bulguya benzer olarak Güneş ve ark. (2000) yaptıkları çalışmada kadınların %78.5'i şişman grubunda yer aldığını belirtmektedirler. Yine benzer olarak Türkiye nüfus ve sağlık araştırması (TNSA) sonuçlarına göre ise Türkiye'deki kadınların %58.4'ünün şişman veya obez kadınlardan oluştuğu bildirilmektedir (TNSA 2008). Bu çalışmada ise erkeklerin %63.9 şişman grubunda yer almaktadır ve bu oran kadın grubunun oranından oldukça yüksek bir orandır (Tablo 3). Erkeklerde şişmanlığın fazla olmasının örneklemin demografik özelliklerinden kaynaklandığı düşünülmektedir. Bu çalışmaya benzer olarak Ulaş, Genç (2010) yaptıkları çalışmada erkeklerin BKİ ortalamasının kadınlar-

dan anlamlı derecede yüksek olduğu sonucuna ulaşmışlardır. Yine benzer olarak aynı bölgede yapılmış olan başka bir çalışmaya göre de erkeklerde şişmanlık kadınlardan daha fazla görülmektedir (Işık, Kanbay, Aslan, Çelik ve Duman 2012). Örneklemin genelinde ise şişman bireylerin oranı %59.6'dır (Tablo 3). Şişman ve obez birey oranının bu kadar fazla olması medikal ve sosyal problemler açısından önemli bir risk faktörü oluşturmaktadır. Literatürde toplumlarda şişmanlık ve obezite oranları bakımından farklı oranlar bulunmasına karşın genel olarak şişmanlık ve obezitenin yadsınamayacak derecede fazla olduğu ve geçmiş yıllara göre artış gösterdiği görülmektedir. ABD'de yapılan bir çalışmada çocuk ve ergenlerin %17,1'i şişman, yetişkinlerin ise %32.2'sinin obez olduğu ve bu oranların geçmiş yıllara ait verilere nazaran önemli ölçüde arttığı görülmektedir (Ogden ve ark. 2006). Ayrıca 2015 yılına kadar dünyada genelinde 2.3 milyar yetişkinin fazla kilolu, 700 milyon yetişkinin ise obez olacağı tahmin edilmektedir (WHO 2006).

Bu çalışmada yaş arttıkça BKİ'nin artış gösterdiği belirlenmiştir (Tablo 4). Yaşın artması ile birlikte kronik hastalıkların baş göstermesi ve fiziksel aktivitede azalma nedeni ile kilo artışı olurken; yaşlılıkta özellikle osteoporozla bağlı olarak omurların erimesi nedeni ile boyun kısalması sonucu BKİ artışı bireylerin obez sınıflanmasına girmesine neden olabilmektedir. Benzer olarak Ulaş, Genç (2010) çalışmalarında yaş ile birlikte BKİ'nin arttığını belirtmektedirler. Buna karşın Güneş ve ark. (2000) yaptıkları çalışmada yaş ile şişmanlık arasında ilişki bulamamışlardır. Ayrıca aylık gelir

arttıkça BKİ azalma göstermektedir (Tablo 4). Buna karşın Erkol ve Khorshid (2004)'in çalışmasında aylık gelir ile obez olma arasında ilişki bulunamamışlardır. Tüketilen ana öğün sayısı arttıkça BKİ'de artış gözlenmektedir (Tablo 4). Öğün sayısı sağlıklı beslenme açısından önemli olmasına karşın öğün niteliği yani alınan besinlerin dolayısıyla öğünlerdeki kalori alımının gerekenden fazla olması, harcanan enerji miktarının ise düşük olması önemli bir problemdir. Örnekleme oluşturan bölge et ve hamur işi tüketim alışkanlıklarının yoğun olduğu fakat zor coğrafyası nedeni ile spor alanlarının yetersiz olması sonucu hareket-siz yaşam tarzının benimsendiği bir bölge olduğu araştırmacılar tarafından gözlemlenmiştir. Bu faktörlerin BKİ'de artışa neden olduğu düşünülmektedir.

Çalışmada medeni duruma göre BKİ farklılık göstermektedir (Tablo 5). Bekâr bireyler; evli, boşanmış ya da dul olan bireylerden daha düşük BKİ'ye sahiptirler. Bekâr bireylerin düşük BKİ oranlarına sahip olmaları düzensiz beslenme alışkanlıkları, öğün hazırlayan birinin olmaması, düzensiz yaşam tarzının olması gibi faktörlerden kaynaklandığı düşünülmektedir. Buna karşın Erkol ve Khorshid (2004) ve Güneş ve ark. (2000) yaptıkları çalışmada medeni durum ile BKİ arasında herhangi bir ilişkiye ulaşamamışlardır. Eğitim durumu açısından bakıldığında ilköğretim mezunlarının, orta ve yükseköğretim mezunlarından daha fazla obez oldukları belirlenmiştir (Tablo 5). Eğitim düzeyi arttıkça bireylerin bilgi düzeyi, iş olanakları buna bağlı olarak ekonomik düzey, benlik saygısı gibi özellikler artış göstermekte ve beden imajı önemli hale gelmektedir. Bu nedenlerden dolayı bu çalışmada bireylerin eğitim düzeylerinin BKİ'ni etkilediği düşünülmektedir. Buna karşın eğitim düzeyi ile obezite arasında ilişki olmadığını belirten çalışmalarda bulunmaktadır (Erkol ve Khorshid 2004; Güneş ve ark. 2000). Ayrıca ev hanımı ve emekli bireylerin obez olma oranlarının diğer meslek gruplarından anlamlı derecede yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 5). Ülkemizde genel olarak ev hanımı olan kadınlar geleneksel rollerini yerine getirmekte, günlük ev işleri ile uğraşmakta ve sosyal hayattan çekimser olarak yaşa-

maktadırlar. Emekli bireyler ise yaş ve yaşa bağlı olarak gelişen sistemik hastalıklar nedeni ile eski sosyal ve hareketli yaşamlarından kopmakta bu nedenle gündelik yaşamlarını genel olarak ev içerisinde devam ettirmektedirler. Bu nedenle bu grupların obezite açısından risk altında olduğu düşünülmektedir. Benzer olarak Erkol ve Khorshid (2004) yaptıkları çalışmada obezitenin ev hanımlarında daha sık görüldüğü sonucuna ulaşmışlardır.

Bu çalışmada erkeklerin BKİ ortalaması kadınların BKİ ortalamasından anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (Tablo 6). Bunun nedenleri erkek örneklemin demografik özelliklerinden kaynaklandığı düşünülmektedir. Bu bulguya benzer olarak erkeklerde kadınlara oranla daha yüksek oranda şişman bireyin bulunduğunu belirten çalışmalar bulunmaktadır (Işık ve ark. 2012; Ulaş ve Genç 2010). Sigara içmeyenlerin BKİ ortalamaları içenlere oranla anlamlı düzeyde yüksek olmasına karşın (Tablo 6); Erkol ve Khorshid (2004) ve Güneş ve ark. (2000) sigara içme ile obezite arasında ilişki bulunamamıştır. Orta veya kötü sağlık algısına sahip bireylerin BKİ ortalamaları sağlık algısı iyi olanlardan anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (Tablo 6). Kilo artışı ile birlikte bedensel yakınmaların ve sistemik hastalıkların artması, beden imajının bozulması, benlik saygısının azalması gibi nedenlerle kilolu bireylerin sağlık algılarının olumsuz olduğu düşünülmektedir. Bu çalışmada kronik hastalığı olan bireylerin kronik hastalığı olmayan bireylerden daha kilolu oldukları belirlenmiştir (Tablo 6). Kronik hastalıklar, bireyin sosyal hayattan geri çekilmesine neden olan, hareketli yaşamını kısıtlayan durumlardır. Bu nedenle bu çalışmada kronik hastalığı olan bireylerin kronik hastalığı bulunmayan bireylerden anlamlı derecede yüksek BKİ oranına sahip oldukları düşünülmektedir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışmanın bulgularına göre;

Örneklemin oluşturan hem kadın hem de erkek grubun yarısından fazlasının şişman (hafif şişman veya obez) olduğu,

- Obezitenin erkeklerde kadınlardan daha fazla görüldüğü,
- Yaş ve tüketilen ana öğün sayısı arttıkça BKİ'nin arttığı; boy ve aylık gelir arttıkça BKİ'nin azaldığı; ailedeki birey sayısı ve tüketilen ara öğün sayısının ise BKİ'yi etkilemediği,
- Kronik hastalık varlığı, düşük eğitim düzeyi, kötü sağlık algısının şişmanlık için risk faktörü olduğu, ayrıca yaşlı, ev hanımı veya emekli olan bireylerin riskli gruplar olduğu belirlenmiştir.
- Bu çalışmanın sonuçlarına dayanarak şu önerilerde bulunulmuştur;
- Bölgede şişmanlığın nedenlerini araştırmaya yönelik çalışmaların planlanması,
- Bölgede erkeklerin kadınlardan fazla şişman olma nedenlerinin ayrıntılı olarak araştırılması,
- Şişmanlığı önlemeye yönelik her yaş grubunu hedef alan eğitim programlarının (sağlıklı beslenme, düzenli yaşam, spor vb) planlanması ve uygulanması,
- Şişmanlık açısından riskli grupların izlenmesine yönelik girişimlerin yapılması ve sağlık kuruluşlarında danışmanlık hizmetlerinin verilmesi önerilmiştir.

Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu çalışmanın sonuçları üzerinde çalışılmış olan örnekleme bağlayıcı nitelikte olup tüm topluma genellenemez. Bu çalışmanın önemli sınırlılıklarından biri örnekleme aile sağlığı birimlerine başvuran bireylerin oluşturmasıdır. Çünkü tanı ve tedavi amaçlı olarak hekime başvuran bireylerin obezite ve obezite kaynaklı durumlardan doğrudan etkilendikleri düşünülmektedir. Buda çalışmadaki örneklemin şişman ya da obez olma olasılığını arttırıcı bir faktördür.

Teşekkür

Çalışmanın planlanmasında ve uygulanmasında katkılarından dolayı Artvin İl Sağlık Müdürü Dr. Cemil Yavuz'a ve Sağlık İl Müdürlüğü Eğitim Şube Müdürü Hem. Mukaddes İspirli Dağ'a; verilerin toplanma aşamasında büyük gayret ve duyarlılık gösteren Artvin İl ve İlçe Aile Sağlığı Merkezleri çalışanlarına teşekkür ederiz.

KAYNAKLAR

Anderson, S. E., Cohen, P., Naumova, E. N., Jacques, P. F., Must, A. (2007). Adolescent obesity and risk for subsequent major depressive disorder and anxiety disorder: Rospective evidence. *Psychomatic Medicine*, 69: 740- 747.

Ceylan, S. S., Turan, T. (2008). Bir ilköğretim okulunda 11-14 yaş arasındaki öğrencilerde obezite sıklığı ve etkileyen etmenler. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 11(4): 1-9.

Dönmez, N., Yıldırım, M., Arslan, P. (2008). Obezite ve Kanser. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 729, Klasmat Yayın Evi, Ankara.

Erkol, A., Khorshid, L. (2004). Obezite; predispozan faktörler ve sosyal boyutun değerlendirilmesi. *SSK Tepecik Hastanesi Dergisi*, 14(2): 101-107.

Güneş, G., Genç, M., Pehlivan, E. (2000). Yeşilyurt Sağlık Ocağı Bölgesi' ndeki erişkin kadınlarda obezite. *Turgut Özal Tıp Merkezi Dergisi*, 7(1): 48-53.

Işık, E., Kanbay, Y., Aslan, Ö., Çelik, İ., Duman, R. (2012). Halk sağlığı dersi obezite bilinçlendirme standı çalışmasına katılan bireylerde obezite durumu. 11. Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi Bildiri Cd'si, Bursa.

Mercanlıgil, S. M. (2008). Obezite. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 729, Klasmat Yayın Evi, Ankara.

Ogden, C. L ve ark. (2006). Prevalance of overweight and obesity in the United States: 1999-2004. *JAMA*, 295(13): 1549-1555.

Parlak, A., Çetinkaya, Ş. (2008). Oyun çocukluğu dönemi obez çocuğun ve ailelerinin beslenme alışkanlıklarının değerlendirilmesi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 11(3): 1-10.

Rakıcıoğlu, N. (2008). Yaşlıda Şişmanlık. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 729, Klasmat Yayınevi, Ankara.

Reinehr, T., Toschke, A. M. (2009). Onset of puberty and cardiovascular risk factors in untreated obese children and adolescents. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 163(8): 709-715.

Samur, G. (2008). Obezite ve Gebelik. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 729, Klasmat Yayınevi, Ankara.

Samur, G., Yıldız, E. (2008). Obezite ve Kardiyovasküler Hastalıklar/ Hipertansiyon. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 729, Kalsmat Yayınevi, Ankara.

Soyuer, F., Ünalın, D., Elmalı, F. (2010). Normal ağırlıklı ve obez üniversite öğrencilerinde fiziksel aktivite. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, 7(2): 1-11.

Şimşek, F., Ulukol, B., Berberoğlu, M., Gülnar, S. B. (2005)

Aile Hekimliği Birimine Başvuran Bireylerde Obezite Sıklığı ve İlişkili Etmenler: Artvin Örneği

Ankara'da bir ilköğretim okulu ve lisede obezite sıklığı. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası, 58: 163-166.

TC Sağlık Bakanlığı. (2010). Türkiye Obezite (Şişmanlık) ile Mücadele ve Kontrol Programı (2010- 2014), Ankara.

TNSA. (2008). Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Ankara.

Tokuç, B., Berberoğlu, U., Ekuklu, G. (2009). Reklam ve çocuklar: Çocukların gıda markalarını tanınması, beslenme alışkanlıklarını ve gıda tercihlerini etkiliyor mu? TAF Preventive Medicine Bulletin, 8(6): 459-464.

Uğuz, M. A., Bodur, S. (2007). Konya İl merkezinde ergenlik öncesi ve ergen çocuklarda aşırı ağırlık ve şişmanlık durumunun demografik özelliklerle ilişkisi. Genel Tıp Dergisi, 17(1): 1-7.

Ulaş, B., Genç, M. F. (2010). Malatya Asker Hastanesinde 2007 yılında görev yapan personelin sağlıklı beslenme konusundaki tutum ve davranışları. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 17(3): 183-193.

Uskun, E., Öztürk, M., Kışioğlu, A. N., Kırbıyık, S., Demirel, R. (2008). İlköğretim öğrencilerinde obezite gelişimini etkileyen risk faktörleri. Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 12(2): 19-25.

WHO. (2000). World Health Organization. Obesity: Preventing and Managing the Global Epidemic, Geneva, Switzerland.

WHO. (2006). World Health Organization. Obesity and Overweight Fact Sheet No:311, Geneva, Switzerland. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/index.html>.

Xavier, F., Sunyer, P. İ. (2002). The obesity epidemic: Pathophysiology and consequences of obesity. Obesity Research, 10(2): 97-104.

Yıldırım, M., Akyol, A., Ersoy, G. (2008). Şişmanlık (Obezite) ve Fiziksel Aktivite, Enerji Dengesinin Aktivite Yönüne Bir Bakış. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 729, Klasmat Yayınevi, Ankara.

Yıldız, E. (2008). Obezite ve Tip 2 Diyabet. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 729, Kalsmat Yayınevi, Ankara.

Kaos Teorisi ve “Sağlık - Hastalık Kavramı” Üzerine Etkisi

Chaos Theory and Its Impact on “Health - Disease Concept”

Nazan TUNA ORHAN*

İletişim/Correspondence: Nazan TUNA ORHAN Adres/Address: Ege Üniversitesi Atatürk Sağlık Yüksekokulu 35100 Bornova/İzmir
Tel: 0232 311 50 32 Fax: 0232 342 7975 E-mail: nazanoran@gmail.com

ÖZ
Fraktal yapısıyla karakterize doğrusal olmayan (nonlineer), kompleks, dinamik sistemlerle ilgilenen kaos teorisi, geçen 20 yılda bilimin hemen tüm alanlarını etkilemiştir. Yaşam bilimleri, biyolojik sistemlerin kompleks yapıları nedeniyle, kaos teorisinin en iyi uygulanma alanlarından biridir. Bu yazıda, canlı ve cansız çevrenin doğrusal olmayan ve kompleks sistemlerine ait kısa tanımlamalardan sonra, teorinin temel özellikleri daha detaylı tartışılacaktır. Sağlıklı sistemlerin hayatları boyunca kompleks yapısını sürdürdüğü ve kaotik olduğu kabul edilmektedir. Kompleks yapının ya da kaotik özelliğin kaybı hastalığı karşımıza çıkarır. Kaos teorisinden sonra sağlık ve hastalık hakkındaki birçok klasik düşünce tartışılır hale gelmiştir. Kaos teorisini öğrenmek önemlidir; çünkü bu teori sağlık davranışı ve hastalıkların altında yatan gerçek mekanizmaları anlamamızda ve hastalara daha uygun tedavileri vermemizde yeni ufuklar açabilir.

Anahtar Kelimeler: Kaos teorisi, hastalık, sağlık.

ABSTRACT

The theory of chaos, which deals with nonlinear complex dynamic systems characterized by fractal-based structure, has affected almost every field of science in the last 20 years. Life sciences are one of the most applicable areas for chaos theory because of the complexity of biological systems. In this paper, after brief description of nonlinear and complex systems of living and non-living environment, the basic principles of the theory are discussed more detailed. It is widely accepted that healthy systems maintain complexity in lifetime and are chaotic. Loss of complexity or loss of chaos leads to disease. Many classical opinions about health and disease become arguable after chaos theory. Learning chaos theory is crucial, since it may open new horizons to understand the valid mechanism underlying health behavior and diseases, and deliver more appropriate therapy to the patients.

Key Words: Chaos theory, disease, health.

GİRİŞ

Kaos Teorisi: Genel Bakış

Üzerinde yaşadığımız dünyadan tüm evrene cansız varlıklarda, dünya üzerinde bitki ve hayvanlardan tek hücrelilere tüm canlı varlıklarda çok sayıda makro ve mikro “sistem” çalışır durumdadır. Gezegenimizde-

ki bulut-akarsu-deniz-buharlaşımdan oluşan su döngüsü, bir yıldız ve etrafındaki dokuz gezegenden oluşan güneş sistemi, püskürtme-yanma-sıkıştırma-egzoz döngüsünden oluşan dört zamanlı yakıt motoru, yay ve çarklardan oluşan çalar saat cansız makro sistemlere örnektir. Çekirdek ve etrafında dönen elektronlardan oluşan atom cansız mikro sistemlere örnek veri-

*Doç.Dr. Ege Üniversitesi İzmir Atatürk Sağlık Yüksekokulu

Yazının gönderilme tarihi: 14.06.2012

Yazının basım için kabul tarihi: 13.06.2013

lebilir. Hücrenin enerji üretim santrali mitekondride gerçekleşen Krebs döngüsü canlı mikro sistem örneği iken, vücudun kan dolaşımını sağlayan kalp-akciğer-damarlardan oluşan dolaşım sistemi canlı makro sistem örneğidir. Bu sistemler kendi içinde ve birbirleriyle uyumlu olarak çalışarak “bütünün” (hücre, bitki, ağaç, hayvan, insan, dünya, güneş sistemi, galaksi, vs.) devamlılığını sağlarlar.

Geleceği öngörülebilir, tahmin edildiği ya da hesaplandığı gibi işleyen ve doğrusal bir seyir izleyen sistemlere basit ya da doğrusal (lineer) sistemler denir (örneğin, yakıt motoru, çalar saat). Geleceği öngörülemez ve zaman içindeki davranışı doğrusal (lineer) olmayan sistemlere kompleks ya da dinamik (nonlineer) sistemler adı verilir (örneğin, su döngüsü, dolaşım sistemi). Kendini oluşturan unsurların her birinin incelenmesi ve anlaşılmasıyla, lineer sistemin tümü anlaşılır ve kestirilebilirken, dinamik bir sistemin tümünün anlaşılması ve öngörülmesi mümkün olmayabilir. Kaotik yapı dinamik sistemlerin bir özelliğidir (Higgins 2002).

Modern Kaos Teorisi, meteorolojist Edward Lorenz’in çalışmalarına dayandırılır. 1960’lı yıllarda hava tahmini üzerine geliştirdiği modeli bilgisayarda çalışırken, aynı verilerle programı bir defa daha başlatmak ister ancak zaman kaybı yaşamamak için programın ara çıktılarını bilgisayara girer. Ara çıktıyı bilgisayara girerken virgülden sonraki 6 rakamdan sadece ilk 3 rakamı alır, son 3 rakamı ihmal eder. Program sonlandığında elde ettiği sonucun şaşırtıcı bir şekilde programı ilk çalıştırdığındaki sonuçlardan çok farklı olduğunu görür. Her iki sonuç birbirinden çok farklı olmasına rağmen, başlangıçta program girdileri arasında çok küçük bir fark vardır. Bu durum “başlangıç koşullarına hassas bağımlılık” olarak adlandırılır. Başlangıçtaki çok küçük bir fark gelecekte çok büyük değişikliklere sebep olabilir. Günümüzde gezegenimizde var olan birçok “doğal” sistemin kaotik özellik gösterdiği bilinmektedir. Meteorolojik olaylar, gezegenimizin su döngüsü, hayvan popülasyonları, ağaçların dallanması, bir bitkinin yapraklanma biçimi, vs. kaos teorisine uyar niteliktedir.

