

**EGE ÜNİVERSİTESİ
HEMSİRELİK YÜKSEK OKULU
DERGİSİ**

Cilt: 20

Sayı: 1

2004



Yayın Sahibi

Prof. Dr. Zeynep CONK
Hemsirelik Yüksek Okulu Adına

Sorumlu Müdür

Prof. Dr. Ahsen SIRIN

Yayın Alt Komisyonu

Prof. Dr. Çiçek FADİLOGLU (Baskan)
Prof. Dr. Gülümser ARGON
Prof. Dr. Alev DRAMALI
Prof. Dr. Zeynep CONK
Prof. Dr. Ayla BAYIK

Dergi Yayın Kurulu

Prof. Dr. Zeynep CONK (Editör)
Prof. Dr. Ahsen SIRIN
Doç. Dr. Olcay ÇAM (Editör Yrd)
Doç. Dr. Leyla KHORSHID
Doç. Dr. Zümrüt BASBAKKAL
Doç. Dr. Süheyla Altug ÖZSOY
Yrd. Doç. Dr. Senay ÖZEN KAYMAKÇI

Basım Yeri

Ege Üniversitesi Basimevi
Bornova – İzmir

Baskı Tarihi

27.06.2005

Yönetim Yeri

Ege Üniversitesi Hemsirelik Yüksek Okulu

Ege Üniversitesi Hemsirelik Yüksek Okulu (EÜHYO) tarafından
yilda iki sayı/bir cilt olarak yayınlanir.

AÇIKLAMALAR

Bu dergi 22 Ekim 1984 gün ve 18553 sayılı Resmi Gazetede yayınlanan "Üniversitelerde Ders Aracı Olarak Kullanılan Kitaplar, Teksirler ve Yardımcı Ders Kitapları Disindeki Yayınlarla İlgili Yönetmelik" bağlamında yayınlanmaktadır.

Yayın Türleri

Adi geçen yönetmeliğin 2. ve 3. maddeleri uyarınca dergide eğitim ve araştırmaları çalışmalarına paralel olarak orjinal araştırma raporları, bilimsel tarama yazıları, yeni bir yöntem veya teknik tanımlayan kısa bildiri yazıları ve çok önemli bilimsel çeviriler yayınlanabilir.

Yayın Hakları

Yayınlanacak yazıların bilim dil bakımından sorumluluğu yazarlara aittir. Yayın Kurulu gerekli değişiklik veya kısaltmaları yazardan isteyebilir veya yazarın izni alınarak içeriği bozmayacak değişiklikler yapabilir. Basılmayacak yazılar için bir ay içinde yazara bilgi verilir.

HEMSİRELİK YÜKSEK OKULU DERGİSİ
DANISMA KURULU ÜYELERİ

Prof. Dr. Alev DRAMALI	Prof. Dr. Ayse ÖZCAN
Prof. Dr. Zeynep CONK	Prof. Dr. Filiz ULUSOY
Prof. Dr. Çiçek FADİLOGLU	Prof. Dr. Kamerya BABADAG
Prof. Dr. Ayla BAYIK	Prof. Dr. Gülsün TASOÇAK
Prof. Dr. Gülümser ARGON	Prof. Dr. Güler ÇİMETE
Prof. Dr. Aynur ESEN	Doç. Dr. Günsel BASER
Prof. Dr. Ayfer KARADAKOVAN	Doç. Dr. Zümrüt BASBAKKAL
Prof. Dr. Ahsen SIRIN	Doç. Dr. Leyla KHORSHID
Prof. Dr. Gülseren KOCAMAN	Doç. Dr. İsmet ESER
Prof. Dr. Zuhâl BAHAR	Doç. Dr. Ümran SEVİL
Prof. Dr. Gülümser KUBILAY	Doç. Dr. Süheyla Altug ÖZSOY
Prof. Dr. Semra ERDOĞAN	Doç. Dr. Olcay ÇAM
Prof. Dr. Seçil AKSAYAN	Doç. Dr. Lale ALGIER
Prof. Dr. Ümit SEVİG	Doç. Dr. Sebahat GÖZÜM
Prof. Dr. Nimet KARATAS	Doç. Dr. Nursen NAHÇIVAN
Prof. Dr. Hatice PEK	Doç. Dr. Oya Nuran EMİROĞLU
Prof. Dr. Sevim SAVASER	Doç. Dr. Suzan YILDIZ
Prof. Dr. Hicran ÇAVUSOĞLU	Doç. Dr. Firdevs ERDEMİR
Prof. Dr. Nuran AKDEMİR	Doç. Dr. Ayse OCAKÇI
Prof. Dr. Zehra DURNA	Doç. Dr. Nuray ENÇ
Prof. Dr. Tülin BEDÜK	Doç. Dr. Fatma ETİ ASLAN
Prof. Dr. Nermin OLGUN	Doç. Dr. Türkan PASINLIOĞLU
Prof. Dr. Sevgi HATIPOĞLU	Doç. Dr. Ferda ULUFER ÖZBASARAN
Prof. Dr. Fethiye ERDİL	Doç. Dr. Nuran KÖMÜRCÜ
Prof. Dr. Deniz SELİMEN	Doç. Dr. Nesrin ASTI
Prof. Dr. Nevin KANAN	Doç. Dr. Sevim BUZLU
Prof. Dr. Güler AKSOY	Doç. Dr. Kadriye BULDUKOĞLU
Prof. Dr. Neriman AKYOLCU	Doç. Dr. Selma DOĞAN
Prof. Dr. Nalan Özhan ELBAS	Doç. Dr. Besti ÜSTÜN
Prof. Dr. Hülya OKUMUS	Doç. Dr. Fatma ÖZ
Prof. Dr. Nur İNANÇ	Doç. Dr. Sule ECEVİT ALPAR
Prof. Dr. Hediye ARSLAN	Doç. Dr. Süheyla ABAAN
Prof. Dr. Hacer KARANISOĞLU	

İÇİNDEKİLER

Editörden

Arastirmalar

- Hemodiyaliz Tedavisi Alan Hepatit C Virüsü (HCV) Pozitif Hasta ve Ailelerine Yapılan Bilgi Transferinin Etkililiginin Degerlendirilmesi
Gülay OYUR ÇELİK· Türkan ÖZBAYIR..... 1-10
- Hemsirelik Yüksek Okulu Birinci ve Üçüncü Sınıf Öğrencilerinin Cinsellige Bakis Açilari ve Cinsel Egitim Konusundaki Görüslerinin Karsilastirilmesi
Ümran SEVİL, Gül (KARACAN)ERTEM, Oya KAVLAK,
Ayden ÇOBAN, Senay ÜNSAL ATAN..... 11-22
- Psikiyatri Hemsireligi Klinik Uygulamalarında Öğrenci Hemsirelerin Hemsirelik Süreci Raporlarının Degerlendirilmesi
Olçay Çam, Gönül ÖZGÜR, Ayça GÜRKAN, Seyda DÜLGERLERE
Esra ENGIN23-34
- Diyaliz Hastalarında Uyku Kalitesi ve Yasam Kalitesi Arasındaki İliiski
Yasemin KUZEYLI YILDIRIM, Çiçek FADILOGLU,
Asiye DURMAZ AKYOL, Betül ÜNAL35-46
- Öğrencilerin Sosyo-Kültürel Özellikleri, Durumluk-Sürekli Kaygi Düzeyleri ve Basa Çikma Becerilerinin İncelenmesi
Aysegül BILGE, Ilknur PEKTAS.....47-55
- Üniversite Hastanesinde Görev Yapan Hemsirelerin Is Doyumu Düzeyleri ve Etkileyen Faktörler
Aynur ÇETINKAYA, Ferda ÖZBASARAN57-76
- Üniversite Öğrencilerinin Sagligi Gelistirme Davranisi ve Bu Davranisi Etkileyen Etmenlerin Belirlenmesi
Ayten ZAYBAK, Çiçek FADILOGLU 77-95
- Üniversite Öğrencilerinin İlaç Kullanim Durumlarının İncelenmesi*
Sinem IPTES, Leyla KHORSHID..... 97-106
- Tüberkülozlu Hastaların Evde Bakim Tercihlerinin Saptanmasi*
Sibel KARACA SIVRIKAYA, Seher ERGÜNEY..... 107-115

Derleme Yazilar

- Çocuk Sagligi ve Hastaliklarında Atravmatik Hemsirelik Bakimi (Ağri ve Ağrili Uygulamalarda Hemsirelik Yaklasimi)
Ayse OCAKCI, Emel YIGEN..... 117-126
- Ev İçi Siddetin Yönetiminde Acil Servis Hemsiresinin Rolü
Gülseren ÜNAL, Aysegül BILGE 127-137
- Neonatal Tetanozun (Nt) Önlenmesinde Ebe ve Hemsirenin Rolü
Ummahan YÜCEL, Selmin SENOL..... 139-147
- Kronik Hematoloji Hastalarına "Evde Saglik Bakimi" Hizmetlerinin Sunulabilirliigi
Figen OKÇIN, Selmin SENOL..... 149-156

EDITÖRDEN

Sevgili Okurlar,

Teknolojik ilerlemelerin zirve yaptığı günümüzde biopsikosozyal varlık olan insanın önemi de artmış, her yaş grubunun, her koşulda sağlığının korunması ve geliştirilmesi konusunda çalışmalar ve öneriler ön plana geçerken, açlık, işsizlik, hastalık doğal afet, terör, savaş vs. gibi açmazlarla boğusan insanoglu bu trajik sorunlar içinde çaresizliğe mahkum edilmiştir.