Kaotik sistemlerin temel özellikleri;

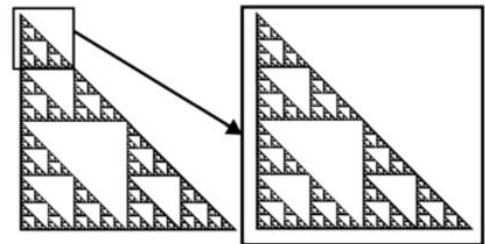
1. Kaos teorisi, bir sistemde başlangıçtaki küçük sapmaların gelecekte çok büyük ve öngörülemez değişikliklere sebep olduğunu varsayar (Resim 1). Buna “başlangıç koşullarına hassas bağımlılık” (kelebek etkisi) özelliği adı verilir. Bu sistemlerde “bir sonra” ne olacağı büyük oranda “en son” ne olduğuna bağlıdır. Başka deyişle, başlangıçtaki küçük sapmaların gelecekte büyük değişikliklere sebep olduğu kompleks, dinamik, nonlineer ve geleceği kesin olarak öngörülemez sistemlere “kaotik” sistemler adı verilir.



Resim 1. “Başlangıç koşullarına hassas bağımlılık” kaotik sistemlerin en önemli özelliğidir. Şekilde bir kaotik sistemde zamana karşı X değişkeninin grafiği izleniyor. Başlangıçtaki küçük bir farkın zaman içinde X’de nasıl büyük farklılıklar oluşturduğuna dikkat ediniz.

2. Kaotik davranış, karşılaştırabileceğimiz diğer iki davranıştan (rastgele ve periyodik) farklı olmakla birlikte aslında her iki davranıştan da özellikler alır. Kaotik davranış rastgele gözükür (ki değildir) ve periyodik değildir (kısmen öngörülebilir).

3. Fraktal yapı, kaotik bir sistemin ölçülmesinde ya da matematik yansımasında karşımıza çıkan bir özelliğidir. Buna göre sistemin bütünü yansıtan matematik ifade, bu sistemi oluşturan ve birbirine “benzeyen” çok sayıda alt birimin matematik ifadesiyle aynıdır. Bir kaotik sistemde, birbirlerine ve bütüne benzeyen bu en küçük alt birime “fraktal” adı verilir. Bir kaotik sistem bu yüzden “kendine benzeme” (self-similar) özelliği gösterir (Resim 2).



Resim 2. “Sierpinski Üçgeni”.

İkizkenar dik üçgenin içine dik köşesi hipotenüse gelecek şekilde ikinci bir ikizkenar dik üçgen çizdiğimizde oluşan her bir dik üçgen için bu işleme sürekli devam ettiğimizde, Sierpinski üçgeni oluşur. Bu şeklin bir parçası alınıp büyütüldüğünde, büyütülmüş üçgen ile ana üçgen arasındaki benzerliğe dikkat ediniz. “Kendine benzeme” (self-similar) kaotik sistemlerin bir özelliğidir.

4. Çekicilerin (attractor) varlığı kaotik sistemlerin bir diğer özelliğidir. Bu sistemler her ne kadar rastgele davranış sergiliyor gibi gözükseler de (ki rastgele değildirler), matematik yansımaları zamana karşı bir düzlemde grafik haline getirilirse, bu davranışların bazı noktaların etrafında yoğunlaştığı izlenir ki bu yoğunlaşma alanlarına çekici (attractor) adı verilir (Resim 3).



Resim 3. Çölde su az bulunur, çöl ekosistemi (bitki ve hayvanlar) tümüyle su kaynakları etrafında toplanır. Buna göre çöl ekosisteminde “su” en önemli çekicidir (attractor).

Kaos Teorisi: Düzen-Düzensizlik Süreci

Gezegemizdeki (ve belki evrendeki) “doğal” sistemlerin kompleks, dinamik (nonlineer) ve dolayısıyla “kaotik düzende” olduğunu söylemiştik. “Kaotik düzen” öyle bir ifadedir ki, biz bundan çok sayıda elektron proton ve nötronun bir arada atomu, çok sayıda ve çeşitlilikte hücrenin bir arada bir canlı organizmayı, çok sayıda ve çeşitlilikte canlı ve cansız maddenin bir arada dünya ekosistemini, çok sayıda ve çeşitlilikte gökcisminin bir arada galaksileri, vs. oluşturmasını anlamaktayız. Bu “kaotik düzen” 4.5 milyar yaşındaki dünyayı ve onun üzerinde yaşayan ilk izleri yaklaşık 2-2.5 milyar yıl önceye giden canlı ekosistemini (bitki,

hayvan, insan) bir arada tutmuş ve bugüne kadar başarıyla taşıyarak “olumlu anlamda” 21. yüzyıl medeniyetini oluşturmuştur. Bu “düzenin” (order) kaybı “düzensizliği” (disorder) getirir ki bu İngilizce kelimenin bir diğer anlamı da hastalıktır. Bir başka deyişle insan vücudu için kaosun kaybı bildiğimiz “hastalık” durumunu ortaya çıkarır (Varela, Ruiz-Esteban ve De Juan 2010) Periyodik, monoton ve doğrusal (kaotik özelliğini kaybetmiş) bir doku, organ, canlı birey, vs. çevresel değişikliklere uyum gösterme ve zorluklarla baş etme yeteneğini de kaybeder ve böylece hastalığa yatkın (ya da hastalıklı) hale gelir. İnsan fizyolojisinde ve patofizyolojisinde son yıllarda yapılan birçok araştırma, bunu doğrular nitelikte sonuçlara ulaşmıştır (Higgins 2002; Varela ve ark. 2010).

Kaos Teorisi: Sağlık-Yaşlanma Süreci

Sağlık kompleks bir fizyolojik ve biyolojik durumdur. Sağlıklı bir organizma zararlı bir etki ya da hastalık sonrasında tekrar eski fizyolojik durumuna dönebilme kapasitesine sahiptir. Organizmanın orijinal fizyolojik kompleks haline dönememesi dejenerasyonu ya da kronik hastalığı beraberinde getirir. Bu genelleme doğada canlı olan tüm varlıklar için geçerlidir. Bir ağacın dalının kesilmesi ağaç şekline ait kaotik yapının bozulması demektir ki, kesik dalın etrafından çıkan yeni dallarla sağlıklı ağaç yeniden eski kompleks fizyolojik durumuna dönmeye çalışır. Koroner arterlerdeki plak gelişimine bağlı oklüzyon varlığında, organda orijinal kompleks damar şeklinin yeniden sağlanmasına yönelik bir çaba söz konusudur. Eğer kompleks damar yapısı yeniden sağlanabilirse (yeterli kollateral gelişimi) organizma eski sağlıklı seviyesine geri dönebilir. Orijinal kompleks damar anatomisinin sağlanamaması hastalıkla sonuçlanır (anjina, enfarktüs gibi). Fizyolojik kompleks yapı önemlidir, çünkü organizma için çok miktarda yararlı bilgi içerir, bu yüzden zor durumlarda ve ani problemlerde yeterli sayıda çözüm mekanizması önerir. Bu önemli özelliğin yaşla birlikte etkisini azaltması, organizmanın hastalık oluşturabilecek etkilere hassasiyetini artırır (Kyriazis 2003). Yaşla birlikte fizyolojik uyum yeteneği azalması her seviyede (moleküler, selüler, organ bazlı ve davranışsal)

gerçekleşir. Örneğin, Peng ve ark. (2002) solunum fizyolojisine ait değişkenlerde yaşa bağlı fraktal erozyonu (uyum yeteneği kaybı) olduğunu göstermişlerdir.

Kaos Teorisi: Sağlık-Hastalık Süreci

Son yıllarda kan şekeri seviyesi, kalp atımı, beyin elektrik aktivitesi gibi insana ait matematiksel karşılığı olan birçok fizyolojik veride fraktal boyut (kaotik özellik) olduğu gösterilmiştir. Aslında kaos sağlıklı fizyolojinin bir ‘‘imzası’’ gibidir. Bu bilgiler ışığında kaos, fizyolojinin klasik kabulü olan ‘‘homeostasis’’ den tamamen farklı bir yerdedir (Higgins 2002; Varela ve ark. 2010).

Kaotik sistemlerin ölçülmesinde sistem çekicileri (attractor) ve fraktal boyutunu değerlendirmek en bilinen yöntemdir. Kaotik çekiciler ve fraktal yapı, uyum yeteneğinin göstergesi olarak kabul edilirler. Sistemin uyum yeteneği birçok faktörden etkilenir ve değişir. Örneğin, beyin dalgalarının kaotik özellikleri, normal uyku ile REM uykusu arasında farklılık gösterir. Fizyolojik yaşlanma, beyin ve kardiovasküler sistem gibi vücut organ ve sistemlerde uyum yeteneği azalmasına sebep olur (Lipsitz ve Goldberger 1992). Patolojik süreçlerde vücut sistemleri daha düşük kaotik boyutlara ve hatta periodisiteye geriler. Bu durumu aritmilere EKG’de ve epilepsi sırasında EEG’de görmek mümkündür (Babloyantz ve Destexhe 1986; Goldberger 2006). Bu durum başka vücut sistemlerinde de böyledir. Vücut ısısı ve kan glikoz seviyesi grafiklerindeki kompleks yapı azalması, yoğun bakım hastalarında artan mortalite ile beraberdir (Lundelin, Vigil, Bua, Gomez-Mestre, Honrubia ve Varela 2010; Varela ve ark.2010). Kaotik boyut ölçümleri (fraktal analiz) aynı zamanda patolojik durumları önceden bilinmesine de yardımcı olabilir.

Kaos Teorisi: ‘‘Sağlık Profesyoneli’’ Bakış Açısı

Bu teori sosyal ve fen bilimlerinde ve biyoloji alanında çokça çalışılmıştır. Yaşadığımız dünyada birçok klasikleşmiş düşünce kaos teorisinden sonra sarsılmıştır. Sağlık alanının teori ve pratiğinde de kökten değişikliklere yol açabilecek bu yeni yaklaşımın, tüm sağlık

çalışanları tarafından anlaşılması ve bilinmesi önemlidir (Varela ve ark. 2010). Kaos teorisi çok geniş bir alanı kapsar. Ancak uygulama açısından şu noktaların altı çizilebilir.

1. Dinamik sistemler ‘‘kaotik’’ olarak davranırlar. Kaotik olmanın çerçevesi içinde kalmak ve sistemin fraktal yapısını tam ortaya koymak kaydıyla geleceğe ait bazı öngörülerde bulunulabilir; fraktal yapı (kaotik ‘‘imza’’) anlaşılmadıkça bu sistemin gelecekteki davranışları önceden tahmin edilemez. Hayatın kendisinin, bunu oluşturan tüm etmenlerle birlikte (hücrelerimiz, organlarımız, tüm bedenimiz, tüm fizyolojimiz, ruh durumumuz, diğer insanlarla olan ilişkilerimiz, toplumsal hayatımız, vs.) ‘‘dinamik’’ ve dolayısıyla kaotik olduğu kabul edilmektedir. Kaotik imzanın yapısını ve nasıl çalıştığını ortaya koyabilmek günümüz biliminin odaklandığı noktadır.

İnsan fizyolojisine ait kaotik imza araştırılıp ortaya konduğa, ‘‘fraktal bozulma’’ ile kendini gösteren ‘‘hastalıkların’’ tanısında belki karşımıza yeni ufuklar açılacaktır; böylece hastalıkların daha erken ve kolay tanınmasında büyük ilerlemeler sağlayabileceğiz. Hastalıkların fraktal analizleri konusunda genel yorumlar yapmak için henüz erken olmakla birlikte, var olan sınırlı çalışmada ümit verici bulgular elde edilmiştir (Kido, Kuriyama, Higashiyama, Kasugai ve Kuroda 2003). Kaos teorisi hastalıkların tedavisinde de farklı bakış açıları getirebilir, böylelikle örneğin kanser gibi yaygın ve tedavi başarısı sınırlı hastalıklarla daha etkin ve başarılı savaşın yolu açılabilir (Janecka 2007).

Fraktal yapı, kaos teorisinin önemli bir özelliğidir ve kişinin sağlık davranışını açıklamada da kullanılabilir. Davranışlar bilgi, eğilim, norm, niyet ve bunun gibi birçok etkene bağlı olarak değişse bile, yine de bir kişinin davranışları arasında ve hatta kişiler arasındaki davranışlarda bir ‘‘tekrar’’ (benzerlik-fraktal) vardır. Bu ‘‘tekrar’’ ortaya çıkartılabilirse, kişinin sağlık davranışları da öngörülebilir (Resnicow ve Vaughan 2006). Bu açıdan bakıldığında, kaos teorisi üzerine çalışmalar devam ettikçe, koruyucu sağlık davra-

nışlarının ve sağlığı geliştirme davranışlarının fraktal “imzası” ortaya konabilir, böylelikle belki de gelecekte kişi ve toplumların davranışlarının “daha sağlıklı” yöne kaydırılması mümkün olabilir.

2. “Yaşam” tümüyle dinamik (kaotik)tir. Dinamik sistemlerde “bütün”, kendileri de dinamik yapıda olan “parçaların” toplamından daha büyüktür. Parçaların arasındaki sınırlar çoğu zaman düzgün değil, iç içe geçmiştir. Yaşamın (biyolojik sistemlerin) anlaşılmasında parçalara ayırmak sınırlı bir kullanıma (doğruluğa) sahiptir. Ne doğada ne de yaşamda keskin sınırlar yoktur, siyah ve beyazın yanında birçok faklı tonda gri renkler de vardır. Sağlık bilimleri (tıp, hemşirelik, eczacılık vs.) hem uygulama hem teori hem de eğitim alanında, birbirlerinden keskin sınırlarla ayrılmış birbiriyle ilişkisiz parçalardan oluşmamalıdır. Son yıllarda ülkemiz sağlık eğitimi sisteminde “klasik” yapı bırakılarak “entegre” eğitime geçiş hızlanmıştır. Sağlığı ve hastalıkları parçalara bölerek (klasik) anlatmak yerine, parçaları birbirleriyle ilişkilendirerek ve parçaların birbirlerine olan etkilerini vurgulayarak anlatmak (entegre eğitim), bu açıdan bakıldığında kaos teorisiyle uyumlu gibi durmaktadır. Benzer şekilde kaotik bakış açısı hemşirelik teorilerinden “holistik” (bütüncül) yaklaşımla da uyum göstermektedir. Buna göre kişinin sağlık bakımı sadece fiziksel ihtiyaçların karşılanmasıyla sınırlanmamalı, sağlık bakımı holistik (bütüncül) olarak kişinin tüm (emosyonel, psikososyal, kültürel, tinsel vs.) ihtiyaçlarını karşılamaya yönelik olmalıdır (Demirsoy, Değirmen ve Kırımlıoğlu 2011; Dossey ve Keegan 2009).

3. “Başlangıç koşullarına hassas bağımlılık” kaos teorisinin en önemli özelliğidir. Bugünkü küçük kararlarımız, yarın büyük ve beklenmedik sonuçlara sebep olabilir. Hem yaşamın (biyolojimizin) kendisi ve hem de sağlık davranışlarımız kaotikse, topluma ait sağlık politikalarının da hiç olmazsa kısmen “kaotik şablona” oturması gereklidir. Kaotik şablona oturmeyen sağlık politikaları, zaman geçtikçe toplum gerçekliğinden uzaklaşır ve anlamsız kalır.

Kaos, insan motivasyonunda ve davranışında rol oynamaktadır (Resnicow ve Vaughan 2006). Sağlık dav-

ransı değişiklikleri açısından başlangıç koşulları şunlardan oluşur: bilgi seviyesi; güncel eğilimler ve ruh durumu; hedef davranışın sıklığı, süresi ve yoğunluğu; sosyal destek; sosyal normlar; genetik yapı ve çok sayıda başka ruhsal ve çevresel durumlar ve özellikler. Sayılan bu başlangıç koşullarında oluşabilecek küçük bir değişiklik, kişinin sağlık davranışında (olumlu veya olumsuz yönde) çok büyük değişikliklere yol açabilir. Örneğin; başlangıç koşullarına hassas bağımlılık kuralına göre, poliklinikte bir hastaya reçete yazma esnasında, sağlık personelinin ağızından çıkan bir kelime ya da ters bir bakış, hastanın sağlık personeline, hastaneye ve hatta ilaca güvenini kaybetmesine ve reçeteye uyum göstermeyerek beklide hastalıktan büyük zararlar görmesine hatta bireyin hayatını kaybetmesine sebep olabilir.

Kaotik sistemler “rastgele” davranmazlar. Ancak “başlangıç koşullarına hassas bağımlılık” kuralı gereğince rastgele olaylardan etkilenebilirler. Yıllarca başarısız denemeler sonrasında bir kimsenin kötü alışkanlığını birden bire bırakması, ya da bırakılmış bir kötü alışkanlığa yıllar sonra yeniden başlanması buna örnek olabilir. Buradaki gibi ani davranış değişikliklerinde dost sohbetleri, eski bir tanıdıktan gelen haber, tanıdık birinin ölümü, gazete yazıları, gazete-televizyon haberleri, vs gibi gündelik hayattaki “rastgele” olaylar tetikleyici olabilir.

4. Kaotik sistemlerin bir başka özelliği “çekicilerin” (attractor) varlığıdır. Bir kaotik sistemde analizi yapılmış ve detayları ortaya çıkarılmış çekiciler, sistem davranışının çözümlenmesini ve dolayısıyla geleceğin kısmen dahi olsa “öngörülmesini” sağlar. Örneğin; 10 farklı öğretmenin derslerine girdiği hemşirelik birinci sınıf öğrencileri arasında derse ilgi, karşılıklı iletişim, model alma, vs gibi birçok değişken açısından eğer iki öğretmen diğer öğretmenlerden açık ara öne çıkıyorsa, bu iki öğretmen bu sistemin (yani, birinci sınıf öğrenci eğitiminin) “çekicileri” olurlar. Bu çekicilerin analizi (bu iki öğretmenin hangi özelliklerinin öğrencilerce daha fazla sevildiğinin ya da öğrencilerin öğretmenlerinde hangi özellikleri sevdiğinin ortaya çıkarılması) ile

diğer öğretmenler davranışlarını buna göre değiştirebilirler ve okul yönetimi eğitim sistemini buna göre değiştirebilir. Böylelikle eğitim kalitesi ve eğitimden memnuniyet seviyesi artırılabilir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Kaos Teorisi bir yandan sağlık- hastalık kavramları ve tedaviler hakkında mevcut bazı kabulleri sorgulamamıza, diğer yandan da bu alanlarda yeni ufuklar açıp daha doğru çözümlere ulaşmamıza yol açacak gibi durmaktadır.

KAYNAKLAR

Babloyantz, A., Destexhe, A. (1986). Low dimensional chaos in an instance of epilepsy. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 83(10): 3513-3517.

Demirsoy, N., Değirmen, N., Kırımlioğlu, N. (2001). The place and importance of the concept of holism in health services: Review. *Türkiye Klinikleri J Med Ethics*, 19(3): 164-74.

Dossey, B. M., Keegan, L. (Eds.) (2009). *Holistic Nursing: A Handbook for Practice*. 5th ed., Jones & Bartlett Learning Publishers, Sudbury.

Goldberger, A. L. (2006). Complex systems. *Proceedings of the American Thoracic Society*, 3(6): 467-471.

Higgins, J. P. (2002). Nonlinear systems in medicine. *Yale Journal of Biology and Medicine*, 75(5-6): 247-260.

Janecka, I. P. (2007). Cancer control through principles of system science, complexity, and chaos theory: A model. *International Journal of Medical Science*, 4(3): 164-173.

Kido, S., Kuriyama, K., Higashiyama, M., Kasugai, T., Kuroda, C. (2003). Fractal analysis of internal and peripheral textures of small peripheral bronchogenic carcinomas in thin-section computed tomography: Comparison of bronchioloalveolar cell carcinomas with nonbronchioloalveolar cell carcinomas. *Journal of Computer Assisted Tomography*, 27(1): 56-61.

Kyriazis, M. (2003). Practical applications of chaos theory to the modulation of human ageing: Nature prefers chaos to regularity. *Biogerontology*, 4(2): 75-90.

Lipsitz, L., Goldberger, A. (1992). Loss of 'complexity' and aging: Potential applications of fractals and chaos theory to senescence. *JAMA*, 267(13): 1806-1809.

Lundelin, K., Vigil, L., Bua, S., Gomez-Mestre, I., Honrubia, T., Varela, M. (2010). Differences in complexity of glycemic profile in survivors and nonsurvivors in an intensive care unit: A pilot study. *Critical Care Medicine*, 38(3): 849-854.

Peng, C. K. ve ark. (2002). Quantifying fractal dynamics of human respiration: Age and gender effects. *Annals of Biomedical Engineering*, 30(5): 683-692.

Resnicow, K., Vaughan, R. (2006). A chaotic view of behavior change: A quantum leap for health promotion. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 3: 25.

Varela, M., Ruiz-Esteban, R., De Juan, M. J. M. (2010). Chaos, fractals, and our concept of disease. *Perspectives in Biology and Medicine*, 53(4): 584-595.