Sağlığın iyileştirilmesi, korunması ve geliştirilmesi yolunda çaresizliklere, çare olmayı hedefleyen hemşirelik mesleği toplumların gereksinimlerinden yola çıkarak filizlenmiş, gelişmiş, büyümüş ve bu gün talep edilen meslekler arasında yer almıştır. Bu yapılanma asamalarında ülkemizde de yollar katedilmiş ve hemşirelik mesleğinin, lise eğitimi üzerine 4 yıl mesleki eğitim programlarından geçerek üniversite düzeyinde kazanılması gereken bir meslek olduğu Avrupa Birliği Uyum Programları içinde kabul edilmiştir. Ancak birtakim siyasal baskı ve isteklerin etkin olduğu durumlarda değişik gerekçelerle bu statüyü aşağı çekme çalışmaları da süregelmektedir. Bu çalışmaların Üniversite düzeyinde Hemşirelik eğitimi veren yüksek öğretim kurumlarının ve mesleki örgütlerin görüş ve onayları olmadan yapılıyor olması, toplumsal duyarlılığı yüksek olan hemşirelik camiasını üzmemekte ve yaralamaktadır.

Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi'nin sizlere sunulan 2004 yılının bu ilk sayısında, mesleğin eğitimi ve uygulamasında kaliteyi yakalamaya yönelik araştırma konularına ve literatürdeki yenilikleri içeren derleme makalelere yer verilmiştir.

Bu sayıdan itibaren dergimize <http://rektorluk.ege.edu.tr/~library/egedergi.htm> adresinden kolaylıkla ulaşabilirsiniz.

Tüm okurlarımıza beklentilerinin karşılandığı güzellikler dolu günler dilerim. Saygılarımla.

Prof. Dr. Zeynep CONK
EDITÖR

İletişim Adresi:

Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu
Çocuk Sağlığı ve Hast. Hemşireliği Anabilim Dalı
35100 Bornova-İZMİR
Tel : 0.232.38811103/113
Fax : 0.232.388 63 74
Email : conk@med.ege.edu.tr.

**HEMODİYALİZ TEDAVİSİ ALAN HEPATİT C VIRÜSÜ (HCV) POZİTİF
HASTA VE AİLELERİNE YAPILAN BİLGİ TRANSFERİNİN
ETKİNLİĞİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

*THE EVALUATION OF THE EFFICIENCY OF KNOWLEDGE TRANSFER TO
THE POSITIVE PATIENTS WITH HEPATİTİS C (HCV) WHO RECEIVING
HEMODİALYSIS TREATMENT AND TO THEIR FAMILIES*

Gülşay OYUR ÇELİK Türkan ÖZBAYIR

*Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği
Anabilim Dalı, Bornova/İZMİR

Anahtar Sözcükler: Hepatit C Virus (HCV), Hemodiyaliz, Bilgi Transferi
Key Words: Hepatitis C (HCV), Hemodialysis, Knowledge Transfer

* I. Uluslararası ve VIII Ulusal Hemşirelik Kongresi'nde Poster Bildiri Olarak Sunuldu. 29
Ekim-2 Kasım 2000 Antalya/TÜRKİYE

ÖZET

HCV dünyadaki önemli enfeksiyon hastalıkları arasındadır. HCV' nin yayılımının önlenmesinde etkin bir yöntemde, toplumda problemi yaşayan bireylerin (hastaların) eğitimidir. Bu bireyler öğrendiklerini yakın çevrelerine aktardıklarında, kısa sürede büyük kitlelere bilgi transferi gerçekleştirilecektir.

Araştırmada, HCV pozitif (+) hemodiyaliz hastalarına HCV' nin tanısı, tedavisi, bulaşma yolları, ve HCV'den korunmaya yönelik verilen sağlık eğitiminin bilgi transferi yöntemiyle risk altında olan ailelerine aktarılmasının değerlendirilmesi amaçlandı.

Araştırma betimsel, retrospektif, analitik, prospektif ve yarı deneysel olarak yapıldı. Araştırmaya 1 Ocak- 30 Ağustos 1999 tarihleri arasında Ege Üniversitesi Diyaliz Merkezine ve Gastroenteroloji Bilim Dalına başvuran HCV(+) hastalar ve bu hastaların birinci dereceden ikiser yakını alındı. Çalışmanın uygulanabilmesi için Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulundan izin alındı. Geçerlilik güvenilirlik için bes uzman görüşüne başvuruldu ve araştırmayı kabul eden 30 karaciğer hastası üzerinde anket formu test edilerek geçerlilik ve güvenilirliği saptandı. Deney grubunu; HCV (+) 20 hemodiyaliz hastası ve 38 hasta yakını, kontrol grubunu; HCV (+) 20 gastroenteroloji hastası ve 38 hasta yakını oluşturdu. Eğitim programı öncesinde deney grubuna ön test uygulandı, eğitim kitapçığı dağıtıldı ve araştırmacı tarafından birebir eğitim yapıldı. Kontrol grubuna ise sadece ön test uygulandı.

Deney ve kontrol grubu tüm hasta ve yakınlarına ön test uygulanmasından bir ay sonra HCV konusunda bilgi düzeylerini belirlemek amacıyla son test uygulandı.

Arastırmanın sonucunda; verilen planlı eğitim sonrasında deney grubu hasta ve yakınlarının, HCV'nin tanınması, tedavisi, bulaşma ve korunma yolları hakkındaki bilgi düzeyleri yükseldi, kontrol grubu hasta ve yakınlarının bilgi düzeylerinde bazen gerileme, bazen de değişme olmadığı belirlendi. Bu veriler doğrultusunda bilgi transferinin etkililiği kanıtlandı ve sağlık eğitiminde hastalardan da faydalanılabileceği sonucuna varıldı. Arastırmanın sonunda kontrol grubu hasta ve yakınlarına HCV hakkında eğitim verildi.

SUMMARY

HCV is among the most important infections diseases all over the world. The effective way in preventing of spreading of HCV, is the education of the patients who have this problem. When these individuals transferred the things that they learnt to their close environment, the knowledge transfer to big masses of people will be achieved in the shortest time.

In this study, it was aimed that the conveying of the health education given to HCV positive hemodialysis patients about HCV's description, treatment, the ways of infection and directing to protection of HCV, with the knowledge transfer method to the families under risk should be assessed.

The survey was done in a descriptive, retrospective, analitic, prospective and semi-experimental way. In the survey, the HCV patients who applied to Agean Universty Dialysis Center and Gastroentology Main Science Branch between the dates 1 January- 30 August 1999 and two of their first degree relatives were included. In order to be able to apply the study, the permission was taken from Agean University Ethic Committee and after five specialists point of views were obtained for validity and reliability the poll form was tested on 30 liver patients. Experimental group was formed of 20 HCV(+) hemodialysis patients and 38 close relations of these patients, control group made up of 20 gastroentology patients and 38 close relations of them. Before the education program, pre-test had been given to the experimental group, training booklet had been distributed, and one-to-one training had been carried out by the surveyor. The control group was only given the pre-test. A month after being given pre-test to experimental and control group's patients and their relatives, the post-test, aiming at determining their knowledge level about HCV was applied.

As a result, it was established that after the planned training given to experimental group patients and their relatives, their knowledge level concerning HCV's diagnosis, treatment, the way of infection and protection was raised however in the level of knowledge of control group patients and their relatives sometimes retardation, sometimes no changes were observed. In the direction of the data, the efficiency of the knowledge transfer was proved and it was concluded that it was possible to take advantage of patients in health education as well. At the end of the study, control group patients and their relatives were given education about HCV.

GIRIS

HCV dünyada yüksek prevalansa sahip enfeksiyon hastaliklari arasindadir. Tüm dünyada en az 170 milyon kisinin HCV tasidigi bilinmektedir. Türkiye'de HCV enfeksiyonu prevalansi ise %0.3 ile %1.8 arasinda degismektedir. Ayrıca Türkiye'deki HCV'de riskli gruplar incelendiginde bu grup içinde birinci sirayi parenteral ilaç bagimlilari, ikinci sirayi da hemodiyaliz hastalari almaktadır. Yapılan tüm arastirmalarda görüldüğü üzere HCV' nin hemodiyaliz hastalari prevalansi yüksektir. Prevalansi yüksek olan bu grubun hastaligin yayiliminda aktif rol oynayabilecegi düşünölmektedir. Bunun yaninda HCV'nin belirli bir tedavisinin veya asisinin olmamasi da toplumdaki yayilimini hizla arttirmaktadır. Bu baglamda etkin tedaviler ve asilar gelistirilene kadar bu hastalikla mücadelede en etkin yöntemin toplumun aydinlatilmasi ve bilinçlendirilmesinde egitimin olduğu kabul edilmelidir (Aksit ve ark. 1993, Enfeksiyon Bülteni 1996, Esen 1993, Sönmezoglu 1993, Mistik ve ark. 2001, Özer ve ark. 2003).

Kisilere dogru bilgi kazandirmayi ve davranislarini bu bilgiler dogrultusunda degistirmeyi amaçlayan saglik egitimi çalismalarinin toplunun tüm kesimlerini kapsayacak sekilde yayginlastirilmasi gerekmektedir. Özellikle HCV gibi tedavisi ve asisi olmayan yüksek prevalansli enfeksiyon hastaliklarinda; bulasma yollarina bakildiginda aile içi geçisi saglayan etkenlerin olması HCV' den korunma ilkelerini öğrenme ve öğretmeyi gündeme getirmektedir (Sönmezoglu 1993, Türkistanli 1993).

Toplum sagliginin gelistirilmesi ile ilgili saglik egitim programlarinda bilgi transferi yöntemi uygulanmaya baslanmistir. Ancak bu yöntemde simdiye kadar bilgi transferini gerçeklestirmede ilk,orta ve lise öğrencilerinden yararlanilmistir. Bu çalismada bilgi transferi yönteminde; toplumda problemi yasayan bireylerin (hastalarin) egitimi ve bu bireylerin öğrendiklerini yakin çevrelerine aktarmalari söz konusudur. Böylece kısa sürede büyük kitlelere bilgi transferi gerçeklestirilebilecegi düşünölmüştür. Toplumun bilgilendirilmesinde amaç kısa zamanda genis kitlelere ulasmaktır. Bu baglamda bilgi transferi yöntemi iyi bir saglik egitim modelidir.

Dolayisiyla HCV (+) hemodiyaliz hastalarinin bilgilendirilmesi ve bu bilginin yakin çevrelerine kısa sürede aktarilmasi toplumun egitimine olanak saglayacaktır.

Hemsirelerin egitimci rolleri göz önüne alindiginda; bilginin hastaya aktarilmasinda en etkin kisilerin hemsireler olduğu düşünölmüştür. Bu baglamda bilgi transferi yönteminin de bilginin hastaya ve hasta tarafından yakinlarina aktarilmasinda etkin bir rol oynayacağı düşünölmüştür.

AMAÇ

Arastirma HCV(+) hemodiyaliz hastalarına HCV'nin tanisi, tedavisi, bulasma yollari ve HCV' den korunmaya yönelik verilen saglik egitim bilgisi transferi yöntemiyle HCV tarafından risk altında olan ailelerine aktarilmasinin degerlendirilmesi amaçlanmistir.

GEREÇ VE YÖNTEM

Arastirma betimsel, retrospektif, analitik, prospektif ve yari deneysel olarak yapildi. Arastirmaya 1 Ocak- 30 Agustos 1999 tarihleri arasında Ege Üniversitesi Diyaliz Merkezine ve Gastroenteroloji Bilim Dalina basvuran HCV (+) hastalar ve bu hastaların birinci dereceden ikiser yakini alındı. Çalışmanın uygulanabilmesi için Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulundan izin alındı. Arastirmaci tarafından hazirlanan 34 soruluk anket formu bes uzman görüşü alındıktan sonra 30 karaciger hastasi üzerinde anketin anlasilirligi konusunda test edildi. Deney grubunu; HCV (+) 20 hemodiyaliz hastasi ve 38 hasta yakini, kontrol grubunu; HCV (+) 20 gastroenteroloji hastasi ve 38 hasta yakini olusturdu. Egitim programi öncesinde deney grubu hastalarına ön test uygulandı, eğitim kitapçigi dagıtıldı ve arastirmaci tarafından birebir olarak iki hafta eğitim verildi. Eğitim vermeye baslanılan ilk haftada HCV'nin tanimi, bulasma yollari gibi konularda eğitim yapildi, ikinci haftada HCV'nin önemli belirti ve bulgulari, korunma yollari, ailedeki risk gruplari ve tedavi yöntemlerini içeren eğitimle birlikte, geçmiş bilgileri pekiştirmek amacıyla bir hafta öncesinin tekrari yapildi ve eksik bilgiler tamamlandı. Arastirmanin basında kontrol grubuna sadece ön test uygulandı. Kontrol grubunun bilgi eksikligini gidermek için arastirmanin sonunda arastirmaci tarafından hazirlanan eğitim kitapçigi dagıtılarak, birebir eğitim verildi.

Deney ve kontrol grubu tüm hasta ve yakınlarına ön test uygulanmasından bir ay sonra HCV konusunda bilgi düzeylerini belirlemek amacıyla son test uygulandı.

BULGULAR VE TARTISMA

Tablo 1'de; Deney grubu hastaların %55.0'i erkek, % 30.0'i 18-31 ve %30.0'i 32-45 yas grubunda, %45.0'inin ortaokul-lise mezunu, %65.0'inin evli oldugu, %85.0'inin çalışmadigi, %60.0'inin mesleki statüsünün orta oldugu, %80.0'inin gelirinin gidere denk oldugu, %50.0'inin İzmir' de yasadigi, %75.0'inin evde 1-3 kisi oldugu; çalışma grubu hasta yakınlarının ise: %68.0'i kadın, % 42.1'i 46-59 yas grubunda, %42.1'inin ilkokul mezunu, %52.6'inin evli oldugu, %65.8'inin

çalışmadığı, %78.9'unun mesleki statüsünün düşük olduğu, %84.2'inin gelirinin gidere denk olduğu, %31.6'nin hastaya yakınlığında esi, %31.6'nin 18 yaşından büyük çocuğu olduğu saptandı. Kontrol grubu hastaların %55.0'i kadın, % 65.0' i 46-59 yaş grubunda, %40.0' inin ilkokul, %40.0'inin ortaokul-lise mezunu, %100.0' ünün evli olduğu, %75.0'inin çalışmadığı, %50.0'nin mesleki statüsünün düşük olduğu,

Tablo 1. Deney ve Kontrol Grubu Hasta ve Yakınlarına İlişkin Sosyo-Demografik Özellikler