Afet Yönetiminde Halk Sağlığı Hemşiresinin Rol ve Sorumlulukları

Public Health Nurses' Roles and Responsibilities in Disaster Management

Hülya DEMİRBAŞ*, Ayşe SEZER**, Ayşe ERGUN***

İletişim/Correspondence: Ayşe SEZER Adres/Address: Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi (Hemşirelik Bölümü) Haydarpaşa Yerleşkesi, İstanbul Tel: 0216 330 20 70/1122 Fax: 0216 418 37 73 E-mail: ayses_18_9@hotmail.com

ÖZ
Afet yönetimi Toplum Sağlığı Merkezleri'nin görevleri arasında yer almakla birlikte hemşirelerin afet yönetimindeki görev ve sorumlulukları kapsamında yeterli bilgi bulunmamaktadır. Toplumun genel yapısı ve sağlık durumu hakkında kapsamlı bilgiye sahip olmaları, program planlama, toplumu değerlendirme ve grup dinamiklerinde uzman olmaları nedeniyle halk sağlığı hemşireleri afet yönetiminde anahtar role sahiptir. Bu makalede halk sağlığı hemşireliği kavramı toplum temelli alanlarda çalışan hemşireler için kullanılmıştır. Halk sağlığı hemşirelerinin afet yönetimine aktif katılması için üzerine düşen sorumlulukları bilmesi önemlidir. Bu makalede ülkemizde afete hazırlık konusundaki araştırmalar ile mevcut durum incelenmiş, halk sağlığı hemşirelerinin afet yönetimindeki rol ve sorumlulukları hazırlık, yanıt ve iyileşme aşamalarında açıklanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Afetler, halk sağlığı hemşireliği, afet yönetimi.

ABSTRACT

Disaster management takes places among tasks of Community Health Centers; however there is not enough information about scope of duties and responsibilities of nurses in disaster management. Public health nurses have comprehensive information about general structure of the society and health status, program planning, community assessment and specialist in group dynamics so they have a key role in disaster management. Concept of public health nursing issued for nurses who work in community health-based organizations in this article. It is important knowing responsibilities of public health nurses for participating actively in disaster management. In this paper the current situation in the country is reviewed in line with research on disaster preparedness, public health nurses' roles and responsibilities in disaster management is explained as preparedness, response and recovery phases.

Key Words: Disasters, public health nursing, disaster planning.

GİRİŞ

“Felaket başa gelmeden önce onu önleme, ondan korunma çarelerini düşünmek gerekir”.

Mustafa Kemal ATATÜRK

Dünya Afet Raporu 2010 verilerine göre 2009 yılında dünya çapında 351 doğal afet ve 225 teknolojik afet yaşanmıştır. Son on yılda yaşanan toplam doğal afet sayısının 10.551 ve bu afetlerden etkilenen kişi sayısının 142 milyon olduğu, yaşanan toplam teknolojik afet

*Hemşire Üsküdar Toplum Sağlığı Merkezi, **Arş.Gör. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, ***Yard. Doç.Dr. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

Yazının gönderilme tarihi: 18.05.2012

Yazının basım için kabul tarihi: 04.03.2013

sayısının ise 6.707 ve etkilenen kişi sayısının 33.000 olduğu bildirilmektedir. Bu rapora göre ülkemizde 2009 yılında afetlerden ölen kişi sayısı 81, etkilenen kişi sayısı 35.137, son on yıl içerisinde afetlerden ölen kişi sayısı 864 ve etkilenen kişi sayısı 773.348'dir (World Disaster Report 2010). Yaşanma sıklığının yüksek olması ve toplumdaki yıkıcı etkileri nedeniyle her ülkenin afet olayları karşısında uygun afet yönetimi stratejileri geliştirmesi gerekmektedir. Afet yönetimi, afetlerin önlenmesi ve zararların azaltılması için, afet öncesi, afet anı ve afet sonrası yapılması gerekenlerin belirlenmesi, afetten etkilenen bireyler için gerekli sağlık bakım hizmetlerinin sağlanması ve güvenli bir çevrenin sürdürülmesi amacıyla olası olumsuz etkilerin düzenlenmesidir. Başarılı bir afet yönetimi için afet yönetim planının açık şekilde belirlenmiş olması zorunludur (Putra, Petpichetian ve Manewat 2011; Yamamoto 2008).

Afet yönetimi planının geliştirilmesinde çeşitli sektörlerin işbirliğine (polis, itfaiye, acil kurtarma ekipleri, sağlık personelleri, sivil savunma ekipleri v.b) ve multidisipliner bir yaklaşıma ihtiyaç vardır (Savage ve Kub 2009). Afetler hangi nedenle olursa olsun ölüm, yaralanma, sakatlanma ve hastalanma gibi doğrudan sağlıkla ilgili olaylarla sonuçlandığından sağlık sektörü üzerinde en çok durulan alandır. Sağlık profesyonelleri içinde özellikle acil çalışanları, ruh sağlığı çalışanları ve halk sağlığı çalışanları afet yönetim planına dahil edilmektedir. Ülkemizde *Afetlerde Sağlık Organizasyonu Projesi* kapsamında illerde oluşturulan "Afetlerde Sağlık Hizmetleri Birimleri" içinde yer alan "Ulusal Medikal Kurtarma Ekibi"nin %31'ini hekim, %24'ünü ebe ve hemşire, %27'sini sağlık memuru ve %8'ini acil tıp teknisyenleri oluşturmaktadır (Arslan, Kaya ve Şahinöz 2007).

Sağlık çalışanları içerisinde hemşirelerin sayıca fazla olması afet yönetimindeki rollerini daha önemli kılmaktadır. Hemşirelerin epidemiyoloji, farmakoloji, sosyoloji, psikoloji, iletişim, işbirliği ve problem çözme süreci (veri toplama, sağlık değerlendirmesi, öncelikleri belirleme, stratejileri/girişimleri planlama ve uygulama) konusunda yeterli bilgi ve becerilere sa-

hip olmaları bu konudaki etkinliklerini arttırmaktadır (Truglio-Londrigan ve Lewenson 2010; WHO 2006). Afet durumlarında oluşabilecek sağlık tehlikeleri ve yaşamı tehdit edici zararları en aza indirmek amacıyla, hemşireler afet süreci boyunca sağlık yönetimi, yardım sağlama ve bakım vermede görev alırlar (ICN 2009; Gebbie ve Querishi 2002).

Amerikan Halk Sağlığı Derneği'ne (APHA) göre Hemşirelik ve Halk Sağlığı felsefesi doğrultusunda çalışan halk sağlığı hemşireleri birey, aile ve gruplara yönelik sağlığın geliştirilmesi, hastalıkların/yaralanmaların önlenmesi ve sağlığın sürdürülmesi için stratejiler geliştirir (<http://www.apha.org>). Halk sağlığı hemşireleri günlük uygulamalarında toplum odaklı çalışması, toplumun genel yapısı ve sağlık durumu hakkında kapsamlı bilgiye sahip olması, program planlama, toplumu değerlendirme ve grup dinamiklerinde uzman olmaları nedeniyle afete hazırlıkta anahtar role sahiptir (Fung 2008; ICN 2009; Lundy ve Butts 2009; Putra ve ark. 2011). Halk sağlığı hemşireleri; afet nedeniyle oluşabilecek sağlık tehlikeleri ve yaşamı tehdit edici zararları, hemşirelik uygulamaları ile en aza indirmeye çalışır (Gebbie ve Querishi 2002; ICN 2009). Uygulamalar kapsamında, afet dönemi boyunca sağlık yönetimi, yardım sağlama ve bakım vermede rol alır (Putra ve ark. 2011).

Bu makalede Halk Sağlığı Hemşiresi kavramı aile sağlığı merkezleri, huzurevleri, işyerleri, okullar gibi toplum temelli alanlarda çalışan hemşireler için kullanılmıştır. Bu alanlardan biri olan Toplum Sağlığı Merkezlerinin görevleri arasında afet yönetimi yer almakla birlikte hemşirelerin görev ve sorumlulukları kapsamında yeterli bilgi yer almamaktadır (www.saglik.gov.tr). Ayrıca Türkçe literatürde bu konuda yeterli kaynak bulunmamaktadır. Bu makalede ülkemizde afete hazırlık konusunda yapılan çalışmalar doğrultusunda mevcut durum incelenerek halk sağlığı hemşirelerinin afet yönetimindeki rol ve sorumlulukları hazırlık, yanıt ve iyileşme aşamalarında açıklanmıştır. Makalenin Toplum Sağlığı Merkezleri, ev, okul, işyeri gibi diğer toplum temelli alanlarda çalışan hemşire ve akademisyenler için yararlı olacağı düşünülmektedir.

Afete Hazırlık Konusunda Mevcut Durum

Afete hazırlık konusunda her ülkenin benimsediği farklı stratejiler bulunmaktadır. Bu stratejiler doğrultusunda çalışan kuruluşlar mevcuttur. Amerika Birleşik Devletleri'nde olağanüstü durumlardan sorumlu Federal Acil Durum Yönetim Kurumu (FEMA)'dur. Bu kurum olası afet durumlarına hazırlıklı olup, sivil toplum kuruluşları ve gönüllüler ile işbirliği içinde çalışır. Kurumun çalışma şekli Federal Afet Planı ile belirlenmiştir. Bu plana göre, 12 ayrı acil yardım fonksiyonu belirlenmiş ve yangın söndürmeden tıbbi hizmetlere, enkaz kaldırmadan gıda maddesi sağlamaya kadar tüm bu fonksiyonların hangi ekipler tarafından, hangi kaynaklar ile ne şekilde sağlanacağı önceden organize edilmiş olup ilgililer ve yetkililer tarafından bilinmektedir. Japonya'da "Ulusal Afet Erken Uyarı ve Yönetim" sistemi vardır. Ülkede 2004 yılında Japon Acil Yardım Ekibi kurulmuş, hemşireler bu ekipte aktif olarak çalışmaktadır (Nazarov 2011). Türkiye'de ise halen uygulanmakta olan afet yönetim sistemi, 1959 yılında çıkarılan 7269 sayılı "Umumi Hayata Müessir Afetler Dolayısıyla Alınacak Tedbirlerle Yapılacak Yardımlara Dair Kanun" ile belirlenmiş, ancak planlama afet sonrası kurtarma işlemlerine yönelik yapılmıştır (Erkal ve Değerliyurt 2011).

Afete hazırlık konusunda sağlık kurumları ve sağlık profesyonellerinin hazırlıkları oldukça önemli olmakla birlikte, çoğunluğu hastane temelli olan yurt içi-yurt dışı kaynaklı çalışmalar sağlık kurumları ve profesyonellerinin yeterince hazır olmadığını göstermektedir (Army, Kjai, Lewis ve Rogers 2006; Çakmak, Aker, Can Öz ve Er Aydın 2010; Fung 2008; Gomez, Haas, Ahmed, Tien, Nathens 2011; Grenberg 2002; Kokcu, Kuguoglu ve Ergun 2012; Vatan ve Salur 2010). Vatan ve Salur (2010) tarafından İzmir'de yapılan çalışmada; hastanelerin %78'inin afet anında hükümet ve diğer sağlık kurumlarıyla iletişim planı olmadığı belirlenmiştir. Çakmak ve ark. (2010) tarafından Kocaeli İli 112 Acil Yardım Biriminde çalışan sağlık personeli ile yapılan çalışmada; personelin %53'ünün afet durumunda görev yerini, %60'ının afet esnasında görevlerini bilmediği, %35'inin afetteki görev ve sorumlulukları ile ilgili düzenlenen hizmet içi eğitimlere katılmadığı saptanmıştır. Kokcu ve ark. (2012) tarafından İstanbul'da yapılan çalışmada; ortaöğretim kurumlarının %55'inin afete hazırlıklı olmadığı, var olan afet planlarının çalışanların %45'i tarafından okunmadığı saptanmıştır. Army ve ark. (2006) tarafından Los Angeles'te yapılan çalışmada hastanelerin %56'sında afet tahliye planı, %84'ünde afete yönelik personel eğitimi için kurumlar arası işbirliği olmadığı belirlenmiştir. Grenberg ve ark. (2002) tarafından yapılan çalışmada; Philadelphia'da acil birimlerde çalışan yöneticilerin %61'i acil durumlardaki iletişim planından habersizdir. Gomez ve ark. (2011) Kanada'da yaptıkları çalışmada; travma merkezlerinin %65'inde afet planı mevcut iken merkezdeki yöneticilerin üçte birinin plandan haberdar olmadığı, %59'unun afet durumunda ilk 72 saatte ne yapacağını bilmediği saptanmıştır. Fung (2008); Hong Kong'da hastanede çalışan hemşirelerin sadece %61'inin hastane afet planından haberdar olduğunu, %39'unun afet anında hastane afet planını takip edeceğini, %35'inin yöneticileri tarafından yönlendirilmeyi bekleyeceklerini belirtmiştir. Tüm bu çalışmalara bakıldığında yurt dışı çalışmalarda ülkelerin afet planlarının olduğu ancak uygulamada çalışanların bilgi eksikliğine bağlı sıkıntı yaşandığı, ülkemizde ise hem afet öncesi plan hazırlığında hem de çalışanların bilgi durumunda sorun olduğu görülmektedir. Ayrıca hemşireleri içeren çalışmaların sonuçları hemşirelerin büyük bölümünün planlardan haberdar olmadığını göstermekte ve afete hazırlık konusunda eğitilmesi gerektiğini vurgulamaktadır.

Afete hazırlık konusunda sağlık kurumları ve sağlık profesyonellerinin hazırlıkları oldukça önemli olmakla birlikte, çoğunluğu hastane temelli olan yurt içi-yurt dışı kaynaklı çalışmalar sağlık kurumları ve profesyonellerinin yeterince hazır olmadığını göstermektedir (Army, Kjai, Lewis ve Rogers 2006; Çakmak, Aker, Can Öz ve Er Aydın 2010; Fung 2008; Gomez, Haas, Ahmed, Tien, Nathens 2011; Grenberg 2002; Kokcu, Kuguoglu ve Ergun 2012; Vatan ve Salur 2010). Vatan ve Salur (2010) tarafından İzmir'de yapılan çalışmada; hastanelerin %78'inin afet anında hükümet ve diğer sağlık kurumlarıyla iletişim planı olmadığı belirlenmiştir. Çakmak ve ark. (2010) tarafından Kocaeli İli 112 Acil Yardım Biriminde çalışan sağlık personeli ile yapılan çalışmada; personelin %53'ünün afet durumunda görev yerini, %60'ının afet esnasında görevlerini bilmediği, %35'inin afetteki görev ve sorumlulukları ile ilgili düzenlenen hizmet içi eğitimlere katılmadığı saptanmıştır. Kokcu ve ark. (2012) tarafından İstanbul'da yapılan çalışmada; ortaöğretim kurumlarının %55'inin afete hazırlıklı olmadığı, var olan afet planlarının çalışanların %45'i tarafından okunmadığı saptanmıştır. Army ve ark. (2006) tarafından Los Angeles'te yapılan çalışmada hastanelerin %56'sında afet tahliye planı, %84'ünde afete yönelik personel eğitimi için kurumlar arası işbirliği olmadığı belirlenmiştir. Grenberg ve ark. (2002) tarafından yapılan çalışmada; Philadelphia'da acil birimlerde çalışan yöneticilerin %61'i acil durumlardaki iletişim planından habersizdir. Gomez ve ark. (2011) Kanada'da yaptıkları çalışmada; travma merkezlerinin %65'inde afet planı mevcut iken merkezdeki yöneticilerin üçte birinin plandan haberdar olmadığı, %59'unun afet durumunda ilk 72 saatte ne yapacağını bilmediği saptanmıştır. Fung (2008); Hong Kong'da hastanede çalışan hemşirelerin sadece %61'inin hastane afet planından haberdar olduğunu, %39'unun afet anında hastane afet planını takip edeceğini, %35'inin yöneticileri tarafından yönlendirilmeyi bekleyeceklerini belirtmiştir. Tüm bu çalışmalara bakıldığında yurt dışı çalışmalarda ülkelerin afet planlarının olduğu ancak uygulamada çalışanların bilgi eksikliğine bağlı sıkıntı yaşandığı, ülkemizde ise hem afet öncesi plan hazırlığında hem de çalışanların bilgi durumunda sorun olduğu görülmektedir. Ayrıca hemşireleri içeren çalışmaların sonuçları hemşirelerin büyük bölümünün planlardan haberdar olmadığını göstermekte ve afete hazırlık konusunda eğitilmesi gerektiğini vurgulamaktadır.

Afet Yönetiminde Halk Sağlığı Hemşiresinin Sorumlulukları

Afet yönetiminde genel olarak hemşireler önemli rolere sahip olmakla birlikte halk sağlığı hemşireleri hastanelerde çalışan hemşirelerden farklı olarak sadece hasta olan bireye değil çoğunluğu sağlıklı olan toplum gruplarına hizmet verir. Bu nedenle hemşireler afet yönetiminde öncelikleri belirleme, triaj ve akut bakım gibi görevlerde aktif çalışırken, halk sağlığı hemşireleri toplumun afet yönetimine katılımını sağlama, afet bölgesinde hastalıkları tarama, sağ-

lık eğitimi, gerekli halk sağlığı hizmetlerini sağlayabilme, toplumsal kaynakların sevki ve iletişim, toplum savunuculuğu, danışmanlık, triaj, acil ihtiyaçları saptama, psikolojik destek gibi birçok göreve sahiptir (Jackeway, La Rosa, Cary ve Schoenfish 2008, Magnaye, Lindsay, Ann, Gilbert ve Heather 2011). Halk sağlığı hemşirelerinin afet yönetimindeki sorumlulukları hazırlık, yanıt ve iyileşme olarak 3 aşamada incelenmektedir (Şekil 1).



Şekil 1. Afet Yönetimi

Kaynak: Veenema, G. T. (2007). *Disaster preparedness, Disaster Nursing on Emergency Preparedness for Chemical, Biological on Radiological Terrorism Disaster Nursing on Emergency Preparedness for Chemical, Biological on Radiological Terrorism and Other Hazards and Other Hazards. 2nd ed., Springer Publishing Company, New York, 1-18.*

Hazırlık Aşaması

Afet meydana gelmeden önce afetin olası etkilerinin azaltılmasına yönelik bir afet yönetim planının yapıldığı dönemdir (Beachley 2000). Bu dönemde yapılan tüm faaliyetlerin amacı; toplumda afet riski ve etkilerini azaltmak, böylece yaşam kurtarmaktır (ICN 2009). İyi organize edilmiş bir afet planı etkili hazırlığa dayanmaktadır (Powers 2010). Bu süreçte hastaneler, sivil toplum kuruluşları, polis, medya, itfaiye, kurtarma ekipleri gibi ilgili tüm birim ve kişilerin işbirliği gerekir (Truglio-Londrigan ve Lewenson 2010). Planlamada sağlık bakım profesyonellerinin afetteki sorumluluklarının açıkça belirlenmesi, afet öncesi personelin eğitimi, afet iletişim ve yanıt planının geliştirilmesi, afet durumunda gerekli malzeme temini, mobil sağlık hizmetlerinin planlanması ve temini için ek kaynakların belirlenmesi gereklidir (Çakmak ve ark. 2010; Hasmiller 2006). Halk sağlığı hemşiresinin hazırlık aşamasındaki çalışmaları afetin yanıt ve iyileşme aşamalarında ki başarının belirleyicisi olduğundan oldukça önemlidir (Putra ve ark. 2011).

Bu aşamada halk sağlığı hemşiresinin sorumlulukları;

- Gelecek afet planının yapılmasında geçmişteki afetler ve yapılan uygulamaları bilerek bunlardan yararlanması önemlidir. Bu nedenle işbirliği yapılacak organizasyonlar, toplumun afet geçmişi ve afetlerin sağlık bakım sistemini nasıl etkilediği bilinmelidir (Hasmiller 2006).
- İnsanların çoğu afetin olacağına ihtimal vermediğinden herhangi bir önlem alma gereği duymamaktadır. Halk sağlığı hemşireleri sorumlu olduğu bölgedeki ev, işyeri, okul gibi toplumsal alanlarda çeşitli eğitim programları ve afet tatbikatları organize ederek toplumun farkındalığını arttırmalıdır (Hasmiller 2006; ICN 2009; Landesman ve ark. 2003).
- Halk sağlığı hemşireleri çalıştığı toplumsal alanlarda diğer ekip üyeleri ile işbirliği içinde risk analizi yaparak tehlikeleri haritalandırmalı ve güvenlik eksikliklerini listelemelidir (Veenema 2007).

Yanıt Aşaması

Bu aşamada temel hedef afet nedeniyle toplumda oluşabilecek hastalık ve ölüm oranlarını en alt düzeyde tutmaktır (Hasmiller 2006). Bu amaç doğrultusunda odaklanılması gereken konular; hayat kurtarma, ilk yardım ve acil müdahaledir (ICN 2009). Afet sona erdikten hemen sonra halk sağlığı hemşiresi hızlı bir şekilde kurtarma güçleri ile birlikte hayat kurtarma çalışmalarına başlar. Bu çalışmalar kapsamında öncelikli olarak triaj yapılır. Triaj yaralıların yaralanma tiplerine, o andaki durumlarına göre sınıflandırıp, acil müdahale, tedavi ve tahliye konularında öncelikli olanların belirlenmesidir (Olgun, Kuşuoğlu ve Eti Aslan 2003). Amaç mümkün olduğunca çok sayıda kişinin hayatını kurtarmaktır. Bunu gerçekleştirebilmek için sağlık ekipleri Tablo 1'deki afet triaj stratejisini kullanır.