Sosyo-Demografik Özellikler		Deney Grubu				Kontrol Grubu			
		Hasta		Hasta yakını		Hasta		Hasta Yakını	
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Cinsiyet	Kadın	9	45.0	26	68.4	11	55.0	17	44.7
	Erkek	11	55.0	12	31.0	9	45.0	21	55.3
Yaş	18-31	6	30.0	9	23.7	1	5.0	13	34.3
	32-45	6	30.0	10	26.3	5	25.0	11	28.9
	46-59	5	25.0	16	42.1	13	65.0	11	28.9
	60+↑	3	15.0	3	7.9	1	5.0	3	7.9
Eğitim Durumu	Okur-Yazar	3	15.0	2	5.3	1	5.0	1	3.9
	İlkokul	6	30.0	16	42.1	8	40.0	7	15.2
	Orta-Lise	9	45.0	15	39.5	8	40.0	17	42.1
	Fak/Yük	2	10.0	5	13.1	1	5.0	13	34.3
Medeni Durumu	Evli	13	65.0	20	52.6	20	100.0	25	65.8
	Bekar	7	35.0	13	34.2	-	-	12	31.1
	Dul	-	-	5	13.1	-	-	1	2.6
Çalışma Durumu	Çalışıyor	3	15.0	13	34.2	5	25.0	5	25.0
	Çalışmıyor	17	85.0	25	65.8	15	75.0	15	75.0
Mesleki Statü	Yüksek	1	5.0	-	-	3	15.0	8	21.1
	Orta	12	60.0	8	21.1	7	35.0	11	28.9
	Düşük	7	35.0	30	78.9	10	50.0	19	50.0
Sosyo Ekonomik Durum	Gelir↑	1	5.0	1	2.6	2	10.0	-	-
	Gelir=Gider	16	80.0	32	84.3	18	90.0	36	94.7
	Gider↑	3	15.0	5	13.1	-	-	2	5.3
Yasanan Bölge	Izmir içi	10	50.0	-	-	17	85.0	-	-
	Izmir Dışı	10	50.0	-	-	3	15.0	-	-
Evde Yasayan Kisi Sayısı	1-3	15	75.0	-	-	15	75.0	-	-
	4-7	5	25.0	-	-	5	25.0	-	-
Yakınlık Derecesi	Esi	-	-	12	31.6	-	-	20	52.6
	18've↑ Çocukları	-	-	-	-	-	-	-	-
	Annesi	-	-	12	31.6	-	-	16	42.1
	Babası	-	-	6	15.8	-	-	1	2.6
	Kardeş Yada Aynı Evde Oturan	-	-	3	7.9	-	-	-	-
	Akrabası	-	-	5	13.1	-	-	1	2.6
TOPLAM		20	100.0	38	100.0	20	100.0	38	100.0

%90.0' inin gelirinin gidere denk olduğu, %85.0' inin İzmir' de yaşadığı, %75.0' inin evde 1-3 kişi olduğu; kontrol grubu hasta yakınlarının ise: %55.3' ü erkek, % 28.9' unun 32-45, % 28.9' unun 46-59 yaş grubunda, %42.1' inin ortaokul-lise mezunu, %65.8' nin evli olduğu,

%63.2' nin çalismadigi, %50.0' nin mesleki statüsünün düşük oldugu, %94.7'nin gelirinin gidere denk oldugu, %52.6' nin hastaya yakinliginda esi, %42.1' inin 18 yasından büyük çocuğu oldugu belirlendi.

Tablo 2. Deney ve Kontrol Grubu Hastaların Ön Test ve Son Test Bilgi Puan Ortalamalarının Dağılımı

Degisken	N	Ön Test Puan Ortalamasi		Son Test Puan Ortalamasi	
		X	SD±	X	SD±
Deney Grubu	20	16.95	7.76	31.20	3.51
Kontrol Grubu	20	24.15	5.40	20.75	5.39
TOPLAM	40	F=1.38	P=0.02	F=1.52	P=0.00

Tablo 2'de; Arastirmaya katılan deney grubu hastaların (DGH) ve kontrol grubu hastaların (KGH) ön-test ve son-test bilgi puanları görülmektedir. DGH' larin ön-test bilgi puanı ortalamaları 16.95, KGH' larin 24.5, DGH' larin son-test bilgi puanı ortalamaları; 31.20, KGH' larin son-test bilgi puanı ortalamaları ise; 20.75 olarak saptandı. DGH' larin ve KGH' larin ön-test ve son-test bilgi puan ortalamaları arasında yapılan istatistiksel analize göre fark $\alpha = 0.05$ düzeyinde anlamlı bulundu. Bu sonuçlara göre; DGH' larin ve KGH' larin ön-test bilgi puan ortalamalarının "kısmen yeterli" olduğu belirlenmesine karsin DGH' larin son-test bilgi puan ortalamaları "yeterli", KGH' larin son-test bilgi puan ortalamaları "kısmen yeterli" olarak saptandı. Arastirma sonuçları literatürle paralellik göstermektedir (Türkistanlı 1993, Erbas 1998, Önel 1998).

Tablo 3. Deney ve Kontrol Grubu Hasta Yakınlarının Ön Test ve Son Test Bilgi Puan Ortalamalarının Dağılımı

Degisken	N	Ön-Test Puan Ortalamasi		Son-Test Puan Ortalamasi	
		X	SD±	X	SD±
Deney Grubu	38	10.78	5.05	28.89	2.43
Kontrol Grubu	38	16.76	4.68	16.78	4.68
TOPLAM	76	F=0.01	P=0.00	F=0.02	P=0.00

Tablo 3'de: Deney grubu hasta yakınlarının (DGHY) ön-test bilgi puan ortalaması 10.78, kontrol grubu hasta yakınlarının (KGHY) ön-test bilgi puan ortalaması ise 16.76' dir. DGHY'nin son-test bilgi puan ortalaması 28.89, KGHY'nin son-test bilgi puan ortalaması ise 16.78 olarak saptanmıştır. DGHY ve KGHY'nin ön-test ve son- test bilgi puan ortalamaları arasında yapılan istatistiksel analize göre fark $\alpha = 0.05$ düzeyinde anlamlı bulunmuştur. Ön-test sonuçlarına göre; her iki grubun bireylerinin HCV konusunda yeterli bilgiye sahip olmadıkları belirlenirken; son-test sonuçlarına göre ise; DGHY'nin HCV hakkındaki bilgi düzeylerinin artmış olduğu buna karsin KGHY'nin HCV hakkındaki bilgi düzeylerinde herhangi bir değişme olmadığı belirlenmiştir. Bu

durum DGH'rina verilen planli eğitim sonrasında ailelerine bilgi transferinin gerçekleştiğini göstermektedir. Bulgularımız literatür ile paralellik göstermektedir. (Türkistanlı 1993, Erbas 1998, Önel 1998).

Tablo 4. Deney ve Kontrol Grubu Hasta ve Yakınlarının Bilgi Kazanç Puan Ortalaması Arasındaki Farkın Dağılımı

Değişken	Deney Grubu Bilgi Kazanç Puan Ortalaması			Kontrol Grubu Bilgi Kazanç Puan Ortalaması		
	N	X	SD±	N	X	SD±
Hasta	20	14.25	5.98	20	-3.40	4.54
Hasta Yakini	38	18.10	4.65	38	0.0216.76	0.16
TOPLAM	58	F=0.96	P=0.01	58	F=480.55	P=0.01

Tablo 4'de: DGH'lerin bilgi kazanç puan ortalamaları 14.25, KGH'lerin bilgi kazanç puan ortalamaları -3.40, DGHY'nin bilgi kazanç puan ortalaması 18.10, KGHY'nin bilgi kazanç puan ortalaması 0.02 olarak saptandı. Yapılan istatistiksel analizde $\alpha=0.05$ düzeyinde anlamlı fark bulundu. Bu sonuçlara göre DGH'lerin, HCV konusunda edindikleri bilgileri ailelerine aktarmada başarılı olduğu saptandı. Araştırma sonuçları, (Türkistanlı 1993, Erbas 1998, Önel 1998) literatür sonuçları ile paralellik göstermektedir.

Tablo 5'de: Araştırmaya katılan deney ve kontrol grubu, hasta ve yakınlarının, ön-test ve son-test sonuçlarına bakılarak davranışlarındaki değişim incelendi. Manikür yaptırma, esleri ve partnerleri dışında baskaları ile birlikte olma, cinsel ilişki sırasında önlem alma, ailede ortak esya (Tırnak makası, jilet, cimbiz, tıraş makinesi, havlu, hasta ile aynı tuvaletin kullanımı vb.) kullanıp kullanmama durumuna göre yapılan istatistiksel analizde fark $\alpha=0.05$ düzeyinde anlamlı bulundu. Bu sonuç; deney grubu hastalarına HCV'nin tanısı, tedavisi, bulasma ve korunma yollarına ilişkin verilen planli eğitim sonrasında ailelerine bilgi transferinin gerçekleştiğini göstermektedir. Kontrol grubu hasta ve yakınlarının davranışlarının değişim sebebi ise bu grubun hastalarının araştırma öncesinde eğitim almamasından kaynaklanmaktadır. Özellikle kan yolu ve cinsel ilişki ile bulaşan (HCV, HBV, AIDS vb.) hastalıklar toplumda bazı eşyaların ortak kullanımı ile kolayca bulaşabilir (Arter 1997, Çolakoglu 1994, Donahye 1992). Güzellik salonlarında kullanılan manikür aletlerinin, berberde kullanılan ustuların steril edilmemesine, cinsel ilişki sırasında prezervatif kullanılmamasına, aynı evde yaşayan kişilerin ortak eşyalar kullanmalarına (jilet, cimbiz, tırnak makası vb.) bağlı olarak, bu tip hastalıklar hızla yayılmaktadır. Araştırma sonuçlarına göre bireylerin sakıncalı olduğu düşünülen davranışlarında olumlu değişiklikler belirlendi. Bulgularımız literatüre uyum göstermektedir (Gürbüz 1993, Senyer 1997).