Hemşire ve diğer acil personeli triajı yaparken, bu sürede doktorlar kritik durumdaki yaralıların acil bakım müdahalesi ile ilgilenir (Beachley 2000). Bu açıdan bakıldığında hemşirelerin ve acil personelinin triaj stratejilerini bilmeleri oldukça önemlidir. Ancak yapılan sınırlı sayıda çalışmada bu konuda farklı sonuç-

Tablo 1. Afet Triaaj Stratejisi

Öncelik sırası	Renk kodu	Triaaj kategorisi	Tıbbi Durumu
İlk öncelik	kırmızı	Acil: Yaşamı tehdit eden yarası olup hayatta kalma olasılığı olan, hipoksik ya da hipoksiye yakın afetzedeler	Şok, akciğer yaralanması, iç kanama, kafa travmaları, %20-60 oranında vücut yanıkları
İkinci öncelik	sarı	Geciktirilebilir: Sistemik etki ve komplikasyonlara yol açan yarası olan ancak henüz hipoksi ya da şokta olmayan, 30-60 dakika acil müdahale edilmeksizin bekleyebilecek yaralılar	Fraktür, spinal yaralanmalar, geniş çaplı ezikler, vücut yüzeyinde %10-20 oranında yanıklar, medikal aciller (diyabetik koma, epileptik atak gibi)
Üçüncü öncelik	yeşil	Bekleyebilir: Acil komplikasyonları olmayıp bölgesel yaralanmaları olan ve medikal müdahale için birkaç saatten fazla bekleyebilecek yaralılar	Burkulma, ezilme, küçük çaplı yanıklar

Kaynak: Putra, A., Petpichetian, W., Manewat, K. (2011). Review: Public health nurses' roles and competencies in disaster management. Nurse Media Journal of Nursing, 1(1): 1-14.

lar yer almaktadır. Ülkemizde Özdemir ve Sarıkamış (2006) tarafından yapılan çalışmada Ankara ili üniversite hastanelerinin acil servislerinde çalışan sağlık personelinin %83'ü gibi oldukça yüksek bir oranın triaja bilmediği belirtilmekte iken; Japonya'da 823 hemşire üzerine yapılan bir çalışmada hemşirelerin %31'inin triaja bilmediği ifade edilmektedir. Triajdan hemen sonra primer amaç yaralıların bölgeden tahliye edilmesidir. Tahliye işleminde hemşire, mevcut taşıma araçları, hava koşulları, yolların durumu, afet bölgesi ile hastaneler arasındaki mesafe gibi birçok faktörü göz önünde bulundurmalıdır (Beachley 2000). Halk sağlığı hemşireleri tahliye işleminden hemen sonra toplumun mevcut durum ve ihtiyaçlarını değerlendirerek barınma, yiyecek-su sağlama, bağışıklama, sanitasyon, psikolojik destek sağlama, iletişim ve nakil yollarının kurulması yeniden yapılanması ve toplumdaki enfeksiyon hastalıklarının erken teşhisinde görev alır (Powers 2010; Putra ve ark. 2011).

İyileşme Aşaması

İyileşme aşaması afetin ilk olumsuz etkilerinin ortadan kalkmasıyla hayatın normale dönmeye başladığı yeniden yapılanma ve rehabilitasyon dönemidir. Bu aşamada temel hedef, zarar gören sağlık bakım sistemi ve toplumun en kısa sürede normale dönmesi, gelecekte olası afetlerin yönetim planının oluşturulması, afet personeli ve toplumun güçlendirilmesidir (Basavanthappa 2008, Putra ve ark. 2011). Bu dönemde sa-

katlık ve yaralanmalar, enfeksiyon riski gibi sağlık sorunlarının yanında anksiyete, depresyon, post travmatik stres bozukluğu gibi mental sorunlar görülebilmektedir. Ayrıca barınma, yiyecek sağlama, çevre güvenliği gibi gereksinimlerin karşılanması önemlidir. Bu aşama afetin toplum üzerindeki yıkıcı etkilerinin tamirini içerdiğinden halk sağlığı hemşiresinin rolü hazırlık ve yanıt aşamasındaki rollerinden daha geniştir (Basavanthappa 2008; Hasmilller 2006).

Bu aşamada halk sağlığı hemşiresinin sorumlulukları;

- Afete bağlı oluşan hastalık, sakatlık ve yaralanmalarda fiziksel ve psikososyal bakım ihtiyacı olan bireylerin tıbbi ve hemşirelik bakımını yürütür.
- Birey, aile ve toplum için devam eden sağlık tehlikelerini belirleyerek diğer disiplinlerle işbirliği içinde yönetimini sağlar.
- Çevre sağlığını tehdit edebilecek durumların (kemiriciler, ölü hayvanlar v.s) kontrolünü sağlar.
- Afet bölgesindeki bağışıklama hizmetlerini organize eder.
- Gıda güvenliği ve hastalıkların surveyansı işlevlerini yürütür.
- Mental sorunlar için destek ve danışmanlık hizmeti verir. Afetin iyileşme dönemi içinde afetzedelerdeki mental sorunlar önemli bir yere sahiptir. Mental sorunlar arasında umutsuzluk, depresyon, tükenmişlik, keder, post travmatik stres bozukluğu görülebilmektedir. (Basavanthappa 2008; Hasmilller

2006). Bu aşamada halk sağlığı hemşireleri bireyleri dikkatli dinlemeli, hislerini açıklamalarını desteklemeli, ilerleyen süreçte gerçeği kabullenmeleri ve problemleri ile başa çıkabilmede yeni yollar geliştirmeleri için destek ve danışmanlık hizmeti vermelidir (Basavanhappa 2008; Hasmiller 2006; ICN 2009; Powers 2010; Veenema 2007).

SONUÇ VE ÖNERİLER

Sonuç olarak dünyada afetlerin yaşanma sıklığı ve afetlere bağlı hastalık, ölüm, sakatlanma, işgücü ve mali kayıplardaki artış her ülkenin afet yönetimi için hazır olmasını gerektirmektedir (Putra ve ark. 2011). Afet yönetiminde birçok disiplinin koordinasyon ve desteğine ihtiyaç vardır. Sağlık bakım profesyonellerinden biri olan hemşirelere özellikle toplumda çalışan halk sağlığı hemşirelerine afet yönetiminin tüm aşamalarında büyük sorumluluklar düşmektedir. Yapılan çalışmalar ülkemizde hemşirelerin afetlere hazırlık konusunda yeterli olmadığını göstermektedir. Etkin bir afet hazırlığı ve yönetimi yapılabilmesi için tüm üniversitelerin hemşirelik lisans eğitiminde afet yönetimini içeren bir düzenleme yapılması, çalışanlar için ise sertifika programları ve hizmet içi eğitimler yapılması önerilebilir.

KAYNAKLAR

Army, H., Kjai, M., Lewis, M.D., Rogers, J. (2006). Hospital disaster preparedness in Los Angeles country. *Academic Emergency Medicine*, 3(11): 1198-1230.

Arslan, Ü., Kaya, M., Şahinöz, T. (2007). Afetlerde sağlık organizasyonu. TMMOB Afet Sempozyumu Bildiri Kitabı, Mattek Matbaacılık, Ankara, 467-471.

Basavanhappa, B.T. (2008). *Disaster Nursing. Community Health Nursing*, 2 nd ed., <http://books.google.com/books> (12.03.2011).

Beachley, M. (2000). *Nursing in a disaster*. Smith, C.M., Maurer, F.A. (Ed.). *Community Health Nursing Theory and Practice*, 2nd ed., Saunders Company, United States, 424-444.

Çakmak, H., Aker, A.T., Can Öz, Y., Er Aydın, R. (2010). Kocaeli ili 112 acil yardım birimlerinde çalışan personelin Marmara depreminden etkilenme ve olası afete hazırlık durumunun saptanması. *Akademik Acil Tıp Dergisi*, 2: 83-88.

Erkal, T. ve Değerliuyurt, M. (2011). Türkiye’de afet yönetimi, *Doğu Coğrafya Dergisi*, 22: 147-164.

Fung, W. M. O. (2008). Disaster preparedness among Hong Kong nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 62(6): 698-703.

Gebbie, K. M., Qureshi, K. (2002). Emergency and disaster preparedness: Core competencies for nurses: What every nurse should but may not know. *The American Journal of Nursing*, 102: 46-51.

Gomez, D., Haas, B., Ahmed, N., Tien, H., Nathens, A. (2011). Disaster preparedness of Canadian trauma centers: The perspective of medical directors of trauma. *Canadian Medical Association Journal*, 54(1): 9-16.

Grenberg, M. I., Gracely, J., Juregens, S. H. (2002). Emergency department preparedness for the evaluation and treatment of victim of biological or chemical terrorist attack. *Journal of Emergency Medicine*, 22(3): 273-278.

Hasmilller, S. B. (2006). *Disaster*. Staphone, M., Lancaste, J., Thomas, L. (Ed.). *Foundation of Nursing in The Community Oriented Practice*, 2nd ed., Mosby, China, 255-272.

ICN (2009). *Disaster planning and relief*, http://www.icn.ch/images/stories/documents/publications/fact_sheets/5a_FSDisaster_Respons e.pdf (04. 25.2011).

Jakeway C. C., La Rosa, G., Cary, A., Schoenfisch S. (2008). The role of public health nurses in emergency preparedness and response: A position paper of the association of state and territorial directors of nursing. *Public Health Nursing*, 25(4): 353-361.

Kokcu, A., Kuguoglu, S., Ergun A. (2012). An assessment of emergency and disaster preparedness in high schools in Istanbul-Turkey. *Health MED*, 6(8): 2620-2634.

Landesman, Y. L ve ark. (2003). Roles and responsibilities of public health in disaster preparedness on response. Novick, L. F. Marr, S. J. (Eds.). *Public Health Issues in Disaster Preparedness Focus On Bioterrorism*. 1-14, <http://books.google.com/books>. (17.03.2011).

Lundy, S. K., Butts, J. B. (2009). *Disaster in the community*. Lundy, S.K., Janes, S. (Ed.), *Community Health Nursing Caring for Public’s Health*. 2.nd ed., Jones and Barletts Publishers, United States, 570-609, <http://books.google.com/books> (17.03.2011).

Magnaye, B., Lindsay, S., Ann, M., Gilbert, R., Heather, J. (2011). The role, preparedness and management of nurses during disasters, *International Scientific Research Journal*, 3(4): 270-294.

Nazarov E. (2011). *Emergency Response Management in Japan*, Asian Disaster Management Center, http://www.adrc.asia/aboutus/vrdata/finalreport/2011A_AZE_Emin_FRR.pdf. (11.02.2013).

Olgun, N., Kuğuoğlu, S., Eti Aslan, F. (2004). Triaj: Acil bakımda önceliklerin belirlenmesi ve pediatrik triajın önemi, Şelimen, D. (Ed.), *Acil Bakım, Genişletilmiş 3. Baskı*, Yüce Yayım, İstanbul, 59-86.

Özdemir, C. L., Sarıkamış, E. (2006). Ankara ilinde üniversite hastanelerinin doğal afetlere ilişkin hazırlığı. *Dahili Tıp Bilimleri*, 1(1): 19–26.

Powers, R. (2010). Introduction to disaster and disaster nursing. Daily, E. (Ed.), *International Disaster Nursing*, Cambridge University Press, New York, 1-12, <http://books.google.com/books>. (17.03.2011).

Putra, A., Petpichetian, W., Manewat, K. (2011). Review: Public health nurses' roles and competencies in disaster management. *Nurse Media Journal of Nursing*, 1(1): 1-14.

Sağlık Bakanlığı (2010). Aile hekimliğinin pilot uygulandığı illerde Toplum Sağlığı Merkezleri kurulması ve çalıştırılmasına dair yönerge, www.saglik.gov.tr (04.04.2011).

Savage, C., Kub, J. (2009). Public health and nursing: A natural partnership. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 6: 2843–2848.

Truglio-Londrigan, M., Lewenson, B. S. (2010). Nursing education and public health nursing, *Public Health Nursing: Practicing Population-Based Care*, Jones and Barlett Learning, United States, 359-382, <http://books.google.com/books> (01.05.2011).

Vatan, F., Salur, D. (2010). Yönetici hemşirelerin hastanelerdeki deprem afet planları konusundaki görüşlerinin incelenmesi. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanat Dergisi*, 3(1): 32-44.

Veenema, G. T. (2007). Disaster preparedness, *Disaster Nursing on Emergency Preparedness for Chemical, Biological on Radiological Terrorism Disaster Nursing on Emergency Preparedness for Chemical, Biological on Radiological Terrorism and Other Hazards and Other Hazards*. 2nd ed., Springer Publishing Company, New York, 1-18.

WHO (2006). The contribution of nursing and midwifery in emergencies, http://www.who.int/hac/events/2006/nursing_consultation_report_sept07.pdf. (17.05.2011).

World Disaster Report (2010). Focus on urban risk. Mc Clean, D.(Ed.), *The International Federation of Red Cross And Red Crescent Societies*, Imprimerie Chirat, Lyons, France, 10-58, <http://www.ifrc.org/Global/Publications/disasters/WDR/WDR2010-full.pdf> (10.04.2011).

Yamamoto, A. (2008). Education and research on disaster nursing in Japan. *Prehospital and Disaster Medicine*, 23(1): 6-7.

<http://www.apha.org> (06.02.2013)

www.saglik.gov.tr (24.04.2011)

Gebelikte Oluşan Rahatsızlıklarda Kanıta Dayalı Uygulamalar

Care for Evidence-Based Applications During Pregnancy

Meltem MECDİ*, Gülay RATHFISCH**

İletişim/Correspondence: Gülay RATHFISCH Adres/Adress: İ.Ü. Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi, Abide-i Hürriyet C. Şişli/İstanbul Tel: 0212 440 00 00/ 27088 Fax: 0212 224 49 90 E-mail: gulumyil@yahoo.com

ÖZ
Gebelik, kadının biyolojik, fizyolojik, bedensel ve ruhsal yönden etkilendiği karmaşık bir süreçtir. Bu süreçte pek çok gebe kadın oluşan değişikliklerle tek başına baş edemez ve profesyonel bir desteğe ihtiyaç duyar. Gebelikte bakım farmakolojik, non-farmakolojik ve alternatif tedaviyi içeren geniş bir çeşitliliğe sahiptir. Fakat bu girişimlerden bazıları her zaman gerçekten gerekli olmayabilmektedir ve anne –fetüs için yarar ve zararları tam olarak aydınlatılmamıştır. Bu derlemenin amacı; gebelikte oluşan rahatsızlıklarda kanıta dayalı uygulamaların incelenmesi ve kanıta dayalı öneriler sunmaktır. Gebelikte oluşan rahatsızlıkların tedavisi için kanıta dayalı kaliteli veriler şunlardır. Bulantı- kusma için; psikolojik destek, acupuncture-acupressure-acustimulation, B6 vitamini kullanımı, burun kanaması ve burun tıkanıklığı için; burun dilatörü kullanımı, yorgunluk için; yoga, üriner sistem enfeksiyonu tedavisi için; kızılçık suyu kullanımı ve genital hijyenin dikkat edilmesidir. Son olarak; beslenme ile ilişkili iyi kaliteli öneriler ise; yeterli ve dengeli kilo ve enerji alınımıdır. Beslenmeye ek olarak gebelikte; sodyum, demir, folik asit kullanımı fetüs ve anne için yararları kanıtlanmış destekleyici tedavilerdir. Sonuç olarak; gebelikte oluşan değişikliklerin tedavi ve bakımında kanıt temelli çalışmaların desteklenmesi ve uygulanması önerilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Gebelik, gebelik ve değişiklikler; hemşirelik bakımı, kanıta dayalı uygulamalar.

ABSTRACT

Pregnancy, a woman's biological, physiological, physical and spiritual aspects of a complex process that is affected. This process alone many of the pregnant women who can not cope with changes, a professional need support. Pregnancy maintenance pharmacological, nonpharmacological and alternative therapy has a wide diversity. However, some of which may not be really necessary these initiatives, not explained for mothers –fetus benefit and harm. The purpose of this review; examination of evidence-based practices related to pregnancy care and to provide evidence-based recommendations. The data are based on the quality of evidence for the treatment of pregnancy disorders. For nausea and vomiting, psychological support, acupuncture-acupressure-acustimulation, the use of vitamin B6, for nasal congestion and epistaxis, nasal dilator use, to fatigue, yoga, for the treatment of urinary tract infections, cranberry juice, that is to use and genital hygiene. Finally, the diet is associated with the proposals good quality, sufficient and balanced weight and energy uptake. In addition to diet during pregnancy, sodium, iron, folic acid, the use of the proven benefits of supportive therapies for the fetus and mother. As a result, changes in pregnancy, treatment and care should be offered support and implement evidence-based studies.

Key Words: Pregnancy, during pregnancy, nursing care, evidence-based practices.

* Hemşire İ.Ü. İstanbul Tıp Fakültesi Kadın Doğum Servisi, ** Yard. Doç. İ.Ü. Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi

Yazının gönderilme tarihi: 23.03.2012

Yazının basım için kabul tarihi: 12.04.2013

GİRİŞ

Kanıt dayalı uygulama, kanıt dayalı tıp, kanıt dayalı hemşirelik konularının önemi son yıllarda daha fazla artmaktadır. Uygulanan hemşirelik girişiminin kanıt temelli olması; uygulamanın etkinliğini ve güvenilirliğini arttırmaktadır (Kocaman 2003; Rathfisch ve Güngör 2009).

Gebelik doğal bir süreç olmasına rağmen; kadının biyolojik, fizyolojik, bedensel ve ruhsal yönden etkilendiği karmaşık bir süreçtir. Gebelikte gerçekleşen doğal süreç çerçevesinde kadının vücudunda bir dizi yapısal ve işlevsel değişiklik meydana gelmektedir. Gebelikte sık görülen problemler, sağlık çalışanları tarafından tedavi gerektirmeyen hafif rahatsızlıklar olarak değerlendirilir. Fakat gebelikte yaşanan problemler kadının bedensel sağlığını ve yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir. (Heaman 1990; Taşkın 2007). Bu derlemenin amacı; gebelikte bakımla ilgili kanıt dayalı uygulamaların incelenmesidir.

Bulantı ve Kusma

Bulantı kusma ile ilgili bakım uygulamaları ve öneriler aşağıda belirtilmiştir;

a. Beslenme şekli ve diyet düzenlenmesi

Bulantı-kusma yaşayan gebenin tedavisinin ilk adımı diyet ve gebenin hayat tarzı değişimine odaklı evde bakım uygulamasıdır. Çevrioğlu (2004)'nin makalesinde son yıllara ait bulantı kusması ve hiperemesis gravidarumun etyopatogenezi ve tedavi uygulamalarıyla ilgili incelemelere göre gebelerin yağlı yiyeceklerden, sebzelere ve lifli gıdalardan, portakal ve limonlu meyve sularından, demir preparatları tahriş edici etkiye sahip olabildiği için bu besin ve preparatların tüketiminden mümkün olduğunca uzak durulmasını önermiştir. Başlıca protein ve karbonhidratlardan oluşan, az miktarda elektrolitli sıvı alınan, küçük ancak sık aralıklı porsiyonlarla beslenmesi gerektiğini önermiştir (Cevrioğlu

Tablo 1: Kanıt Dayalı Uygulamalarda Öneri Düzeyi ve Kanıtların Kalitesi

Öneri Düzeyi
A: Uygun olan tüm hastalara uygulanması kesinlikle tavsiye edilir. Olumlu sonuçları gösteren iyi düzeyde yeterli kanıt bulunmaktadır. Yararları zararlarından oldukça fazladır.
B: Uygun olan tüm hastalara uygulanması tavsiye edilir. Olumlu sonuçları gösteren en az orta düzeyli kanıtlar bulunmaktadır. Yararları zararlarından fazladır.
C: Rutin uygulamayı destekleyen ya da sınırlayan herhangi bir öneri yoktur. Olumlu sonuçları gösteren en az orta düzey kanıtlar bulunmaktadır. Girişimin yararları ve zararları herhangi bir öneri getirilemeyecek şekilde çok yakındır.
D: Asemptomatik hastalarda girişimin rutin uygulanması önerilmemektedir. Girişimin etkisiz olduğunu veya zararının yararından fazla olduğunu gösteren en az orta düzeyli kanıtlar bulunmaktadır.
I: Rutin uygulamayı destekleyen ya da sınırlayan yönde yeterli kanıt bulunmamaktadır. Kanıtlar yetersiz, kötü kalitede, tartışmalı olabilir. Yarar - zarar dengesi belirlenmemiştir.
Kanıtların Kalitesi
İyi: Popülasyonu temsil eden yeterli bir örneklem üzerinde iyi bir yöntemle yapılan ve yürütülen, girişimin sağlık sonuçları üzerine etkisini doğrudan değerlendiren çalışmalardan gelen tutarlı bulguları içeren kanıtlardır.
Orta: Girişimin sağlık sonuçlarına etkisini belirlemede yeterli kanıtlar bulunmaktadır. Ancak çalışmaların sayısı, kalitesi, tutarlılığı, rutin uygulamaya genelleştirilebilmesi ve etkinin doğrudan değerlendirilmemiş olması nedeniyle kanıtların gücü sınırlıdır.
Zayıf: Çalışmaların sayısının veya gücünün sınırlı olması, yöntemlerinde önemli kusurlar olması, kanıt zincirinde önemli eksiklikler olması ve önemli sağlık sonuçları konusunda yetersiz bilgi vermeleri nedeniyle, girişimin sağlık sonuçlarına etkisini belirlemede yeterli kanıtlar bulunmamaktadır.