Tablo 5. Arastirmaya Katilan Hasta ve Yakinlarinin Ön Test ve Son Test Sonuçlarına Göre Davranislarinda Meydana Gelen Degisikliklerin Dagilimi

Davranis Degisikligi		Çalışma grubu		Kontrol grubu		Çalışma grubu		Kontrol Grubu	
		Hasta	Hasta	Hasta	Hasta	Hasta Yakini	Hasta yakini	Hasta yakini	Hasta yakini
		Ön Test	Son Test	ÖnTest	Son Test	Ön Test	Son Test	Ön Test	Son Test
		Sayi %	Sayi %	Sayi %	Sayi %	Sayi %	Sayi %	Sayi %	Sayi %
Manikür	Yaptiran Yaptirmayan	1 5.0	- -	4 20.0	4 20.0	9 23.7	3 7.9	13 34.2	13 34.2
		19 95.0	20 100.0	16 80.0	16 80.0	29 76.3	35 92.1	25 65.8	25 65.8
		X ² :7.00 p<0.05				X ² :18.55 p<0.05			
Esleri yada partnerleri disinda baskalari ile birlikte olma	Olanlar	2 10.0	1 5.0	1 5.0	3 15.0	1 2.6	- -	7 18.4	7 18.4
	Olmayanlar	18 90.0	19 95.0	19 95.0	17 85.0	7 97.4	38 100.0	31 81.6	31 81.6
		X ² :9.47 p<0.05				X ² :38.00 p<0.05			
Cinsel iliski sirasinda tedbir alma (Prezervatif)	Kullanan Kullanmayan Cinsel iliskisi olmayan	8 40.0	- -	10 50.0	11 55.0	26 68.4	14 36.8	17 44.7	17 44.7
		9 45.0	16 80.0	10 50.0	9 45.0	9 23.7	22 55.3	20 52.6	20 52.6
		3 15.0	4 20.0	- -	- -	1 7.9	3 7.9	1 2.6	1 2.6
		X ² :9.89 p<0.05				X ² :2.87 p<0.05			
Ailede ortak esya kullanimi	Kullanan Kullanmayan	9 45.0	- -	12 60.0	12 60.0	34 89.5	- -	31 81.6	31 81.6
		11 55.0	20 100.0	8 40.0	8 40.0	4 10.5	38 100.0	7 18.4	7 18.4
		X ² :10.80 p<0.05				X ² : 8.38 p<0.05			
TOPLAM		20 100.0	20 100.0	20 100.0	20 00.0	38 100.0	38 100.0	38 100.0	38 100.0

SONUÇ VE ÖNERİLER

Hemodiyaliz tedavisi alan Hepatit C Virüsü (HCV) pozitif hasta ve ailelerine yapılan bilgi transferinin etkililiğinin değerlendirildiği bu çalışmada; verilen planlı eğitim sonrasında deney grubu hasta ve yakınlarının, HCV'nin tanınması, tedavisi, bulasma ve korunma yolları hakkındaki bilgi düzeyleri yükselmiş, kontrol grubu hasta ve yakınlarının bilgi düzeylerinde bazen gerileme, bazen de değişme olmadığı belirlendi. Bu veriler doğrultusunda bilgi transferinin etkililiği kanıtlandı, sağlık eğitiminde hastalardan da faydalanılabileceği sonucuna varıldı.

*HCV'nin kontrol altına alınması ve önlenmesi, bu problemle yasayan hastaların eğitimi ile başlar. Bu konu ile ilgili eğitimin, hastane eğitim programlarına dahil edilmesi ve program yönetiminde hemşirelerin aktif görev yapmalarının sağlanması,

*Hastanede hemşirelerden, toplum içinde bu problemi yasayan bireylerden faydalanılması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

1. Aksit F, Ates, S, Baysal, B, Bozkaya, E, (1993). "AIDS Eğitimi", I. Türkiye AIDS Kongresi, İstanbul, 69-71.
2. Arter JH, Cantilara C-C, Melporder J, (1997). "Hepatitis C in Asymptomatic Blood Donors", Hepatology, V:26, suppl: 1, 295-335.
3. Çolakoglu Y. (1994). "Hepatit C Virüsü Enfeksiyonu", Viral Hepatit '94 Viral Hepatit Savaşım Derneğinin Yayını, sf:143.
4. Donahye JG, Munoz, A, Ness, P, (1992). "The Declining Risk of Post Transfusion Hepatitis C Virus Infection", N Eng J Med, 327.
5. Enfeksiyon Bülteni, Ankara, 1996, cilt: 1, 3-5.
6. Erbas D., (1998). "AIDS Konusunda Eğitilen Ortaokul Öğrencilerinden Ebeveynlerine Bilgi Transferinin İncelenmesi", E.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, İzmir.
7. Esen A, (1993). "Toplumun AIDS'e İlişkin Bilgi Düzeyinin ve Eğitim Gereksinimlerinin İncelenmesi", E.Ü.Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, Cilt: 9, Sayı: 2, 99.
8. Gürbüz AK, Dagalap K, Gülşen M, ve ark. (1993). "Hepatit C Virüsü Enfeksiyonunda Aile İçi Geçiş", Gastroenteroloji, cilt:4, 1993, 405-408.
9. Mistik R, Balık I, (2001). "Türkiye'de Viral Hepatitlerin Epidemiyolojisi: Bir Metaanaliz In: Kiliçturgay, K., Badur, S., (ed) , Viral Hepatit, 9-57.
10. Önel K, (1998). "Sigara Konusunda Eğitilmiş Lise Öğrencilerinden Arkadaşlarından Bilgi Transferi", E.Ü. Mezuniyet Tezi, İzmir.
11. Özer B, Serin E, Yılmaz U, Gümürdülü Y, Saygılı BÖ Kayaselcuk F, Boyacıoğlu S, (2003). "Hepatosellüler Karsinomun Klinikopatolojik Özellikleri ve Risk faktörleri:

Türkiye'nin Güney Bölümünde Tek Merkez Sonuçları" Türk J. Gastroen-teroloji Dergisi, 14(2): 85-90.

12. Sönmezoglu M, (1993). "AIDS ve Eğitimin Önemi", I. Türkiye AIDS Kongresi, İstanbul, 73.
13. Senyer E, Vardar A, (1997). "Anti HCV'li Hemodiyaliz Hastalarında Intrafamilial Geçiş", 14. Ulusal Böbrek Hastaları, Diyaliz ve Transplantasyon Kongresi, Antalya, 99.12.
14. Türkistanlı E, (1993). "İshal Konusunda Eğitilmiş İlkokul Öğrencilerinden Ebeveynlerine Bilgi Transferi", Yüksek Lisans Tezi, E.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.

**HEMSİRELİK YÜKSEK OKULU BİRİNCİ VE ÜÇÜNCÜ SINIF
ÖĞRENCİLERİNİN CİNSELLİĞE BAKIŞ AÇILARI VE CİNSEL EĞİTİM
KONUSUNDAKİ GÖRÜŞLERİNİN KARSILASTIRILMASI**

*THE COMPARISON OF THE VIEW OF FIRST AND THIRD GRADE
NURSING STUDENTS ABOUT THEIR VIEW OF SEXUALITY AND
OPINIONS ABOUT SEXUAL EDUCATION*

Ümran SEVİL* **Gül (KARACAN)ERTEM***** **Oya KAVLAK***
Ayden ÇOBAN**** **Senay ÜNSAL ATAN***

*Ege Üniversitesi Hemsirelik Yüksekokulu, İZMİR

**Ege Üniversitesi Ödemiş Sağlık Yüksekokulu Ödemiş/İZMİR

***Celal Bayar Üniversitesi Manisa Sağlık Yüksekokulu, MANISA

Anahtar Sözcükler: Hemsirelik öğrencileri, Cinsellik, Eğitim.