Kaynak: Rathfisch, G., Güngör, İ. (2009). Doğum eyleminin birinci evresinin yönetiminde kanıt dayalı uygulamalar. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi, 3, 53:64.

lu 2004). Koch, Kenneth, Christine (2003) çalışmalarında, başlangıçta hafif tuzlu tavuk suyu ve biraz rahatlatıcı besinler bir sonraki aşamada ise gebenin hoşuna giden, kokusu rahatsız etmeyen, midede kolayca sindirilebilen yiyeceklerden toplam günde 6 öğüne tamamlanacak sıklıkta basamaklı diyet verilmesini önermişlerdir. Tüm bu diyet uygulamalarına ek olarak günlük ihtiyacı karşılayacak bir vitamin preparatının verilmesi de önerilmektedir (Koch ve ark. 2003).

Tablo 2: Gebelikte Bakım ile İlgili Uygulamalarla İlişkili Öneriler ve Kalite Düzeyleri

Gebelikte Sık Görülen Rahatsızlıklar	Gebelikte Bakımla ilgili Uygulamalar	Öneri	Kanıt Kalite Düzeyi	Yorum
Bulantı- Kusma	Psikolojik destek	A	İYİ	Psikosomatik faktörler bulantı kusma nedenleri arasındadır.
	Acupuncture-acupressure-acustimulation	A	İYİ	En etkili girişimlerden biri
	B6 vitamini kullanımı	B	İYİ	Bulantı-kusmayı tedavisinde etkin bir yöntem. Erken gebelikte görülen bulantı-kusma ataklarını azaltıyor.
	Zencefil kullanımı	C	ORTA	Bulantı-kusmayı azaltıyor. Maternal-fetal toksit etkisi yok. Yapılmış çalışmalar sınırlıdır.
	Beslenme şekli ve diyet düzenlenmesi	I	ZAYIF	Yeterli deneysel çalışma yoktur. Öneri düzeyindedir.
Burun kanaması ve tıkanıklığı	Burun dilatörleri	A	İYİ	Solunum rahatlığı sağlayan etkin bir yöntemdir.
	Burun spreyi	D	İYİ	Etkin bir yöntem değildir.
Yorgunluk	Yoga	A	İYİ	Yapılmış çalışmalar sınırlıdır. Fakat yapılmış çalışmalarda yoga uyku kalitesini arttıran etkin bir yöntem olduğu kanıtlanmıştır.
	Psikolojik destek	B	ORTA	Anksiyete yorgunluk düzeyini artırır.
	Pozisyon/ Dinlenme	B	ORTA	Dinlenme ile yorgunluk azalır. Fakat sürekli aynı pozisyonda, hareketsiz kalmak yorgunlukla pozitif ilişkilidir.
Üriner sistem enfeksiyonu	Kızılıklık suyu	B	İYİ	Etkin bir tedavi yöntemidir. Fakat fetüs üzerindeki yarar-zararları açıklanmamıştır.
	Genital hijyen	B	İYİ	Yanlış genital hijyen alışkanlıkları üriner yol enfeksiyonların oluşumunda etkilidir. Fakat genital bölge temizliği ile ilgili yeterli öneri ve kanıtlar yoktur.
	İç çamaşırı seçimi	I	ZAYIF	Yapılmış çalışma yoktur.
Göğüste hassasiyet	Uygun sütyen giyimi	I	ZAYIF	Öneri düzeyindedir. Yeterli çalışma yoktur.
	Soğuk Uygulama	I	ZAYIF	Öneri düzeyindedir. Yeterli çalışma yoktur
	Hijyen	I	ZAYIF	Öneri düzeyindedir. Yeterli çalışma yoktur
Vajinal akıntıda artma	Genital hijyen	A	İYİ	Yanlış genital hijyen alışkanlıkları enfeksiyonların oluşumunda etkilidir. Fakat yeterli öneri ve kanıt yoktur.

	Vajinal duş yapmamak/ tampon kullanmamak	C	İYİ	Vajinal duşun enfeksiyon oluşumundaki etkisi anlamsız bulunmuştur. Çalışmalar sınırlıdır. Tampon kullanımı hakkında çalışma yoktur.
	İç çamaşırı seçimi	I	ZAYIF	Yapılmış çalışma yoktur.
Mide yanması	Beslenme şekli, diyet, ağız hijyeni, pozisyon	I	ZAYIF	Yapılmış çalışma yoktur. Alternatif yöntemler önerilir.
Ödem	Ayak masajı	B	İYİ	Yararları fazla olan bir yöntemdir.
Beslenme önerileri	Kilo alımı	A	İYİ	Kilo alımı termde ortalama 10-12 kg'dır.
	Enerji alımı	A	İYİ	Gebelik haftasına göre uygun enerji alımı fetus için yararlıdır.
	Sodyum alımı	A	İYİ	Na tüketiminin beslenme üzerinde anlamlı bir etkisi vardır.
	Demir alımı	A	İYİ	Maternal/fetal yaraları vardır.
	Folik asit	A	İYİ	NTD önlenmesinde etkindir.
	Çinko alımı	C	İYİ	Etkinliği çok azdır.
	Kalsiyum	C	ZAYIF	Yeterli çalışma yoktur.
	Magnezyum	C	İYİ	Etkinliği yoktur.
	Dengeli beslenme	C	ORTA	Yeterli çalışma yoktur.
	Flor	I	İYİ	Etkinliği tartışmalıdır.
	Multi-vitamin	I	İYİ	Yarar - zarar dengesi belirlenmemiştir
Fiziksel aktivite	Egzersiz	A	İYİ	Maternal ve fetal yaraları vardır.
	Aerobic	A	İYİ	Sağlıkla ilgili kaliteyi artırır
	Yoga	A	İYİ	Yapılmış çalışmalar sınırlıdır. Fakat yapılmış çalışmalar yoganın etkin bir yöntem olduğunu kanıtlamıştır.

Zencefil Kullanımı

Bulantı ve kusmanın tedavisinde farmakolojik tedavilerin yanı sıra geleneksel ve nonfarmakolojik yöntemlerinde etkin bir yöntem olduğu ispatlanmıştır. Ozgoli, Goli, Simbar (2009), mide bulantısı ve kusma şikayeti ile kliniğe gelen gebelerle yaptıkları vaka kontrol çalışmasında zencefilin semptomların giderilmesinde plasebodan daha etkili olduğu belirlenmiştir (Ozgoli ve ark. 2009).

b. B6 Vitamini

B6 vitamini kullanımı, özellikle erken gebelik haftasında gebelerin bulantı ve kusmanın giderilmesinde alternatif tedavilerden biridir. Ensiyeh ve Sakineh (2010) yaptıkları randomize çalışmasında, B6 vitamininin bulantı kusma tedavisinde zencefilden daha etkin bir yöntem olduğunu açıklamışlardır. Bunun yanı sıra B6 vitamininin erken gebelikte de bulantı kusma ataklarının giderilmesinde etkili olduğu bildirilmiştir

(Ensiyeh ve Sakineh 2010). Toplam 4041 gebe kadının katıldığı 28 randomize çalışmada bulantı ve kusmaya yönelik alternatif tedavi yöntemlerini karşılaştırıldığında bulantı hissi ve kusmanın önlenmesinde zencefilli ürünlerin kullanımının yararlılığı ile ilgili kanıtlar tutarlı bulunmamış ve sınırlı kalmıştır. Bunun yanı sıra sadece hafif veya orta derecedeki bulantı hissinin ve kusmanın giderilmesinde; B6 vitamini içeren ilaç tedavileri ve antiemetik ilaçların kullanımını destekleyen çalışmalar da yetersiz ve eldeki kanıtlar ise sınırlıdır (Matthews, Dowswell, Haas, Doyle ve O'Mathúna 2010).

c. Acupuncture-acupressure-acustimulation

Rosen ve ark. (2003) yaptıkları çalışmada P-6 noktasına (el bileğinin iç yüzünün 4-5 cm üzerindeki pericardium-6 neiguan noktası) sinir uyarısının plasebodan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha etkin olduğunu bulmuşlardır. Matthews ve arkadaşlarının bildirisine göre alternatif tedavi yöntemleri arasında akupunkturun (P6 veya geleneksel) gebe kadında bulantı-kusmayı gidermede daha etkin olduğu bildirilmiştir (Matthews ve ark. 2010; Ozgoli ve ark. 2009; Rosen ve ark. 2003).

d. Psikolojik destek

Özdemir, Bodur, Nazik, Kanbur (2010), yaptıkları vaka-kontrol çalışması sonucunda; hiperemesis gravidarum tanılı gebelerden yaşı ileri olanların, eğitim seviyesi düşük olanların, çalışmayanların, geniş ailede yaşayanların, gebeliğini istemeyenlerin sosyal desteğe daha çok gereksinimlerinin olduğunu göstermektedir. Chou, Lin, Cooney, Walker, Riggs (2003); psikososyal faktörlerin bulantı, kusma ve yorgunluk ile ilişkilerini inceleyen tanımlayıcı kesitsel çalışmada depresif belirtilerin bulantı ve kusma üzerinde etkilerinin fazla olduğu belirlenmiştir. Sosyal desteğin az olduğu durumlarda da bulantı ve kusmanın görülme sıklığı artmaktadır (Chou ve ark. 2003). Matthews ve ark. 28 deneme, 4041 gebe kadının katıldığı çalışmaların sonucuna göre; bulantı kusmanın nedenlerini; az bilgi,

maternal ve fetal olumsuz sonuçlar, psikolojik, sosyal ve ekonomik sonuçlarla ilişkilendirmişlerdir (Matthews ve ark. 2010).

Burun Kanaması ve Burun Tıkanıklığı

Ellegard, Hellgren, Karlsson (2001), gebelik riniti olan gebelerle yaptığı randomize kontrollü çalışmada; nazal spreyin rinit tedavisinde etkin bir yöntem olmadığı saptanmıştır (Ellegard ve ark. 2001). Turnbull, Rundell, Rayburn, Jones, Pearman (1996), burun tıkanıklığı olan gebelerle yaptığı randomize kontrollü çalışmada burun dilatörü kullanan gebelerin ve plasebo uygulanan gebelere göre uyku kalitelerinin daha iyi olduğunu ve burun dilatatörünün solunumu kolaylaştırdığı görülmüştür.

Yorgunluk

Çoban ve Yanikkerem (2010), gebe kadınların (n:198) uyku kalitesi ve yorgunluk düzeylerini belirlemek amacıyla yaptıkları kesitsel ve tanımlayıcı çalışmada, gebelerin genel uyku bozukluğu arttıkça yorgunluk düzeylerinin de arttığını belirlemişlerdir (Çoban ve Yanikkerem 2010).

Alternatif tedaviler arasında yoga yer almaktadır. Beddoe, Lee, Weiss, Kennedy ve Yang (2010); yaptığı deneysel çalışmada, dikkat odaklı yoganın uyku üzerindeki etkilerini incelendiğinde; kadınların anlamlı olarak daha az uyandığı, daha az uyanık vakit geçirdikleri belirlenmiştir. Psikososyal faktörlerin bulantı, kusma ve yorgunluk ile ilişkilerini inceleyen tanımlayıcı kesitsel çalışmada gebelerdeki depresif durumlarının yorgunluk ile pozitif ilişkili olduğu saptanmıştır (Chou ve ark. 2003). Yeterli uyumak için; fiziksel şartlar iyileştirilmeli, gebenin kendini iyi hissedebileceği bir ortamda yeterince uyuması sağlanmalıdır.

Pozisyon/ Dinlenme

Gebelik süresince pozisyon ve dinlenme önemlidir. Çoban ve Yanikkerem (2010); gebe kadınların (n:198) uyku kalitesi ve yorgunluk düzeylerini belirlemek amacıyla yaptıkları kesitsel ve tanımlayıcı çalışmada,

gün boyunca oturularak geçen süre ile genel yorgunluk düzeyleri arasında pozitif ilişki belirlenmiştir. Gebelerin günde en bir kez ayaklarını uzatarak dinlenmesi önerilir. En iyi pozisyon; sims pozisyonudur. Bu şekilde fetüsün ağırlığı anneye değil, alt ekstermitelere verilir (Çoban ve Yanikkerem 2010; Taşkın 2007).

Üriner Sistem Enfeksiyonu

Üriner sistem enfeksiyonlarında alternatif tedavi seçenekleri kızılık suyu kullanımı, doğru iç çamaşırı seçimi ve genital hijyenin dikkat edilmesidir (Taşkın 2007; Wing, Rumbney, Preslikca ve Chung 2009; Yazıcı ve Demirsoy 2009). Wing ve ark. (2009) randomize çalışmasında ve Dugoua, Seely, Perri, Mills ve Koren (2008) incelemelerine göre gebelerdeki üriner sistem enfeksiyonlarının tedavisinde kızılık suyunun etkin bir yöntem olduğu belirtilmiştir. Kadınlar genital bölgenin havalanmasını sağlayacak pamuklu ve ince iç çamaşırı kullanılmalı, gerekmedikçe ped (hijyenik kadın bezi) kullanmamalı, kullanıyorsa da parfümsüz olmalıdır (Taşkın 2007)

Amiri, Rooshan, Ahmady ve Soliamani (2009) gebe kadınların genital hijyen uygulamaları, cinsel aktivite ile idrar yolu enfeksiyonları arasındaki ilişkiyi karşılaştırmak amacıyla yaptıkları vaka-kontrol çalışmasında idrar yolu enfeksiyonu olan kadınların hijyen alışkanlığı arkadan öne doğru olduğu saptanmış ve coitus sonunda genital yolun yıkanması, idrar yolu enfeksiyonu ile ilişkisi anlamlı bulunmamıştır.

Yazıcı ve Demirsoy (2009); gebe kadınların (n: 290) gebelikte üriner sistem enfeksiyonu (ÜSE) ile genital hijyen alışkanlıkları arasındaki ilişkiyi saptamak amacıyla yaptıkları retrospektif, vaka-kontrol çalışması sonucuna göre; tuvalet sonrası el yıkama, vajinal akıntı için bez-ped kullanma, idrar yapmayı geciktirme, kullanılan iç çamaşırı türü gibi hijyenik uygulama ve alışkanlıkların gebelikte ÜSE açısından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu belirlenmiştir. Genital temizliğinin önden arkaya doğru olarak yapmaları önerilmelidir (Taşkın 2007).

Göğüslerde Hassasiyet

Gebelik süresince geniş askılı, göğüsleri iyi kavrayan, destekleyen, pamuklu ve terletmeyen sütyen kullanılmamalıdır. Çok ağırlı durumlarda soğuk uygulama yapılabilir. Özellikle ikinci trimesterden sonra kolostrum oluşabileceği için; hijyene dikkat edilmelidir (Taşkın 2007).

Palmar Eritem

Palmar eritem çok farklı nedenlerle ortaya çıkabilen avuç içlerinde simetrik kızarıklıkla kendisini gösteren bir durumdur. Çoğu kez asemptomatik olarak seyredir. Etiyolojisinde sistemik hastalıklar, ilaçlar, kimyasallar, neoplaziler, enfeksiyonlar rol oynamaktadır. Her zaman kullanılan nemlendiriciler yararlı olabilir. Kaşıntıya neden olduğunu düşündüğü yiyeceklerden de uzak durmalıdır (Kufil ve Ergun 2004; Taşkın 2007).

Vajinal Akıntıda Artma

Vajinal akıntıda artma gebelikte yaygın görülen bir belirtidir. Vajinal akıntı renksiz, kokusuz, kaşıntısızdır. Vajinal akıntının fazla olması ve sekresyonların asiditesinin artması vajinal enfeksiyonlara yaygınlığını artırır (Taşkın 2007). Genital bölge hijyenin önemi üriner sistem enfeksiyonlarında belirtilmiştir.

Mide Yanması

Yağlı yiyeceklerden, sebzelerden ve lifli gıdalardan, portakal ve limonlu meyve sularından, demir preparatları tahriş edici etkiye sahip olabildiği için bu besin ve preparatların tüketiminden mümkün olduğunca uzak durulmalıdır (Çeviroğlu 2004). Gebelerin her gün yeterli miktarda sıvı alması, yatmadan önce bir şey yiyip içmekten kaçınması, yemek sonrası mide işlevselliği için geniş bir alan sağlayacağından uygun bir pozisyonu kullanması (başın yüksekte olması) ve ağız hijyenine dikkat etmesi önerilmiştir (Taşkın 2007).

Ödem

Gebelerdeki ödemin giderilmesi için istirahat, uzun süre oturmak ya da ayakta durmaktan kaçınması, di-

yette tuz ayarlaması yapılması, rahat ayakkabı giyilmesi ve masaj önerilmektedir (Taşkın 2007). Çoban ve Şirin (2009) yaptığı vaka-kontrol çalışmasında alt ekstremitelerde fizyolojik ödemi olan gebelere uygulanan ayak masajının ödem derecesi, ağrı, yorgunluk ve uykusuzluk şikayetlerinin giderilmesinde etkili olduğu saptanmıştır. Ancak ayak masajının ödem derecesini azaltmada etkili olmadığını belirtmişlerdir (Çoban ve Şirin 2009).

Beslenme Önerileri

Gebelikte Enerji Dengesi ve Kilo Alımı

Gebelikte beslenme genetik, sosyal, kültürel, ekonomik ve kişisel birçok faktörden etkilenir. Bu nedenle, beslenmenin gebelik sağlığı üzerindeki etkilerini belirlemek oldukça güçtür (King 2000). Barker tarafından 1998 yılında ortaya atılan ‘fetal orijinler hipotezi’ne göre fetal beslenmenin, metabolizma üzerinde hayat boyu sürecek etkileri olduğu ve birçok kronik erişkin çağı hastalığının altta yatan temelini oluşturduğu iddia edilmiştir (Barker 1998).

Gebelikte, gebelik öncesi dönemin ihtiyacının üzerine ekstra 300 kkal/gün (toplam 80,000 kkal) kadar enerji alımını gerektirmektedir ki bu da ortalama termde 10–12 kg’lık bir maternal ağırlık artışına denk gelir (Api, Ünal ve Şen 2005). Ebelikte düşük ağırlık artışı, obez kadınlar için ayda 0,5 kg’dan az ve obez olmayan kadınlar için ise ayda 1 kg’ın altında olan değerler olarak kabul edilmektedir. Ayda 3 kg’ı geçen artışlar ise aşırı olarak kabul edilmektedir. (IOM 1990). Ancak, King ve ark tarafından azılan bir makalede gebelik süresince duyulan enerji gereksiniminin 0 ila 120,000 kkal arasında değişebilecek kadar değişkenlik gösterebileceği ortaya konulmuştur (King ve ark. 1994). Abrams ve ark tarafından yapılan bir derlemede, Institute of Medicine (IOM) tarafından önerilen sınırlar arasında kilo alan kadınların, maternal ve fetal sonuçlar (düşük doğum tartısı, makrozomi, spontan preterm doğum oranları, sezaryen doğum, maternal postpartum obezite) açısından en sağlıklı gebelik sonuçlarına sa-

hip oldukları görülmüştür. Ancak kadınların yalnızca %30-40’ının önerilen aralıkta kilo alabildiği belirtilmiştir (Abrams ve ark. 2000). Beslenme önerileri içerisinde enerji ve protein alımının artırılması bebeğin gelişiminde yararlı olmakta ancak, yüksek oranda alınan proteinin ise fetüs için zararlı olduğu bilinmektedir (Abrams ve ark. 2000).

Gebelikte Artan Vitamin-Mineral Gereksinimleri

Gebelikte vitamin-mineral ihtiyacı artar. Gebe olan kadınların, iyot, çinko ve tiamin, demir gibi besin öğeleri için önerilen alım miktarları gebe olmayan kadınlardan %25 yüksektir. Protein, demir, folat ve vitamin B6 günlük ihtiyaç miktarları ise gebe olmayanlardan yaklaşık %50 yüksektir. Gebelikte artan vitamin mineral gereksinimleri aşağıda ayrıntılı olarak belirtilmiştir (Api, Ünal ve Şen 2005; Taşkın 2007).

a. Sodyum

Gebelikte tuz alımı kısıtlanmamalıdır. Ancak aşırı tüketimine de izin verilmemelidir. Van der Maten ve ark. (1997); düşük sodyum içerikli diyetin gebelere verildiği (n:94) vaka-kontrol çalışmasında, sodyum kısıtlamasının tüm beslenmenin kalitesini anlamlı oranda düşürdüğünü belirtmiştir. Bu etkinin doğum veya plasental ağırlık üzerine olumsuz bir etkisi görülmesine karşılık maternal kan basıncı üzerinde hiçbir etki tespit edilmemiştir (Taşkın 2007; Van der Maten 1997).

b. Demir

Gebeliğe bağlı oluşan hemodilüsyon nedeniyle demir alımı artırılmalıdır. IOM’un önerisine göre anne adayları gebeliğin son iki trimesterinde maternal eritrosit volümünü ve fetal eritropoezi arttırabilmek amacıyla tüm gebelere ikinci ve üçüncü trimesterde 30 mg/gün elementer demir verilmesini (ortalama 1000 mg) önermiştir. Anemisi olan gebelere ise önerilen doz 60–120 mg/gün’dür. Terapötik dozlarda demir alan kadınların diyetine 15 mg çinko ve 2 mg bakır eklenmelidir. Çünkü demir bu minerallerin emilimini bozar (Taşkın

2007). Titaley, Dibley, Roberts, Hall ve Agho (2009), 40 576 bebeğin dahil edildiği çalışmada; gebelikte demir ve folik asit desteğinin erken neonatal ölüm riskini azalttığını bildirmiştir.

c. Çinko

Mahomed, Bhutta ve Middleton (2007), 17 deneme ve 9000 gebe kadının katıldığı çalışmada, çinko takviyesinin preterm doğumun azaltılması üzerinde küçük bir etkisi olduğunu, fakat düşük doğum ağırlıklı bebeklerin doğumunu engellemeye yardımcı olmadığını belirtmiştir.

d. Kalsiyum

Gebelikte kalsiyum ihtiyacının artmadığı, gebelik öncesi dönemle aynı olduğu ortaya konmuştur. Bununla ilgili yapılmış yeterli çalışma yoktur (Taşkın 2007; Van der Maten ve ark 1997).

e. Flor

1400 gebe kadınla (ilk trimesterde) yapılan randomize kontrollü çalışmada, prenatal flor desteğinin 5 yaşına (798 çocuk) kadar yapılan izlemde çürük oluşumu üzerinde koruyucu bir etkisi olduğu belirlenmemiştir. Bu nedenle, gebelikte flor desteği halen tartışmalı bir konudur (Leverett, Adair, Vaughan, Proskin ve Moss 1997).

f. Multi-Vitamin Desteği

Besin gereksinimleri kişiden kişiye değişim gösterebilir. Prenatal vitamin-mineral preparatlarının kullanımını kişinin bazı besin öğelerini önerilen miktarların üzerinde almasına neden olabilir. Özellikle yüksek miktarlarda demir, çinko, selenyum, vitamin A, B6, C ve D alımı bazı toksik etkilere neden olabilir (Taşkın 2007)

Rothman ve arkadaşları (1995) tarafından 20,000 gebe üzerinde yapılan randomize araştırmada, günlük 15,000 IU'yi aşan vitamin A alımının doğumsal defektlerle yakından ilişkili olduğu ortaya konmuştur.

Van den Broek ve ark. (2010), 1931 ve 2010 yılları arasında yapılmış 16 deneme 88 raporda, vitamin A takviyesinin, anne ölüm hızı, perinatal ölüm, neonatal ölüm, ölü doğum, neonatal anemi, erken doğum veya düşük doğum ağırlıklı bebek sahibi olma riskini etkilemediğini ancak, A vitamini takviyesi annenin gece körlüğü riskini azalttığı açıklanmıştır.

7231 nöral tüp defektinden (NTD) etkilenmiş gebe kadını kapsayan çalışmaların sistematik incelenmesine göre NTD giderilmesinde uygun dozda folik asit kullanımı önerilmektedir. Doğurganlık çağındaki tüm anne adaylarına ise folik asit 0,4 mg/gün dozunda önerilmektedir (Önvural 2010). Haider ve Bhutta (2006) 15.378 kadının alındığı, 9 randomize çalışmanın analizine göre; gebelere demir takviyesi yerine multi-vitamin kullanımını önerilmektedir. Fakat çalışma sonuçları sınırlıdır ve aşırı multi-vitamin kullanımının fetus ve ya anne sağlığı için yararları kesin olarak belirtilmemiştir. Daha ileri düzeyde çalışmalar yapılmalıdır.

g. Magnezyum

Bu konuyla ilgili Makrides, Crowther, Makrides ve Crowther (2001); 2689 gebe kadının katıldığı 7 randomize çalışmanın meta analizinin sonuna göre; gebelikte magnezyum kullanımının yeterli ve etkin bir yöntem olmadığı belirlenmiştir.

Gebelik ve Egzersiz

a. Egzersiz

Gebelikte aşırı kilo alımı ve alınan fazla kiloların postpartum 6. ayda verilememesi uzun dönem obeziteye neden olmaktadır (King ve ark. 1994). Streuling ve ark. (2010) 12 randomize çalışmanın sistematik incelenmesinde; gebelik sırasında fiziksel aktivitenin gebelikte kilo alımını kısıtlayan başarılı bir yöntem olduğunu belirtmişlerdir.

b. Aerobic

Montoya Arizabaleta, Orozco Buitrago, Aguilar de Plata, Mosquera Escudero, Ramirez-Velez (2010),

yaptıkları randomize çalışmada gebelik sırasında 3 aylık denetimli aerobik egzersiz programının sağlıkla ilgili kaliteyi artırdığı belirlenmiştir.

c. Yoga

Satyapriya, Nagendra, Nagarathna, Padmalatha (2009); 122 gebe kadının katıldığı randomize çalışmada gebe kadınlarda stres ve kalp hızı değişkenliği üzerine entegre yoganın etkisini algılanan stresi azalttığı ve sağlıklı gebe kadınlarda strese olumlu otonom tepki geliştirmede etkili olduğu belirtilmiştir. Beddoe ve ark. (2009); 16 sağlıklı gebenin katıldığı randomize çalışmada yoganın fiziksel ağrı (özellikle bel ağrısı), algılanan stres ve kaygıyı azaltmada etkili olduğu saptanmıştır.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Sonuç olarak, gebelikte bakım uygulamalarıyla ilgili kanıt temelli çalışmaların sınırlı olduğu belirlenmiştir. Gebelik doğal bir süreç olmasına rağmen, kadın biyolojik, fizyolojik, bedensel ve ruhsal yönden daha fazla bakıma ihtiyaç duyar. Bu derlemede, gebelikte oluşan rahatsızlıkların tedavisinde önerilen kanıta dayalı iyi kaliteli veriler bulunmaktadır. Bakımın kanıt temelli olması, tedavi ve bakımla ilgili olanakların en iyi şekilde ortaya koyar ve bakımın kalitesini artırır. Bu anlamda yeni kanıt temelli çalışmalar yapılmalı, standartlar geliştirilmeli ve bakımı standartize edebilmek için bakım protokolleri geliştirilmelidir.

KAYNAKLAR

Abrams, B., Altman, S. L., Pickett, K. E. (2000). Pregnancy weight gain: Still controversial. *Am J Clin Nutr.*, 71(5): 41-1233.

Amiri, F. N., Rooshan, M. H., Ahmady, M. H., Soliamani, M. J. (2009). Hygiene practices and sexual activity associated with urinary tract infection in pregnant women. *East Mediterr Health J.*, 15(1): 10-104.

Api, A., Ünal, O., Şen, C. (2005). Gebelikte beslenme, kilo alımı ve egzersiz. *Perinatoloji Dergisi.*, 13(2): 71-79.

Barker, D. J. P. (Eds.) (1998). *Mothers, Babies and Disease in Later Life*. 2. basım, Harcourt Brace, London, 98.

Beddoe A. E., Paul Yang C. P., Kennedy H. P., Weiss S. J., Lee K. A. (2009). The effects of mindfulness-based yoga during pregnancy on maternal psychological and physical distress. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.*, 38(3): 9-310.

Beddoe, A. E., Lee, K. A., Weiss, S. J., Kennedy, H. P., Yang, C. P. (2010). Effects of mindful yoga on sleep in pregnant women: a pilot study. *Biol Res Nurs.*, 11(4): 70-363. -70.

Cevrioğlu, A. S. (2004). Hiperemesis gravidarum: Tanı ve tedavide güncel yaklaşımlar. *TJOD Uzmanlık Sonrası Eğitim Derg.*, 8: 203-210.

Chou, F. H., Lin, L. L., Cooney, A. T., Walker, L. O., Riggs, M. W. (2003). Psychosocial factors related to nausea, vomiting, and fatigue in early pregnancy. *J Nurs Scholarsh.*, 35(2): 25-119.

Çoban, A., Şrin, A. (2009). Alt ekstremitelerde fizyolojik ödemi olan gebelere 5 gün süre ile uygulanan ayak masajının ödem derecesi, ağrı, yorgunluk ve uykusuzluk üzerine etkisi. *Genel Tıp Derg.*, 19(2): 32-53.

Çoban, A., Yanıkkerem, U. (2010). Gebelerde uyku kalitesi ve yorgunluk düzeyi. *Türkiye Ege Journal of Medicine / Ege Tıp Dergisi.*, 49(2): 87-94.

Dugoua, J. J., Seely, D., Perri, D., Mills, E., Koren, G. (2008). Safety and efficacy of cranberry (vaccinium macrocarpon) during pregnancy and lactation. *Can J Clin Pharmacol.*, 15(1): 6-80.

Ellegard, E. K., Hellgren, M., Karlsson, N. G. (2001). Fluticasone propionate aqueous nasal spray in pregnancy rhinitis. *Clin Otolaryngol Allied Sci.*, 26(5): 394-400.

Ensiyeh, J., Sakineh, M. A. (2010). Comparing ginger and vitamin B6 for the treatment of nausea and vomiting in pregnancy: A randomised controlled trial. *Midwifery.*, 25(6): 53-649.

Haider, B. A., Bhutta, Z. A. (2006). Multiple-Micronutrient supplementation for women during pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev.* 18; (4):CD004905

Heaman, M. (1990). Psychosocial aspects of antepartum hospitalization. *NAAGOC's Clinical Issues in Perinatal and Women's Health Nurs.*, 1(1): 41-333.

Institute of Medicine. *Nutrition During Pregnancy (IOM). Part I Weight Gain*. Washington D: Food and Nutrition Board. National Academy of Sciences, Consensus Report, 1990.

King, J.C., Butte, N. F., Bronstein, M. N., Kopp, L. E., Lindquist, S. A. (1994). Energy metabolism during pregnancy: Influence of maternal energy status. *Am J Clin Nutr.*, 59(2): 439-445.

King, J. C. (2000). Physiology of pregnancy and human metabolism. *Am J Clin Nutr.*, 71(5): 25-1218.

- Kocaman, G. (2003). Hemşirelikte kanıta dayalı uygulama. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi., 21(2): 60-61.
- Koch, K., Kenneth, L., Christine, L. (2003). Nausea and vomiting during pregnancy. Gastroenterol Clin N Am., 32(1): 4-201.
- Kufl, S., Ergun, T. (2004). Palmar eritem. Turkderm., 41(1): 39-46.
- Leverett, D. H., Adair, S. M., Vaughan, B. W., Proskin, H. M., Moss, M. E. (1997). Randomized clinical trial of the effect of prenatal fluoride supplements in preventing dental caries. Caries Res., 31(3): 9-174.
- Makrides, M., Crowther, C. A. (2001). Magnesium supplementation in pregnancy. Cochrane Database Syst Rev. (4): CD000937.
- Mahomed, K., Bhutta, Z. A., Middleton, P. (2007). Zinc supplementation for improving pregnancy and infant outcome. Cochrane Database Syst Rev. 18;(2): CD000230.
- Matthews, A., Dowswell, T., Haas, D.M., Doyle, M., O'Mathúna, D. P. (2010). Interventions for nausea and vomiting in early pregnancy. Cochrane Database Syst Rev. 8;(9):CD007575.
- Montoya Arizabaleta, A.V., Orozco Buitrago, L., Aguilar de Plata, A. C., Mosquera Escudero, M., Ramirez-Velez, R. (2010). Aerobic exercise during pregnancy improves health-related quality of life: A randomised trial. J Physiother., 56(4): 8-253.
- Ozgoli, G., Goli, M., Simbar, M. (2009). Effects of ginger capsules on pregnancy, nausea and vomiting. Altern Complement., 15(3): 6-243.
- Önvural, A. (2010). Gebelikte folik asit kullanımının önlemi, <http://www.ataonvural.com/antenatal-bakm.html?start=5> (05.12.2010).
- Özdemir, F., Bodur, S., Nazik, E., Nazik, H., Kanbur, A. (2010). Hipermenezis gravidarum tanısı alan gebelerin sosyal destek düzeyinin belirlenmesi. TAF Prev Med Bull., 9(5): 463-470.
- Rathfisch, G., Güngör, İ. (2009). Doğum eyleminin birinci evresinin yönetiminde kanıta dayalı uygulamalar. HEMAR-G., 3: 53-64.
- Rothman, K.J., Moore, L.L., Singer, M.R., Nguyen, U.S., Mannino, S., Milunsky, A. (1995). Teratogenicity of high vitamin a intake. N Engl J Med., 333(21): 73-1369
- Rosen, T. ve ark. (2003). A randomized controlled trial of nerve stimulation for relief of nausea and vomiting. Obstet Gynecol J., 102: 35-129.
- Satyapriya, M., Nagendra, H. R., Nagarathna, R., Padmalatha, V. (2009). Effect of integrated yoga on stress and heart rate variability in pregnant women. Int J Gynaecol Obstet., 104(3): 218-22.
- Streuling, I. ve ark. (2010). Physical activity and gestational weight gain: A meta-analysis of intervention trials. BJOG., 18(3): 84-278.
- Taşkın, L. (2007). Doğum ve Kadın Hastalığı Hemşireliği. 8. baskım, Sistem Ofset Matbaacılık, Ankara, 101-118.
- Titaley, C. R., Dibley, M. J., Roberts, C. L., Hall, J., Agho, K. (2006). Iron and folic acid supplements and reduced early neonatal deaths in Indonesia. BMJ Open., 88(7): 8-500.
- Turnbull, G. L., Rundell, O. H., Rayburn, W. F., Jones, R. K., Pearman, C. S. (1996). Managing pregnancy-related nocturnal nasal congestion. The external nasal dilator. Reprod Med., 41(12): 897-902.
- Van den Broek ve ark. (2010). Vitamin A supplementation during pregnancy for maternal and newborn outcomes. Cochrane Database Syst Rev. 10;(11): CD008666.
- Van der Maten, G. D. ve ark. (1997). Low-sodium diet in pregnancy: Effects on blood pressure and maternal nutrition status. Br J Nutr., 77(5): 20-703.
- Wing, D., Rumbney, P. J., Preslikca, C. W., Chung, J. H. (2009). Dally cranberry juice for the prevention of asymptomatic bacteriuria in pregnancy: A randomized, controlled pilot study. J Urol., 181(3): 4-1503.
- Yazıcı, S., Demirsoy, G. (2009). Gebelikte üriner sistem enfeksiyonu ve genital hijyen. Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst., 19(5): 8-241.

Kadınların Sezaryen Doğum Tercihleri

Care for Evidence-Based Applications During Pregnancy

Meltem DEMİRGÖZ BAL*, Sema DERELİ YILMAZ**, Nezihe KIZILKAYA BEJİ***

İletişim/Correspondence: Meltem Demirgöz BAL Adres/Adress: Karamanoğlu Mehmetbey Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Tel: +90 338 2262131 Fax: +90 338 2262134 E-mail: meltemdemirgoz@gmail.com

ÖZ

Sezaryen; normal doğum yapmanın önerilmediği ve normal doğumun güvenle tamamlanmasının mümkün olmadığı durumlarda ve doğumu takiben beklenen aşırı maternal ve/veya fetal morbidite riski söz konusu ise uygulanması gereken abdominal doğumdur.

Sezaryen doğumun en önemli endikasyonları; zor doğum, anormal prezentasyon fetal sağlığın güvence altına alınmadığı durumlar ve başarısız induksiyondur. Ancak, yalnızca bu endikasyonlar sezaryen hızının bu denli artmasına yol açmazlar. Dünya Sağlık Örgütü'nün tavsiyesi sezaryen oranlarının %10-15 oranını aşmamasıdır. Ancak birçok ülkede bu sınır kat kat aşılmıştır.

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması sonuçları incelendiğinde; antenatal bakım ve doğum yaptırmanın yıllar içinde belirlenen derecede ebe/hemşirelerden hekimlere geçtiği görülmektedir. Ülkemizdeki mevcut sağlık sisteminde ebe/hemşirelerin etkinliğinin azalması hekimin payını artırarak sezaryen doğum oranını artırmıştır.

Tıbbi nedenler dışında bir endikasyonla sezaryen uygulamak etik değildir. Sezaryen ile doğum cerrahi bir girişim olup tıbbi gerekçelerle yapılması esastır ve vajinal doğumun kesinlikle bir alternatifi değildir. Zorunluluk olmadığı müddetçe rutin sezaryen girişimi etik olmamanın yanı sıra hem içinde ciddi sağlık riskleri barındırmakta hem de maliyeti artırarak ülke ekonomisine yük getirmektedir.

Sezaryen oranlarının düşürülerek normal doğumun teşvik edilmesi gerekliliği, fetomaternal mortalite ve morbidite ve maddi yük açısından yadsınamaz bir gereksinimdir.

Anahtar Kelimeler: Doğum yöntemi, normal doğum, sezaryen.

ABSTRACT

If normal birth is contraindicate and vaginal birth is not safe, there is excess maternal and/or fetal morbidity following the birth, abdominal birth cesarean should be applied.

The most important indication of cesarean birth are distosia, abnormal presentation, fetal health is under risk and the unsuccessful induction. However, only the indication of cesarean section rate of such increase does not lead. WHO recommends not increasing the cesarean ratios up to 10-15%, but many countries are excessive over than those from recommendations.

Turkish Demographic Health Survey results were examined, it can be understood that the antenatal care and making a birth have been transferred mainly from nurses/midwifery to doctors. In our country, the effects of nurses are decreased and doctors are increased that this caused an increase in the ratios of cesarean births in current health system.

It is not ethical to give a birth by cesarean except medical compulsories. It should only be made under medical compulsories and it is not an alternative to vaginal birth. The cesarean birth has increasing medical risks and economical problems. The ratios of cesarean birth should be decreased and normal birth should be increased so that fetomaternal mortality and morbidity will be decreased and the nation economy will have very positive contribution.

Key Words: Method of birth, normal birth, cesarean.

*Yard. Doç. Dr. Karamanoğlu Mehmetbey Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu, **Yard. Doç. Dr. Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, ***Prof. Dr. Nezihe Kızılkaya Beji İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi

Yazının gönderilme tarihi: 09.01.2012

Yazının basım için kabul tarihi: 18.03.2013

GİRİŞ

Yirminci yüzyılın ortalarından itibaren, tıbbi teknolojinin gelişmesi antenatal takipte yeni tanı ve tedavi seçeneklerinin ortaya çıkmasına neden olmuş, bu durum sosyo-ekonomik faktörlerin de etkisiyle sezaryen endikasyonlarının genişlemesi sonucunu doğurmuştur. Sezaryen ilk yapılmaya başlandığında anne adayının hayatını kurtarmak için son çare olarak başvurulmuş bir operasyon iken, sonrasında bebeğin hayatını kurtaracak düşük riskli bir operasyon haline gelmiştir. Ancak, günümüzde tıbbi zorunluluğun dışında “anne adayının istediği ve hekimin işlerini kolaylaştıran” bir operasyon haline almıştır. Bu bağlamda, 1960’lı yıllarda sezaryen endikasyonu olmayan teşhisler, 1980’li yıllarda endikasyon olmaya başlamıştır (Dölen ve Özdeğirmenci 2004).

Amerika Birleşik Devletleri (ABD)’nde 1970’li yıllarda yalnızca %5 olan sezaryen oranı, 1988 yılına gelindiğinde her dört doğumdan biri sezaryen olacak şekilde artış göstermiştir (Gomes, Silva, Bettiol ve Barberi 1999; Peipert, Hogan, Gifford, Chase ve Randall 1999). Bu oran 1988-1996 yılları arasında sabit kalma ve biraz düşme eğilimi gösterse de 2001 yılında %24.5 oranını yakalamış (Chavez, Takahashi, Gregory ve Duroseau 1995; Martin, Hamilton, Ventura, Menacker ve Park 2002; Menacker ve Curtin 2001), 2006 yılında ise %31.1’lere kadar tırmandığı bildirilmiştir (Menacker ve Hamilton 2010). ABD’de 35 yaş üzeri, özel sağlık sigortası olan kadınlarda ve 500’den daha fazla yataklı özel hastanelerde sezaryen oranı daha yüksektir (Norton 1999; Notzon, Cnattingius ve Bergsjö 1994). Arap ülkelerinden Mısır %26.2 ile en yüksek sezaryen doğum oranına sahip iken, %5.3 ile Mauritania en düşük düzeydedir (Handa, Harvey, Fox ve Kjerulff 2004). Mısır, Sudan, Ürdün, Lübnan, Bahreyn ve Katar, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)’nün sezaryen doğum oranının %15 civarında olması gerektiği önerisini aşmış durumdadır. Sezaryen doğum oranı Suriye, Kuveyt ve Tunus’ta %10 ile %15 arasında iken, Gazze ve Yemen’de bu oran %5-6’yı aşmamaktadır (Khawaja, Choueiry ve Jurdi 2009). Kanada’da 1994-1995 yıllarında %18 olan sezaryen oranı, 2000-2001 yıllarında

%22’ye yükselmiştir (Liu ve ark. 2004). Büyük Britanya’da sezaryen oranı 1990 yılında %12.5 iken 1999 yılında %18.3’e tırmanmıştır (Black, Kaye ve Jick 2005). Hindistan’ın kentsel bölgelerinde sezaryen ile gerçekleştirilen doğumların oranı %30’ların üzerindedir. Brezilya ise dünyada yüksek sezaryen oranına sahip ülkelerden biri olup 1996 yılında bu oran %36.4’a ulaşmışken, 2009’da artarak %41.3’e çıkmıştır. Arjantin’de özel hastanelerde gerçekleşen doğumların yarısının sezaryen ile gerçekleştiği bildirilmektedir. Sezaryen oranının yıllara göre değişimi incelendiğinde; Çin’de 1966’da %2.4, 1981’de %20.5, 2009’da %40.5, İtalya’da ise 1980’de %11.1, 1990’da %21.2, 2009’da %37.4 olduğu görülmektedir (Gomes ve ark 1999; Konakçı ve Kılıç 2002; Peipert ve ark 1999; World Health Statistics 2009).