Key Words: Nursing students, Sexuality, Education,

ÖZET

Amaç: Hemsirelik öğrencileri, ileride üreme sağlığı hizmeti sunacak olan bir sağlık personeli olarak, cinsel sağlık konusunda topluma bilgi, eğitim ve danışmanlık yapmakla sorumludur. Bu araştırma, hemsirelik yüksek okulu bir ve üçüncü sınıf öğrencilerinin cinselliğe bakış açılarını ve cinsel eğitim konusundaki görüşlerini karşılaştırmak ve eğitimin etkinliğini değerlendirmek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

Gereç ve Yöntem: Araştırmanın evrenini; Ege Üniversitesi Hemsirelik Yüksekokulu 2001-2002 öğretim yılında öğrenim gören öğrenciler, örnekleme ise birinci ve üçüncü sınıflarda öğrenim gören öğrenciler oluşturmıştır. Araştırmanın verileri, araştırmacılar tarafından geliştirilen anket formu yardımıyla, 2001-2002 öğretim dönemi, güz yarıyılında sonunda toplanmıştır. Araştırma kapsamına, araştırmaya katılmaya gönüllü olan, 53 birinci sınıf ve 99 üçüncü sınıf olmak üzere toplam 152 öğrenci alınmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde yüzdelik ve kıkare analizi kullanılmıştır.

Bulgular: Araştırma kapsamına alınan hemsirelik öğrencilerinin yaş ortalaması 21.197±1.357 olduğu, %58.6'sinin en uzun süre ilde yaşadıkları belirlenmiştir.

Hemsirelik yüksekokulu birinci ve üçüncü sınıf öğrencileri arasında; erkek arkadaşları ile beraberlik süreleri ($X^2=6.416$, $P<0.05$), cinselliği tanımlamaları ($X^2=12.665$, $P<0.05$), cinsellik konusunda bilgilerini yeterli bulma durumları ($X^2=34.071$, $P<0.05$), cinsel eğitimin kimlerin vermesi gerektiği ($X^2=32.427$, $P<0.05$) ve cinsel eğitimde hangi konuların yer alması gerektiği konularında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.01$).

Sonuç: Arastırmanın sonucunda hemşirelik yüksekokulu öğrencilerine verilen cinsel eğitimin etkili olduğu saptanmıştır.

SUMMARY

Objective: Nursing students have a responsibility regarding informing: education and consulting the society as health staff performing sexual aid service, too. The aim of the research is to define and compare the view of the first and third grade nursing students about their view of sexuality and their opinions about the sexual education.

Material and Methods: The population of research consisted of nursing students of the education period of 2001-2002 at Ege University Nursing High School and the sampling consisted of first and third grade students of this school. Data were gathered by a questionnaire form which was developed by the researchers and implemented at the end of the autumn semester of the education period of 2001-2002. The study group consisted of volunteer students who 53 of first grade students and 99 of third grade students, a total of 152 students. Chi-square test and percentage were used in the evaluation phase.

Results: Mean age of 21.197 ± 1.357 years for nursing students, 58.6 percent of them spent most of their lives in the city.

A significant difference is found between first and third grade students of relationship periods with their boyfriends ($X^2= 6.416, P<0.05$), defining sexuality ($X^2= 12.665, P<0.05$), having enough knowledge about sexuality ($X^2= 34.071, P<0.05$), who should be giving sexual education ($X^2= 32.427, P<0.05$) and which subjects should be given sexual education ($p<0.01$).

Conclusion: The results of the study indicated that the sexual education that is given to the nursing students have a significant effect.

GİRİŞ

Üreme sağlığı, üreme sistemi, onun fonksiyonları ve işleyişine ilişkin bütün alanlarda sadece hastalık ve sakatlığın olmaması değil, zihinsel ve sosyal açıdan bütünüyle iyi olma durumudur. Üreme sağlığı, insanların doyurucu ve güvenli bir cinsel yaşamları, üreme yetenekleri ve bu yeteneği kullanıp kullanmayacakları ve ne zaman ne sıklıkta kullanacakları konusunda karar verme özgürlükleri olması demektir (Özsavasir ve Akin 1998, www.bilkent.edu.tr).

Cinsellik, bireyin cinsiyeti ile ilgili tüm konuları içine alan kapsamlı bir kavram olarak değerlendirilmelidir (Terakye 1990). Cinsellik biyolojik, psikolojik, sosyoekonomik, kültürel, etik ve dini faktörlerin karşılıklı etkileşiminin bir sonucu olarak yaşanmaktadır (Gölbasi 2003).

Geleceğe yapılacak en önemli yatırımlardan birisi eğitimidir. Cinsel eğitim bireyin doğal ve evrensel içgüdüsünden kaynaklanan davranış-

larini yönlendirecek beden ve ruh sagligina toplumun degerlerine uygun biçimde davranmayı öğretecek bilgilerin verilmesidir. Cinsel eğitimin amacı, cinsel yönden sağlıklı bireylere ve dolayısıyla sağlıklı bir topluma ulaşmaktır (Dinç 1998, www.ksu.edu.tr).

Türkiye, Kadın Sağlığı ve Aile Planlaması Ulusal Faaliyet Planı'nda "gençlik" kısmında, Türkiye'de gençler arasında istenmeyen gebeliklerin henüz bir sorun olmadığıdır. Ancak tutum, davranış ve koşulların değişmekte olması bu konudaki sorunların giderek artabileceğini göstermektedir. Bu nedenle cinsel sağlık eğitimi dahil uygun bilgilendirme yaklaşımı ve eğitimin gereği ve önemi vurgulanmaktadır (Kadın Sağlığı ve Aile Planlaması Ulusal Faaliyet Planı 1998)

Gelişmiş ülkelerde 50-60 yıl önce başlayan cinsel eğitim ülkemizde son yıllarda tartışılmaya başlamıştır (Cambaz ve ark 2001). Ulusal Faaliyet Planının "Kadın Statüsü" ile ilgili besinci stratejisinde, "Üreme ve cinsel sağlık konularında gençlerin ilköğretimden başlayarak bilgilendirilmesi için eğitim programları hazırlanacaktır" denilmektedir (Kadın Sağlığı ve Aile Planlaması Ulusal Faaliyet Planı 1998).

AMAÇ

Hemsirelik öğrencileri, ileride üreme sağlığı hizmeti sunacak olan bir sağlık personeli olarak, cinsel sağlık konusunda topluma bilgi, eğitim ve danışmanlık yapmakla sorumludur (Ulusal Aile Planlaması Hizmet Rehberi 2000). Bu bağlamda hemsirelik yüksek okulu bir ve üçüncü sınıf öğrencilerinin cinselliğe bakış açılarını ve cinsel eğitim konusundaki görüşlerini karşılaştırarak eğitimin etkinliğini değerlendirmek amacı ile tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Arastırmanın evrenini 2001-2002 Öğretim yılı Ege Üniversitesi. Hemsirelik Yüksekokulu öğrencileri, örneklemini ise birinci ve üçüncü sınıf öğrencileri oluşturmıştır. Birinci ve üçüncü sınıf öğrencilerinin seçilme sebebi, birinci sınıf öğrencilerinin okulda ilk senelerinin olması, üçüncü sınıf öğrencilerinin ise Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemsireliği dersini almış olmalarıdır. Arastırmaya başlamadan önce Ege Üniversitesi Hemsirelik Yüksekokulundan gerekli izin alınmıştır. Arastırma verileri 2001-2002 öğretim dönemi güz yarıyılında toplanmıştır. Veri toplamadan önce öğrencilere araştırma konusunda gerekli açıklamalar yapılmış ve arastırmaya katılmaya gönüllü olan, 53 birinci ve 99 üçüncü sınıf olmak üzere toplam 152 öğrenci araştırma kapsamına alınmıştır. Arastırmanın verilerinin toplanmasında kullanılan; öğrencilerin sosyo-demografik özellikleri, cinselliğe bakış açıları ve cinsel eğitim

konusundaki sorulari içeren anket formu literatür doğrultusunda hazırlanmıştır (Aksayan ve ark 1990, Cambaz ve ark 2001, Dinç 1998, Göl-basi 2003, Kaya ve Aksakoglu 1993, Özsvasir ve Akin 1998, Terakye 1990). Veri toplama formları öğrencilerin etki altında kalmalarını önlemek amacı ile öğrencilerin kendileri tarafından ve aynı gün, aynı ders saatinde doldurulmuştur.