Ülkemizde çeşitli bölgelerde yapılan çalışmalarda sezaryen oranlarının %40 (Konakçı ve Kılıç 2004) ve %50’lere (Yılmaz, İsaoglu ve Kadanalı 2009) kadar çıktığı bildirilmektedir. Veriler yeterli olmasa da tıbbi faktörler hariç eğitim durumu, yaşı ve sosyo-ekonomik durumu yüksek olan ve özel hastanelerde doğum yapan kadınların bu oranları yükselttiği bildirilmektedir (Konakçı ve Kılıç 2002).

DSÖ sezaryen oranları verileri, gelir durumları göz önünde bulundurularak incelendiğinde; düşük gelir düzeyinde %3.5, ortanın altında %18.9, orta üzerinde %29.9, üst gelir düzeyinde ise %26.8 olarak bildirilmiştir (World Health Statistics 2009).

Zorunluluk olmadığı halde rutin sezaryen girişimi etik olmamasının yanı sıra ciddi sağlık sorunlarını bereberinde getirmekte ve doğum maliyetini artırarak ülke ekonomisine yük oluşturmaktadır (Sarowar ve ark. 2010). Sezaryen doğum tıbbi bir zorunluluk durumunda anne ve bebek için hayat kurtarıcı olabilir. Ancak, gebeliklerin çoğu için sezaryen doğum, vaginal normal doğumla karşılaştırıldığında, hem anne hem de bebek için avantajlarından çok daha fazla sağlık risklerini barındırmaktadır. Sezaryen doğumda maternal mortalite oranı vaginal doğumdan daha fazladır. Bu oran özellikle az gelişmiş ülkelerde daha da artmak-

tadır (Chi, Whatley, Wilkens ve Potts 1986; Hall ve Bewley 1999; Wen ve ark. 2004).

Etkin olarak sunulan antenetal bakım hizmeti sezaryen doğum isteğini önemli ölçüde azaltabilmektedir. Bu hizmeti almayan anne adayları yanlış inanış ve algılardan dolayı (normal doğumun daha ağırlı olması endişesi, bebeğin doğum esnasında oksijensiz kalma riski düşüncesi, doğum sonrası konforsuz cinsel yaşam vb.) daha çok sezaryen doğum tercih etmektedirler (Janssen, Ryan, Etches, Klein ve Reime 2007; Leslie ve Storton 2007).

Bu derlemedeki amaç ülkemiz ve dünya ülkelerinde sezaryen doğum artışına neden olan faktörleri incelemek ve ebe/hemşirelerin çözüm için katkılarını belirtmektir.

Elektif Sezaryen Doğumun Anne Açısından Riskleri

Anesteziye maruz kalınması ve anestezi komplikasyonları: Planlı vajinal doğumda planlı sezaryene göre daha düşük anestezi komplikasyonları yaşanmaktadır (Lippman 2004).

- Aşırı kanama (hemoraji): Sezaryen, maternal mortalite ve morbiditenin en önemli ve en temel nedeni olan hemorajinin sebeplerindendir. Sezaryen ameliyatına bağlı mortalitenin Amerika’da 41/100.000 olduğu bildirilirken, bu oranın gelişmekte olan ülkelerde 160-220/100.000 olduğu belirtilmiştir (Geoghegan ve ark. 2009).
- Olası mesane, bağırsak ve damar yaralanmaları görülebilir.
- Daha uzun süre hastanede kalma zorunluluğu: Planlı veya plansız sezaryen hastanede kalış süresinin uzamasına ve mali yükün artmasına neden olmaktadır.
- Anne daha geç iyileşmektedir.
- İnfeksiyon oluşma riski: İnfeksiyon oluşma riski vajinal doğumlarda tüm sezaryenlere göre daha düşüktür.
- Hastane infeksiyonlarına bağlı olarak tekrar hastaneye başvuru artmaktadır.

- Takip eden gebelikte plasenta previa riski: Geçirilmiş sezaryeni takip eden gebelikte plasenta previa oranı artmaktadır.
- Sezaryen doğumdan sonra birkaç hafta süren uzamış ağrı görülebilir.
- Sezaryen doğum, annenin bebek ile erken iletişiminin etkilenmesi, engellenmesi ve emzirmenin azalması risklerini taşır.
- Sezaryen esnasında yolunda gitmeyen nedenlerden dolayı sezaryeni takiben histerektomi riski artar.
- Stres üriner inkontinans: Elektif sezaryen sonrası “stres üriner inkontinans” daha az görülmektedir. Sadece forseps uygulamalarında artmış bir risk olmakla birlikte, gebeliğin kendisi de inkontinans için bir risk faktörüdür.
- Obstetrik travmalar planlı sezaryende daha az yaşanmakta ancak bu travmalar iyi bir obstetrik yaklaşımla önlenmektedir.
- Sezaryen doğum ardından yaşanacak gebeliklerde daha fazla risk; majör kanama, ektopik gebelik, plasenta yerleşim anomalileri, uterin skar rüptür riski daha fazladır.
- Sezaryen, gebelik sınırlaması nedeniyle fertilitiyi olumsuz etkilemektedir (Lippman 2004).

Elektif Sezaryen Doğumun Bebek Açısından Riskleri:

- Ciddi solunum problemleri görülebilmekte, sezaryeni takiben neonatal yoğun bakım ünitelerine başvurma oranı artmaktadır (Hansen, Wisborg, Ulbjerg ve Henriksen 2008). Bu nedenle, anne ve bebek ayrı kalmakta, bebek solunum desteğine ihtiyaç duymakta, uygulanan girişimler sonucu bebek ağırlı bir süreç yaşamak zorunda kalmakta, antibiyotik tedavisi ve mekanik ventilasyon desteği gerekmekte ya da pulmoner hava açlığı, dirençli pulmoner hipertansiyon ve hipoksemi gibi çok daha şiddetli komplikasyonlar yaşanabilmektedir (Hansen, Wisborg, Ulbjerg ve Henriksen 2007). Ancak; kesinlikle elektif sezaryen yapılacaksa 39 hafta ve üzerinde yapılması gerektiği belirtilmektedir (Zanardo ve ark. 2007).

- Hastanede kalış süresinin uzaması (Lippman 2004).
- Çocukluk dönemlerinde daha sık astım ve alerjik rinokonjonktivit riski vardır (Renz-Polster ve ark. 2005).
- Çok küçük bir olasılık bile olsa operasyon esnasında bebeği yanlışlıkla kesme riski vardır.
- Bebeğin anne ile daha geç iletişim kurma riski vardır.
- Bebeğin emmenin yararlarını daha az deneyimleme riski (daha geç emme, ağırlı anne nedeniyle daha konforsuz emme, emzirme sıklığının azalması vb.) ile karşı karşıyadır (Lippman 2004).
- Karolinska Enstitüsü'nde yapılan bir araştırmada, sezaryen yönteminin neden olduğu genetik yapıdaki değişimin diyabet, kanser ve astım görülme riskini artırdığı ortaya konmuştur. Araştırmada, normal doğum ve sezaryen doğumla dünyaya gelen çocukların kordondan alınan kan örnekleri laboratuvar ortamında incelenerek her iki gruptaki çocukların eritrositlerinde belirgin farklılıklar olduğu, bu farklılığın da DNA'larda değişime yol açabileceği belirlenmiştir (Schlinzig 2009).

Zorunlu haller dışında rutin olarak uygulandığında zararları yukarıda belirtildiği üzere fazla olan sezaryen doğum, zaman içinde elektif olarak uygulanır hale gelmiş, normal doğumun bir alternatifi gibi sunulmaya başlanmıştır. Tıbbi nedenler dışında herhangi bir endikasyonla sezaryen uygulamak etik değildir. Amerikan Kadın Doğumcular Birliği, yaptığı açıklamada sezaryenlerin kesinlikle isteme bağlı olarak değil, tıbbi nedenlere bağlı yapılması gerektiğini belirtmiştir (ACOG 2003). Sezaryen ile doğum cerrahi bir girişim olup tıbbi gerekçelerle yapılması esastır ve vajinal doğumun kesinlikle bir alternatifi değildir. Bu nedenle, sezaryen planlanırken, operasyonunun gebeye, gebeliğe ve bebeğe özgü yararları ve riskleri göz önünde bulundurulmalıdır (ACOG 2003).

Sezaryen doğumun en önemli endikasyonu zor doğum ve anormal prezentasyondur. Bu endikasyonları, fetal sağlığın güvence altına alınamadığı durumlar ve başarısız induksiyon takip etmektedir. Ancak, yalnızca bu endikasyonlar sezaryen hızının bu denli artmasına yol açmazlar (Clark ve Taffel 1996).

Sezaryen Doğumun Artış Sebepleri

Sezaryen doğumun daha güvenli olduğu düşüncesi hızla artmaktadır.

- Operasyon tekniği ve anestezi yönünden teknik ilerlemeler artmaktadır.
- Perinatal ve maternal mortalite ve morbiditenin daha az olduğu inancı vardır.
- Pelvik relaksasyonun önlenmesi sağlanmaktadır.
- Hekim doğumun zamanlamasını ve doğumun süresini belirleyebilmektedir.
- Gebenin istemi: Bütün sağlık profesyonelleri için üzerinde durulması gereken bir konudur, çünkü antenetal bakım hizmetlerinin iyi uygulandığı Hollanda gibi gelişmiş ülkelerde sezaryen oranlarının düşük olması çarpıcı bir durumdur. Gelişmiş ülkelerde optimal antenetal bakım hizmeti sunulmakta ve kadın prekonsepsiyonel dönemden doğum sonu dönem kadar nitelikli ve kaliteli bakım, izlem, eğitim ve danışmanlık hizmeti almaktadır. Bu yaklaşım da sezaryen oranlarının DSÖ'nün önerdiği oranlarda kalmasını sağlamaktadır. Gamble ve Creedy (2000)'nin sezaryende gebe istemini değerlendirmek amacıyla 9 araştırma inceleyerek yaptıkları metaanalizde, sadece önceki veya şimdiki gebeliğinde obstetrik komplikasyon yaşayan az sayıdaki kadının sezaryen istediği sonucuna varılmıştır. Söz konusu araştırmaların çoğunda normal doğum isteyen gebelerin ebe/hemşire tarafından, kaliteli ve nitelikli bir doğum öncesi danışmanlık hizmeti alması son derece dikkat çekici bir bulgudur (Gamble ve Creedy 2000). Kadının sezaryen kararında hekim etkisini araştırmak üzere yapılan bir çalışmada, anne isteminin aslında önemli bir oranda hekim yönlendirmesi olduğu, annelerin öncelikle bebekleri için doğru olan ne ise onun yapılmasını istedikleri saptanmıştır (Burns, Geller ve Wholey 1995). Donati, Grandolfo ve Andreozzi (2003)'nin kadınların bir sonraki doğum şekli tercihini inceledikleri araştırmalarında vajinal doğum yapan kadınların %90'ı bir sonraki doğumda tekrar vajinal doğumu istemiş, sezaryen olanların ise %77'si bir sonraki doğumda vajinal doğum istemiştir. Ülkemizde Balcı, Gün

ve Özçelik (2005)'in çalışmasında vajinal doğum yapan kadınların %75,6'sı bir sonraki doğum şekli tercihini vajinal doğumdan yana kullanmış, sezaryen olanların ise %9,5'i bir sonraki doğum şeklinin vajinal doğum olmasını istediklerini söylemiştir. Yine ülkemizde yapılan bir başka çalışmada vajinal doğum yapan kadınların bir sonraki doğum şeklinde vajinal doğumu tercih etme oranı %86,9, sezaryen olanların bir sonraki doğumda vajinal doğumu tercih etme oranı %45,4 olarak saptanmıştır (Duman ve ark. 2007).

- Fetal iyilik halini değerlendirmede kullanılan teknolojinin (doppler, NST, fetal monitörizasyon, USG, biyofizik profil vb) gelişmesi: Bu konuda yapılan randomize kontrollü, gözleme dayalı çalışmalar ve metaanalizler göstermiştir ki; intrapartum takipte, düşük riskli grupta devamlı fetal monitörizasyon ile aralıklı fetal dinleme sonuçları açısından anlamlı fark yoktur. Buna ek olarak ilginç olan bir sonuç ta elektronik fetal monitorizasyonun sezaryen oranlarını arttırdığıdır (Wood 2003). Günümüzde fetal monitorizasyon kliniklerde standart olarak uygulanmaktadır. Kanıta dayalı tıp çerçevesinde bu iki uygulama açısından bir fark olmadığı için düşük riskli gebeliklerde aralıklı fetal dinlemenin sezaryen oranlarını düşürebilme olasılığı halen tartışılmaktadır. Ultrasonografi kullanımının yaygın hale gelmesiyle perinatal mortalite ve morbiditede belirgin azalmalar izlense de bu uygulamanın sezaryen oranlarını arttırdığı da bir gerçektir.
- Malpraktis, medikolegal problemler ve bu nedenlerle müdahaleli doğum komplikasyonlarından kaçınma isteği artmaktadır.
- Elektif sezaryenin hekim ve sağlık kuruluşu için daha avantajlı olması söz konusudur.
- Antenatal bakım sırasında yetersiz danışmanlık, destek ve vajinal doğum korkusu ile ilgili eksik yaklaşımlar vardır.
- Yardımcı üreme tekniklerinde gelişme (IVF, ICSI vb): İnfertilite tedavisindeki gelişmelere bağlı olarak çoğul gebelikler artmıştır. Bu durum medikal endikasyonlu sezaryenleri arttırdığı gibi, çiftlerin daha az riskli olacağı düşüncesiyle sezaryen istemi

de etkili olmaktadır. Ülkemizde yapılan çok merkezli bir çalışmada ikiz gebeliğe sahip olan kadınların %76'sının, üçüz gebeliğe sahip olanların ise %90'ının yardımla üreme teknikleri kullanılarak gebe kaldığı ve ikizlerin %63'ünün, üçüzlerin ise %83'ünün sezaryen doğum ile dünyaya geldiği bildirilmiştir (Yayla ve Baytur 2008).

- Beslenme bozukluğu, aşırı obezite ve sistemik hastalıkları olan riskli gebelerin artması: Gelişmiş ülkelerdeki anne yaşamının ve alışkanlıklarının değişmesi sonucu yağ ve karbonhidrattan zengin gıdalarla beslenmenin artması ve azalmış fiziksel aktivite söz konusudur. Her iki nedende obeziteye yatkınlık ve obezitenin getirdiği diyabet, hipertansiyon gibi sistemik hastalıklar ve distosi nedeniyle yapılan sezaryen oranlarını artırmaktadır (Dölen ve Özdeğirmenci 2004).
- Gebeliğin ileri yaşlara ertelenmesi: Batı ülkelerinde annenin gebelik yaşı büyümüştür. Otuzbeş ve 40 yaş gebeliklerinin oranı belirgin derecede artmaktadır. İleri anne yaşının getirdiği komplikasyonlar nedeniyle sezaryen oranları bu grupta yüksektir (Cleary-Goldman ve ark. 2005).
- Normal doğumda doğum analjezisinin yeterince sağlanamaması nedeniyle kadınlar daha az ağrılı bir işlem tercih etmektedirler.
- Gelir düzeyi arttıkça sezaryen isteme eğilimi artmaktadır.
- Geçirilmiş sezaryenlerin artması: Bu durum ilk kez Edwin B. Cragin tarafından ileri sürülen "bir kez sezaryen, hep sezaryen yaklaşımı" ile ortaya çıkmıştır. O yıllardan bu zamana obstetrik pratikte pek çok ilerleme olmuştur. Günümüzde sezaryen doğumu takiben vaginal doğum uygulamasında, uygun seçilmiş vakalarla %60–80 başarı elde edilebileceği ortaya konmuştur (Villar ve ark. 2006, World Health Statistics 2009).
- Retrospektif değerlendirme yetersizliği bulunmaktadır (Villar ve ark. 2006).
- Pelvik relaksasyondan kaçınma: Spontan vajinal doğumun yıllarca pelvik relaksasyonun etyolojisinde en önemli risk faktörlerinden biri olduğu düşünülmüştür. Fakat yapılan çalışmalarda çok faktörlü bir sorun olduğu anlaşılmış, nulliparlarda ve

hatta neonatal dönemdeki bebeklerde de görülebilen patogenezinde genetik, nörolojik ve yaşa bağlı faktörlerin etkili olabileceği tartışmalarını başlatmıştır (Dölen ve Özdeğirmenci 2004).

- Yetersiz antenatal bakım: Leslie ve Storton'un benzer toplumlardaki gebelere bakım veren ebe ve hekimlerin bakımları karşılaştıran kanıta dayalı çalışmalarında ve Janssen ve diğerlerinin 1060 kadın ile Kanada'da yaptıkları bir diğer çalışmada; ebelerin doğum öncesi dönemde hem daha sık hem de daha uzun süreli gebe ziyareti yaptıkları, prenatal bakım hakkında daha fazla eğitim ve danışmanlık hizmeti sundukları, doğum öncesi ve doğum esnasında görülebilen hipertansiyon insidansının daha düşük olduğu, doğum öncesi dönemde daha az hastaneye başvurmak zorunda kaldıkları, travay induksiyonuna daha az ihtiyaç duyduğu, doğumlarında daha az analjezi ve anesteziye başvurulduğu, ağrıyla baş etmede nonfarmakolojik yöntemlerin daha fazla kullanıldığı, spontan doğum oranlarında artma ve ayrıca sezaryen oranlarında azalma olduğu bildirilmiştir (Janssen ve ark. 2007; Leslie ve Storton 2007). İtalya'da ebe ve kadın doğum hekimlerinin sezaryen konusundaki tutumlarını inceleyen araştırmada, ebelerin %65'i sezaryen oranlarını yüksek bulurken, hekimlerin sadece %34'ü oranların yüksek olduğunu düşünmektedir. Aynı çalışmada ebeler hekimlere göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde sezaryenin yararlı olmadığını savunmaktadır (Davis, Riedmann, Sapiro, Minogue ve Kazer 1994). Yine hekim ve ebe doğumlarını karşılaştıran başka bir çalışma ebelerin yönetimindeki doğumlarda, sezaryen, narkotik analjezi, amniyotomi ve fetal monitorizasyonun daha az kullanılmıştır. Bu girişimlerin azlığı da kadının konforu artırmıştır (Monari, Di Mario, Facchinetti ve Basevi 2008).
- Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması sonuçları incelendiğinde; antenatal bakım, doğum yaptırma ve evde doğum yaptırmanın yıllar içinde belirgin derecede ebe/hemşirelerden alındığı görülmektedir. Ülkemizdeki mevcut sağlık sisteminde ebe/hemşirelerin etkinliğinin azalması, hekimin payını artırarak sezaryen doğum oranını artırmıştır (Hacettepe Nüfus Etütleri Enstitüsü 2009).

SONUÇ VE ÖNERİLER

DSÖ verilerine göre sezaryen oranları zaman içinde istisnalar hariç tüm dünya ülkelerinde belirgin derecede artmış ve DSÖ'nün önerdiği %10-15 oranının kat kat üzerine çıkmıştır. Ülkemizde de son yıllarda bu artış oldukça dikkat çekicidir. Aile hekimliği uygulaması ile ebe/hemşirelerin doğum öncesi ve esnası etkinlikleri azaltılmış ve sadece kayıt tutar hale getirilmiştir. Tek başına olmasa bile bu durum istatistiksel olarak sezaryen oranını artıran faktörlerden biridir. Bu nedenle antenatal takipler sadece aile hekimleri tarafından yapılmayıp, ebe/hemşirelerle olan işbirliği artırılma yoluna gidilmelidir. Sezaryen oranlarının düşürülerek normal doğumun teşvik edilmesi gerekliliği, hem maternal ve fetal mortalite ve morbidite açısından hem de ulusal maddi yük açısından yadsınamaz bir gereksinimdir.

KAYNAKLAR

- ACOG Committee Opinion (2003). Surgery and patient choice: The ethics of decision making. *Obstet Gynecol.*, 102(5 Pt 1): 1101-1106.
- Balcı, E., Gün, D., Özçelik, B. (2005). Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Doğum Polikliniğine başvuran gebelerin sevk ve sağlık ocaklarını kullanma durumu. *Sağlık Bilimleri Derg.*, 14: 91-96.
- Black, C., Kaye, J. A., Jick, H. (2005). Cesarean delivery in the United Kingdom: Time trends in the general practice research database. *Obstet Gynecol.*, 106(1): 151-155.
- Burns, L. R., Geller, S. E., Wholey, D. R. (1995). The effect of physician factors on the cesarean section decision. *Med Care.*, 33(4): 365-382.
- Chavez, G. F., Takahashi, E., Gregory, K., Durose, S. (1995). Rates of caesarian section delivery-United States 1993. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.*, 44: 303-307.
- Chi, I. C., Whatley, A., Wilkens, L., Potts, M. (1986). In-hospital maternal mortality risk by cesarean and vaginal deliveries in two less developed countries-A descriptive study. *Int J Gynaecol Obstet.*, 24(2): 121-131.
- Clark, S. C., Taffel, S. M. (1996). State variation in rates of cesarean and VBAC delivery: 1989 and 1993. *Stat Bull Metrop Insur Co.*, 77(1): 28-36.
- Cleary-Goldman, J. ve ark. (2005). Impact of maternal age on obstetric outcome. *Obstet Gynecol.*, 105: 983-990.