BULGULAR VE TARTISMA

Arastırma kapsamına alınan öğrencilerin yaş ortalamalarının 21.197±1.357 olduğu saptanmıştır. Öğrencilerin en uzun süre yasadığı yer olarak %58.6'sinin ilde, %33.6'sinin ilçede ve %7.8'inin köy yada kasabada yaşadığı belirlenmiştir.

Tablo 1. Bir ve Üçüncü Sınıf Öğrencilerinin Eğitim Durumlarının Karşılaştırılması

Eğitim Durumları	1. SINIF		3. SINIF		TOPLAM	
	s	%	s	%	s	%
Lise	45	84.9	85	85.8	130	85.5
Sağlık Meslek Lisesi	8	15.1	14	14.2	22	14.5
TOPLAM	53	100.0	99	100.0	152	100.0

$$X^2=0.25, df=1 p=0.874$$

Hemşirelik Yüksek Okulu bir ve üçüncü sınıf öğrencilerinin eğitim durumlarına göre karşılaştırılması yapıldığında, birinci sınıf öğrencilerinin %84.9'unun Lise mezunu, %15.1'inin Sağlık Meslek Lisesi mezunu; üçüncü sınıf öğrencilerinin %85.8'inin Lise, %14.2'sinin Sağlık Meslek Lisesi mezunu olduğu saptanmıştır. Bu iki değişkeni karşılaştırmak amacı ile yapılan Ki-kare analizinde istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır ($X^2=0.25, p>0.05$) (Tablo 1).

Tablo 2. Bir ve Üçüncü Sınıf Öğrencilerinin Yasadıkları Konutların Karşılaştırılması

Yasadıkları Konutlar	1. SINIF		3. SINIF		TOPLAM	
	s	%	s	%	s	%
Yurt	32	60.4	39	39.4	71	46.7
Ev (Aile, es, arkadaş, yalnız)	21	39.6	60	60.6	81	53.3
TOPLAM	53	100.0	99	100.0	152	100.0

$$X^2=6.106, df=1 p=0.013$$

Öğrencilerin yaşadıkları konutlara göre dağılımı incelendiğinde; birinci sınıf öğrencilerinin %60.4'ünün yurttan kalırken üçüncü sınıf öğrencilerinin yalnızca %39.4 yurttan kalmaktadır. Yapılan istatistiksel analizde aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($X^2=6.106, p<0.05$) (Tablo 2). Bu durum üniversitede ilerleyen yıllarla birlikte öğrencilerin yurttan çıkıp eve yerleştiklerini göstermektedir.

Tablo 3. Bir ve Üçüncü Sınıf Öğrencilerinin Erkek Arkadas Olma Durumları ve Beraberlik Sürelerinin Karşılaştırılması

Erkek Arkadas Olma Durumları	1. SINIF		3. SINIF		TOPLAM	
	s	%	s	%	s	%
Olan	40	75.5	83	83.8	123	80.9
Olmayan	13	24.5	16	16.2	29	19.1
TOPLAM	53	100.0	99	100.0	152	100.0
$X^2=1.565$, $df=1$ $p=0.211$						
Beraberlik Süreleri	1. SINIF		3. SINIF		TOPLAM	
	s	%	s	%	s	%
Yok	13	24.5	16	16.2	29	19.1
12 ay ve altı	23	50.9	30	30.3	53	34.9
13 ay ve üstü	17	32.1	53	53.5	70	46.0
TOPLAM	53	100.0	99	100.0	152	100.0
$X^2=6.416$ $df=2$ $p=0.040$						

Hemsirelik Yüksek Okulu öğrencilerinin erkek arkadas olma durumları karşılaştırıldığında, birinci sınıf öğrencilerinin %75.5'inin, üçüncü sınıf öğrencilerinin %83.8'inin erkek arkadaşlarının olduğu belirlenmiştir. Aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($X^2=1.565$, $p>0.05$). Ayrıca birinci sınıf öğrencilerinin %50.9'unun erkek arkadaşları ile beraberlik süreleri 12 ay ve altında iken üçüncü sınıf öğrencilerinin %53.5'inin beraberlik sürelerinin 13 ay ve üzeri olduğu belirlenmiştir. Bu iki değişkeni karşılaştırmak amacı ile yapılan Ki-kare analizinde istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($X^2=6.416$, $p<0.05$) (Tablo 3). Üniversite dönemi, genç insanların kendi yaşamı üzerinde daha çok söz sahibi olmaya başladığı dönem ve yoğunlukla ilk flörtlerin, ilk duygusal ve cinsel yaklaşımların yaşandığı dönemdir (Cambaz ve ark 2001). Hemsirelik bir ve üçüncü sınıf öğrencilerinin erkek arkadaşlarının olma durumları arasında istatistiksel olarak fark saptanmaması, erkek arkadas ile beraberlik süresi arasında fark saptanması, öğrencilerin erkek arkadas ilişkilerinin üniversite yıllarında başladığını düşündürmektedir.

A- HEMSİRELİK YÜKSEK OKULU BİRİNCİ VE ÜÇÜNCÜ SINIF ÖĞRENCİLERİNİN CİNSELLİĞE BAKIŞ AÇILARININ KARŞILAŞTIRILMASI

Hemsirelik Yüksek Okulu birinci sınıf öğrencilerinin %34.0'ü cinselliği, "Fizyolojik ve psikolojik gereksinin" olarak tanımlarken, üçüncü sınıf öğrencilerinin %28.3'ünün cinselliği "Geniş kapsamlı bir kavram" olarak tanımlamışlardır. Bu iki değişken arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($X^2=12.665$, $p<0.05$) (Tablo 4). Hemsirelik Yüksekokulu birinci sınıf öğrencilerinin öğrencilerin %34.0'ünün cinselliği fizyolojik ve psikolojik gereksinim olarak tanımlaması, öğrencilerin aldığı temel insan gereksinimleri dersinin etkili olduğunu düşündürmektedir. Literatürde cinsellik, bireyin cinsiyeti ile ilgili tüm

konulari içine alan kapsamlı bir kavram olarak tanımlanmaktadır (Terakye 1990). Üçüncü sınıf öğrencilerinin de %28.3'ü cinselliği geniş kapsamlı bir kavram olarak tanımlamışlardır.

Tablo 4. Bir ve Üçüncü Sınıf Öğrencilerinin Cinsellik Nedir Sorusuna Verdikleri Yanıtların Karşılaştırılması

Cinsellik Tanımları	1. SINIF		3. SINIF		TOPLAM	
	s	%	s	%	s	%
Yanıtız	17	32.1	18	18.2	35	23.0
Geniş kapsamlı bir kavram	5	9.4	28	28.3	33	21.7
Karşı cinse duyulan ilgi	5	9.4	5	5.1	10	6.6
Fizyolojik ve psikolojik gereksinim	18	34.0	23	23.2	41	27.0
Kadın ve erkeğin cinsel ilişkisi	8	15.1	25	25.3	33	21.7
TOPLAM	53	100.0	99	100.0	152	100.0

$X^2=12.665$ $df=4$ $p=0.013$

Tablo 5. Bir ve Üçüncü Sınıf Öğrencilerinin Cinselliği Gereksinim Olarak Görme Durumlarının Karşılaştırılması

Cinselliği Gereksinim Olarak Görme Durumları	1. SINIF		3. SINIF		TOPLAM	
	s	%	s	%	s	%
Evet	48	90.6	89	89.9	137	90.1
Hayır	5	9.4	10	10.1	15	9.9
TOPLAM	53	100.0	99	100.0	152	100.0

$X^2=0.017$, $df=1$ $p=0.859$

Hemsirelik Yüksek Okulu bir ve üçüncü sınıf öğrencilerinin cinselliği gereksinim olarak görme durumlarına göre karşılaştırılması Tablo 5'de incelenmiştir. Tablo 5'de görüldüğü gibi birinci sınıf ve üçüncü sınıf öğrencilerinin çoğu cinselliği gereksinim olarak görmektedir. Bu iki değişken arasında yapılan ki-kare analizinde istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($X^2=0.017$, $p>0.05$) (Tablo 5). Her iki grup öğrencilerinin çoğunun cinselliği gereksinim olarak belirtmesi hemsirelik öğrencilerine verilen derslerin etkili olduğunu göstermektedir.