Kadınların Sezaryen Doğum Tercihleri

- Davis, L. G., Riedmann, G. L., Sapiro, M., Minogue, J. P., Kazer, R. R. (1994). Cesarean section rates in low-risk private patients managed by certified nurse-midwives and obstetricians. *J Nurse Midwifery*, 39(2): 91-97.
- Donati, S., Grandolfo, M. E., Andreozzi, S. (2003). Do Italian mothers prefer cesarean delivery?. *Birth*, 30: 89-93.
- Dölen, İ., Özdeğirmenci, Ö. (2004). Optimal sezaryen hızı ne olmalıdır? Türkiye’de ve Dünyada güncel nedir?. *TJOD Uzmanlık Sonrası Eğitim Derg.*, 7: 113-117.
- Duman, Z. ve ark. (2007). Sağlık çalışanlarının normal doğum ve sezaryen ile ilgili düşünceleri. *Perinatoloji Derg.*, 15(1): 7- 11.
- Gamble, J. A., Creedy, D. K. (2000). Women’s request for a cesarean section: A critique of the literature. *Birth*, 27(4): 256-263.
- Geoghegan, J. ve ark.(2009). Cell salvage at cesarean section: the need for an evidence-based approach. *BJOG*,116(6): 743-747.
- Gomes, U. A., Silva, A. A., Bettiol, H., Barbieri, M. A. (1999). Risk factors for the increasing cesarean section rate in Southeast Brazil: A comparison of two birth cohorts, 1978-1979 and 1994. *Int J Epidemiol.*, 28(4): 687-94.
- Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü (2009). Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, 2008. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı ve TÜBİTAK, Ankara, Türkiye.
- Hall, H. M., Bewley, S. (1999). Maternal mortality and mode of delivery. *Lancet*, 354: 776.
- Handa, V. L., Harvey, L., Fox, H. E., Kjerulff, K. H. (2004). Parity and route of delivery: Does cesarean delivery reduce bladder symptoms later in life?. *Am J Obstet Gynecol.*, 191(2): 463-9.
- Hansen, A. K., Wisborg, K., Ulbjerg, N., Henriksen, T. B. (2007). Elective cesarean section and respiratory morbidity in the term and near-term neonate. *Acta Obstet Gynecol Scand.*, 86: 389-394.
- Hansen, A. K., Wisborg, K., Ulbjerg, N., Henriksen, T. B. (2008). Risk of respiratory morbidity in term infants delivered by elective cesarean section: cohort study. *BMJ*, 336: 85-87.
- Janssen, P. A., Ryan, E. M., Etches, D. J., Klein, M. C., Reime, B. (2007). Outcomes of planned hospital birth attended by midwives compared with physicians in British Columbia. *Birth*, 34(2): 140-147.
- Khawaja, M., Choueiry, N., Jurdi, R. (2009). Hospital-based cesarean section in the Arab region: An overview. *East Mediterr Health J.*, 15(2): 459-469.
- Konakçı, S. K., Kılıç, B. (2002). Sezaryen doğumlar artıyor. *STED*,11(8): 286-288.
- Konakçı, S. K., Kılıç, B. (2004). İzmir’de sezaryen ile doğum oranları ve buna etki eden faktörler. *Jinekoloji-Obstetrik Derg.*, 16(2): 88-95.
- Leslie, S. M., Storton, S. (2007). Appendix: Birth can safely take place at home and in birthing centers. *J Perinat Educ.*, 16(1): 81S-88S.
- Lippman, A. (2004). C-section on demand: not just a matter of choice. *Canadian Women’s Health Network*, 7(2/3): 4, <http://www.cwhn.ca/node/39509> (01.06.2011).
- Liu, S. ve ark. (2004). Recent trends in caesarean delivery rates and indications for caesarean delivery in Canada. *J Obstet Gynaecol Can.*, 26(8): 735-742.
- Martin, J. A., Hamilton, B. E., Ventura, S. J., Menacker, F., Park, M. M. (2002). Births: Final Data for 2000. *National Vital Statistics Reports* 50, 1–102, http://www.cdc.gov/nchs/data/nvsr/nvsr50/nvsr50_05.pdf (23.02.2011)
- Menacker, F., Curtin, S. C. (2001). Trends in cesarean birth and vaginal birth after previous cesarean, 1991–1999. *National Vital Statistics Reports*, 49: 1-16.
- Menacker, F., Hamilton, B. E. (2010). Recent trends in cesarean delivery in the United States. *NCHS Data Brief No.35*, <https://www.gapha.org/wp-content/uploads/2010/03/cesarean.pdf> (23.02.2011).
- Monari, F., Di Mario, S., Facchinetti, F., Basevi, V. (2008). Obstetricians’ and midwives’ attitudes toward cesarean section. *Birth*, 35(2): 129-135.
- Norton, F. C. (1999). International differences in the use of obstetric interventions. *JAMA*, 283: 3286-3291.
- Notzon, F. C., Cnattingius, S., Bergsjö, P. (1994). Cesarean section delivery in the 1980s: International comparison by indication. *Am J Obstet Gynecol.*, 170: 495-504.
- Peipert, J. F., Hogan, J. W., Gifford, D., Chase, E., Randall, R. (1999). Strength of indication for cesarean delivery: comparison of private physician versus resident service labor management. *Am J Obstet Gynecol.*, 181(2): 435-9.
- Renz-Polster, H. ve ark. (2005). Cesarean section delivery and the risk of allergic disorders in childhood. *Clin Exp Allergy*, 35(11): 1466-1472.
- Sarowar, M. G. ve ark. (2010). Calculation of costs of pregnancy- and puerperium-related care: experience from a hospital in a low-income country. *J Health Popul Nutr.*, 28(3): 264-272.
- Schlinzig, A. (2009). Epigenetic modulation at birth - altered DNA-methylation in white blood cells after cesarean section. *Acta Paediatr.*, 98(7): 1096-1099.
- Villar, J. ve ark. (2006). Cesarean delivery rates and pregnancy outcomes: The 2005 WHO global survey on maternal and perinatal health in Latin America. *Lancet*, 367: 1819-29.

Wen, S. W. Ve ark. (2004). Comparison of maternal mortality and morbidity between trial of labor and elective cesarean section among women with previous cesarean delivery. *Am J Obstet Gynecol.*, 191(4): 1263-1269.

Wood, S. H. (2003). Should women be given a choice about fetal assessment in labor?. *MCN Am J Matern Child Nurs.*, 28(5): 292-298.

World Health Statistics 2009. (2009). Health service coverage, 71-81, http://www.who.int/whosis/whostat/EN_WHS09_Full.pdf. (23.02.2011).

Yayla, M., Baytur, Y. (2008). Çok merkezli çoğul gebelik çalışması 1- Epidemiyoloji. *Perinatoloji Derg.*, 16(1): 1-8.

Yılmaz, M., İsaoglu, Ü., Kadanalı, S. (2009). Kliniğimizde 2002-2007 yıllarında sezaryen olan hastaların incelenmesi. *Marmara Medical Journal.*, 22(2): 104-110.

Zanardo, V. ve ark. (2007). Neonatal respiratory morbidity risk and mode of delivery at term: Influence of timing of elective caesarean delivery. *Acta Paediatr.*, 93(5): 643-647.

YAZIM KURALLARI

FLORENCE NIGHTINGALE HEMŞİRELİK DERGİSİ, hemşirelik bakımının tüm yönlerini kapsayan, bilimsel, kuramsal ve felsefi temelli hemşirelik uygulaması, eğitimi, yönetimi ve araştırmaları ile ilgili yazılara açıktır. Dergide yürütülmekte olan araştırmalarla ilgili raporlara, bilimsel ve mesleki hemşirelik seminerlerinde sunulan bildirimlere, araştırma özetlerine, özgün ve ileri hemşirelik kursları ve yeni kitap eleştirilerine yer veren hakemli bir dergidir.

Dergi her yılın Şubat, Haziran, Ekim aylarında yayınlanır ve her üç sayıda bir cilt tamamlanır. Yazılar Türkçe ve İngilizce olabilir. Yazıların sorumluluğu yazarlara aittir.

FLORENCE NIGHTINGALE HEMŞİRELİK DERGİSİ'nde daha önce başka bir yerde yayınlanmamış, hakem değerlendirmesinde olmayan ve Dergi Yayın Kurulu ve Bilimsel Kurul 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. Yazı daha önce bilimsel bir toplantıda sunuldu ise yazının başlığında (*) işareti ile belirtilmeli ve işarete (*), metnin ilk sayfası sonunda toplantı adı, yer ve tarihi belirtilerek açıklama getirilmelidir.

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

Yazılar A4 boyutlarındaki beyaz kağıdın bir yüzüne 1,5 aralıklı olarak, Times New Roman yazı karakterinde, 12 punto ile yazılmalıdır. Sayfanın alt ve sağ yanında 3 cm'lik, üst ve sol yanından 4 cm'lik boşluk bırakılmalıdır. Sayfa sayısı derlemeler için 8, araştırma raporları için en fazla 12 olmalıdır. Yazılar; iudergi.com internet adresine online olarak ya da 3 kopya halinde ve CD'ye son şekli ile kayıt edilmiş olarak yazışma adresine gönderilebilir. Yazarın/Yazarların derginin son sayfasında yer alan "Yazarlık/Yayın hakkı Onay Formu"nu doldurup, imzalayarak yazı ile birlikte göndermeleri gerekmektedir.

Yazarlar tarafından uyulması gereken etik ilkeler:

Dergimize yazı gönderen yazarlar; aşağıda belirtilen etik ilkelere kesinlikle uymak zorundadırlar.

1. "İnsan" ögesinin içinde bulunduğu tüm çalışmalarda "Helsinki Bildirgesi", "İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzu" ve "İyi Laboratuvar Uygulamaları Kılavuzu"nda belirtilen esaslara ve T.C. Sağlık Bakanlığının ilgili yönetmeliklerine uygunluk ilkesini kabul eder.
2. İnsanlar üzerinde yapılan araştırmalarda, "Klinik Araştırmalar Etik Kurul"undan izin alınması ve ilgili belgenin dergiye gönderilmesi zorunludur.
3. Yazarlar, makalenin METOD bölümünde ilgili etik kuruldan ve çalışmaya katılmış insanlardan imzalı "Bilgilendirilmiş gönüllü olur" (informed consent) belgesini aldıklarını belirtmek zorundadır. Etik Kurul onayının bir kopyasının dergiye gönderilmemesi durumunda yazı yayınlanmayacaktır.

4. Olgu sunumlarında hastanın kimliğinin ortaya çıkmasına bakılmaksızın hastalardan veya gereği durumunda yasal temsilcisinden "Bilgilendirilmiş gönüllü olur" (informed consent) belgesi alınmalı ve makalenin olgu sunumu başlığı altında yazılı olarak ifade edilmelidir. Hastadan veya yasal temsilcisinden alınan "Bilgilendirilmiş gönüllü olur" belgesi dergiye yollanmalıdır.
5. **Çıkar Çatışmaları:** Yazarlar, makaleleriyle ilgili çıkar çatışmalarını (varsa) bildirmelidirler. Eğer makalede dolaylı veya dolaysız ticari bağlantı (istihdam edilme, doğrudan ödemeler, hisse senedine sahip olma, firma danışmanlığı, patent lisans ayarlamaları, veya hizmet bedeli gibi) veya çalışma için maddi destek veren kurum mevcut ise yazarlar; kullanılan ticari ürün, ilaç, firma v.b ile ticari hiçbir ilişkisinin olmadığını ve varsa nasıl bir ilişkisinin olduğunu, editöre sunum sayfasında ve ayrıca makalede kaynaklar bölümünden önce "Çıkar çatışması" başlığı altında bildirmek zorundadır.
6. **Yazarlık Katkısı:** Çok yazarlı makalelerde yazarların araştırmaya katkıları (fikir oluşturma, çalışma tasarımı, deneysel uygulamalar, istatistik, makalenin yazımı, v.b) açıklanmalı ve imzalı olarak editöre (yayın hakkı devir formu kapsamı içinde) sunulmalıdır. Yazarlık katkısı bilgisi, kaynaklar bölümünden önce makalede bildirilmek zorundadır.
7. **Maddi destek:** Araştırma için alınmış finansal destek, bağış ve diğer bütün editöryal (istatistiksel analiz, İngilizce/Türkçe değerlendirme) ve/veya teknik yardım varsa açıkça makalenin kaynaklar bölümünden önce bildirilmek zorundadır. Ayrıca yazarlar aşağıda belirtilen alanlarda, varsa çalışmaya sponsorluk edenlerin rollerini beyan etmelidirler: (1) Çalışmanın tasarımı, (2) Veri toplanması, analizi ve sonuçların yorumlanması, (3) Raporun yazılması, (4) Yayın için gönderilmesine karar verilmesi.

Dergiye gönderilen yazılar aşağıdaki bölümleri içerecek şekilde düzenlenmelidir.

ARAŞTIRMA YAZILARI: Her biri ayrı bir sayfadan başlamak koşulu ile başlık sayfası, özetler, metin ve kaynaklar bölümlerini içerir.

Başlık Sayfası: Yazının başlığını takiben yazarların, akademik unvanları ile birlikte, adları ve soyadları, iletişim adresleri (yazışma yapılacak yazarın unvanı, adı ve soyadı, iş adresi, iş telefonu, faks numarası ve e-posta adresi) ve kurumları belirtilmelidir. Yazının 40 karakteri geçmeyen (boşluklar dahil) kısa başlığı da bu bölümde belirtilmelidir. Özet Sayfası: Türkçe ve İngilizce özetler (öz/abstract) 200 kelimeyi geçmeyecek şekilde yazılmalı; özetlerde çalışmanın amacı, yöntem, bulgular ve sonuçlar bölümü olarak kısaca belirtilmelidir. Her iki özet de başlık ve anahtar kelimeler (en az 3, en fazla 5 adet) belirtilmelidir. İngilizce anahtar kelimeler "Index Medicus: Medikal Subject Heading (MeSH)" standartlarına uygun olmalıdır. Türkçe anahtar kelimeler "Türkiye Bilim Terimleri" ne uygun olmalı ve <http://www.bilimterimleri.com> adresinden seçilmelidir. Başlık sayfası italik ve 10 punto olarak yazılmalıdır.

Metin: Araştırma yazılarında metin bölümü; başlık, giriş, gereç ve yöntem, bulgular, tartışma ve sonuç bölümlerinden oluşur. Başlıktan sonra yazar adları belirtilmez.

Giriş bölümünde, çalışmanın amacını belirtmeli ve sadece bu konudaki temel kaynaklara işaret edilmelidir.

Yöntem bölümünde, çalışmanın planı açıklanmalı, örneklem, girişim (müdahale), kullanılan veri toplama yöntemleri, istatistiki değerlendirme yöntemleri ve etik konular açıklanmalıdır. Bulgular bölümünde, bulgular ayrıntılı olarak açıklanmalıdır. Tablo başlıkları tablo üstünde, şekil ve grafik başlıkları şekil ve grafiğin altında, ilk harfleri büyük olacak şekilde yazılmalıdır. Tablo, şekil ya da grafik başka bir kaynaktan alıntı yapılmış ise görsel aracın altında, parantez içinde belirtilmelidir. Tartışma bölümünde, bulguların önemi vurgulanmalı ve başka yazarların bulguları ile karşılaştırılmalıdır. Sonuç ve öneriler bölümünde, çalışmanın sonuçlarına uygun öneriler kısaca vurgulanmalıdır.

DERLEME YAZILARI: Başlık sayfası, Türkçe ve İngilizce özet (öz/abstract), metin ve kaynaklar bölümlerini içermelidir. Metin amaç çerçevesinde bir yapıyı içermeli, sonuç ve öneriler bölümleriyle tamamlanmalıdır.

Araştırma ve derleme yazılarında, kısaltma yapılmış ise ilk kullanımda uzun şekli yazılmalı ve hemen yanında kısaltılmış şekli parantez içinde gösterilmelidir. Daha sonra metinde kısaltılmış şekli kullanılmalıdır.

a) Kitap ise:

Karasar, N. (1995). Araştırmalarda Rapor Hazırlama. 8. basım, 3A Eğitim Danışmanlık Ltd., Ankara, 101-112.

b) Editörlü bir kitap ise:

Bayık, A. (1999). Sağlık eğitimi. Erefe, İ. (Ed.). Halk Sağlığı Hemşireliği El Kitabı. Birlik Ofset Ltd. Şti., İstanbul, 12-19.

c) Çeviri kitap ise:

Kramer, K, Stock, M., Writer, M. (1993). Klinik Muayene Tanı ve Tedavi Klavuzu: Osteoporozda Tanı Yöntemleri. Çeviren: Ü. Ünlü, 2. basım, Yüce Yayınları, İstanbul, 456-459.

d) Kitap bölümü ise:

Buzlu, S. (2002). Diyabetin psikososyal yönü. Erdoğan, S. (Ed.). Diyabet Hemşireliği Temel Bilgiler. Yüce Dağıtım A.Ş., İstanbul, 195-203.

e) Editörün yazar olduğu kitap ise:

Diener, H. C, Winson, M. (Eds.) (1998). Drug-Induced Headache. 2nd ed., Springer Verlag, New York, 48.

f) Yazar adı olmayan kurum yayını ise:

Türk Standartları Enstitüsü (TSE) (1974). Adlandırma İlkeleri, Ankara, 125.

g) Dergide yayınlanan makale ise:

Mutlu, B., Savaşer, S. (2007). Çocuğu ameliyat sonrası yoğun bakımda olan ebeveynlerde stres nedenleri ve azaltma girişimleri. İ. Ü. F. N. Hem. Derg., 15(60): 179-182.

KAYNAKLAR

Metin İçinde Kaynak Gösterme:

Kaynaklar metinde parantez içinde yazarların soyadı ve yayın tarihi yazılarak belirtilmelidir. Birden fazla kaynak gösterilecekse kaynaklar arasında (;) işareti kullanılmalıdır. Kaynaklar alfabetik olarak sıralanmalıdır. Örnekler:

Birden fazla kaynak;

(Esin ve ark. 2002; Karasar 1995)

Tek yazarlı kaynak;

(Akyolcu 2007)

İki yazarlı kaynak;

(Sayiner ve Demirci 2007)

Üç, dört ve beş yazarlı kaynak;

Metin içinde ilk kullanımda: (Ailen, Ciambrune ve Welch 2000)

Metin içinde tekrarlayan kullanımlarda: (Ailen ve ark. 2000)

Altı ve daha çok yazarlı kaynak;

(Çavdar ve ark. 2003)

Kaynaklar Bölümünde Kaynak Gösterme: Kullanılan tüm kaynaklar metnin sonunda ayrı bir bölüm halinde yazar soyadlarına göre alfabetik olarak numaralandırılmadan verilmelidir. Beş yazara kadar tüm yazarların adı yazılmalı, beşten fazla yazar varsa birinci yazardan sonra “ve ark.” ifadesi kullanılmalıdır. Dergi adları Index Medicus’ ta kullanıldığı şekilde kısaltılmalıdır.

Kaynak yazımı ile ilgili örnekler aşağıda verilmiştir.

h) Kongre/Sempozyum bildirisi ise:

Kongre bildirileri kitap haline getirilmiş ise;

Kayır, A. (1986). Tek ve kardeşli ergenlerde şahsiyet yapısı. XXI. Ulusal Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Kongresi Kitabı, Mimeray Ofset, İstanbul, 546-552.

Kongre bildirileri kitap haline getirilmemiş ise;

Kanan, N. (2001). Ağn Yönetimi. XIV. Ulusal Kanser Kongresi, 30 Nisan- 04 Mayıs, İstanbul.

i) Tez ise:

Coşansu, G. (2001). Erişkinlerde diyabet risk faktörlerinin belirlenmesi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, 53-55.

j) İnternet kaynağı ise:

Hiro, D. (1998). Politics Lebanon: Lebanese voting again. IPS World News, 17-25, <http://www.oneworld.org/ips2> (10.02.2000).

k) Bir yazarın aynı yılda yayınlanmış birden fazla yayını kullanıldı ise:

Ferrans, C. E., Powers, M. S. (1985 a). Quality of life index: Development and psychometric properties. Advances in Nursing Science, 8(1): 15-24.

Ferrans, C. E., Powers, M. S. (1985 b). Psychometric assesment of the quality of life index. Reserach in Nursing and Health, 15: 26-36.

Yukarıda sıralanan koşulları yerine getirmemiş çalışma kabul edilmez, eksiklerinin tamamlanması için yazara iade edilir. Yayın Komisyonu tarafından kabul edilen yazılar basıma kabul sırasına göre yayınlanır. Baskı tashihleri yazarlar tarafından yapılır.

FLORENCE NIGHTINGALE HEMŞİRELİK DERGİSİ

Yazarlık / Yayın Hakkı Onay Formu

başlıklı makalenin yazar / yazarları olarak yayın hakkını Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi'ne vermeyi kabul ediyorum / ediyoruz. Yayınlanmasını istediğim / istediğimiz bu makalenin Türkçe ve yabancı dilde herhangi bir dergiye yayınlanmak üzere gönderilmediğini ve daha önce hiçbir dergide yayınlanmadığını bildirip, yazının içeriğı ile ilgili etik ve bilimsel sorumluluğı üstlendiğimi / üstlendiğimizi kabul ederim / ederiz. Birden fazla yazarlı çalışmalar için yazarlar araştırmaya verdikleri katkıyı (çalışmanın tasarımı, veri toplanması, analizi, raporun yazılması ve yayın için gönderilmesi vb.) aşağıda verilen tabloda belirterek imzalamalıdır.

Yazar / Yazarlar	Makaleye Katkısı	İmza	Tarih
-----	-----	-----	-----
-----	-----	-----	-----
-----	-----	-----	-----
-----	-----	-----	-----