Hemsirelik Yüksek Okulu birinci sınıf öğrencilerinin %45.3'ü, üçüncü sınıf öğrencilerinin %46.6'si cinsellik konusunda ilk görüş alıverişinde bulunduğu kişiyi arkadaşı olarak belirtmişlerdir. Yapılan Ki-kare analizinde iki değişken arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($X^2=3.002$, $p>0.05$) (Tablo 6). Her iki grup öğrencilerin cinsellik konusunda ilk görüş alıverişinde bulunduğu kişinin daha çok arkadaşları olduğu belirlenmiştir. Gölbasi ve Eroğlu'nun, Ankara'daki ortaokullarda yaptığı çalışmada öğrencilerin %56.2'sinin cinsellikle ilgili ilk

bilgilerini arkadaşlarından aldıkları belirlenmiştir (Gölbasi ve Eroglu 2003) Ezeruz'un çalışmasında da gençlerin cinsellikle ilgili bilgi alisverisinde bulunduğu kişiler olarak aileden çok arkadaşlar olarak belirtilmiştir (www.habersaglik.com). Oysa ebeveynler çocuklarının cinsel konularda ilk eğitimcileri olmalıdır (Gölbasi 2003)

Tablo 6. Bir ve Üçüncü Sınıf Öğrencilerinin Cinsellik Konusunda İlk Görüş Alisverisinde Bulunduğu Kişilerin Karşılaştırılması

Cinsellik Konusunda İlk Görüş Alisverisinde Bulunduğu Kişiler	1. SINIF		3. SINIF		TOPLAM	
	s	%	s	%	s	%
Yanıtız/Kimse	5	9.4	3	3.0	8	5.3
Aile üyeleri	11	20.7	25	25.3	36	23.7
Arkadas	24	45.3	46	46.4	70	46.0
Okul ve kitaplardan	13	24.6	25	25.3	38	25.0
TOPLAM	53	100.0	99	100.0	152	100.0

$X^2=3.002$ $df=3$ $p=0.391$

Aksayan ve ark. adölesanların cinsellik hakkında bilgi düzeyleri ve eğitim gereksinimleri konulu çalışmalarında cinsel konuların evde konuşulma durumu aile tiplerine göre incelendiğinde rahatça konuşulma oranının geniş ve parçalanmış ailelerde hiç olmadığı, çekirdek aile yapısında ise sadece %5.6 olduğu görülmüştür. Buna karşın hiç konuşulmama oranının tüm aile tiplerinde çok yüksek olduğu belirlenmiştir (Aksayan ve ark 1990). Çalışmada, birinci sınıf öğrencilerinin %20.7'sinin, üçüncü sınıf öğrencilerinin %25.3'ünün ilk görüş alis verisinde bulunduğu kişi aile üyeleri olarak belirtilmesi, Aksayan ve ark. çalışmasından daha yüksek bulunmuştur.

Tablo 7. Bir ve Üçüncü Sınıf Öğrencilerinin Cinsellik Konusundaki Bilgilerini Değerlendirme Durumlarına Göre Karşılaştırılması

Cinsellik Konusunda Bilgilerini Yeterlilik Dereceleri	1. SINIF		3. SINIF		TOPLAM	
	s	%	s	%	s	%
Çok iyi	0	0.0	29	29.3	29	19.0
İyi	17	32.0	46	46.5	63	41.5
Orta	27	51.0	17	17.2	44	29.0
Yetersiz	9	17.0	7	7.0	16	10.5
TOPLAM	53	100.0	99	100.0	152	100.0

$X^2=34.071$ $df=3$ $p=0.000$

Hemsirelik Yüksek okulu birinci sınıf öğrencilerinin %51.0'i cinsellik konusundaki bilgilerinin orta düzeyde olduğunu belirtirken, üçüncü sınıf öğrencilerinin %46.5'i cinsellik konusundaki bilgilerinin iyi düzeyde, %29.3'ü ise çok iyi düzeyde olduğunu belirtmişlerdir. Yapılan Ki-kare analizinde bu iki değişken arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($X^2=34.071$, $p<0.001$) (Tablo 7). Üçüncü sınıf

öğrencilerinin cinsellik konusunda bilgi düzeylerini iyi yada çok iyi olarak belirtmeleri, eğitimin ilerlemesi ile birlikte hemsirelik öğrencilerinin de bilgi düzeylerinin arttığını göstermektedir. Gelecekte “cinsel sağlık” eğitimi yapacak olan hemsirelik öğrencilerinin cinsellik konusundaki bilgi düzeylerinin iyi durumda görmesi bu konuda kendilerine olan güven ve eğitim açısından memnun edicidir.

B- HEMSİRELİK YÜKSEK OKULU BİRİNCİ VE ÜÇÜNCÜ SINIF ÖĞRENCİLERİNİN CİNSEL EĞİTİM KONUSUNDAKİ GÖRÜSLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

Tablo 8. Bir ve Üçüncü Sınıf Öğrencilerinin Cinsel Eğitim Aldınız mı Sorusuna Verdikleri Yanıtların Karşılaştırılması

Cinsel Eğitim Alma Durumları	1. SINIF		3. SINIF		TOPLAM	
	s	%	S	%	s	%
Alan	24	45.3	44	44.4	68	44.7
Almayan	29	54.7	55	55.6	84	55.3
TOPLAM	53	100.0	99	100.0	152	100.0
$X^2=0.010$ df=1 p=0.921						

Hemsirelik yüksek okulu bir ve üçüncü sınıf öğrencilerinin “Cinsel eğitim aldınız mı?” sorusuna verdikleri yanıtların karşılaştırılması amacı ile yapılan Ki-kare analizinde istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($X^2=0.010$, $p>0.05$) (Tablo 8). Her iki grup öğrencileri arasında fark olmaması, Cinsel eğitimin, hemsirelik müfredat programının çeşitli derslerinin içinde işlenmesi, direk “cinsel eğitim” isimli dersin olmaması nedeni ile öğrencilerin cinsel eğitim aldıklarının farkında olmamasından kaynaklanabilir.

Tablo 9. Bir ve Üçüncü Sınıf Öğrencilerinin Cinsel Eğitime Başlama Dönemi Konusundaki Görüşlerinin Karşılaştırılması

Cinsel Eğitime Başlama Dönemi	1. SINIF		3. SINIF		TOPLAM	
	s	%	s	%	S	%
Okul öncesi dönemde	7	13.2	5	5.0	12	7.9
İlkokulda	11	20.8	29	29.3	40	26.3
Ortaokulda	20	37.7	42	42.5	62	40.8
Lisede	15	28.3	23	23.2	38	25.0
TOPLAM	53	100.0	99	100.0	152	100.0
$X^2=4.407$ df=3 p=0.221						

Hemsirelik yüksek okulu birinci sınıf öğrencilerinin %37.7’si, üçüncü sınıf öğrencilerinin %42.5’i cinsel eğitimin ortaokul da başlaması gerektiğini belirtmişlerdir. Bu iki değişken arasında yapılan istatistiksel analizde anlamlı fark saptanmamıştır ($X^2=4.407$, $p>0.05$) (Tablo 9).

İnsan Kaynaklarını Geliştirme Vakfı'na Van, Adana ve Erzurum'da yapılan bir çalışmada, gençler, cinsel sağlık eğitimini ergenlik dönemi öncesinde 11 yaşından itibaren verilmeye başlanmasını istediklerini belirtmişlerdir (www.ntvmsnbc.com). Kaya ve ark. yapmış olduğu çalışmada da gençlerin, cinsel eğitimin gerekli olduğunu ve ortalama 13.4 ± 0.3 yaşta önerdikleri görülmüştür (Kaya ve ark 1993). Baykara (2003) erken yaşta başlayan cinsel eğitimin, bireylerin ileride daha az yanlış yapmasını sağlayacağını belirtmiştir (Baykara 2003). Cinsellikle ilgili eğitim, okul öncesi yaşlarda başlayıp ergenliğin son dönemine kadar devam eden bir süreç olmalıdır (www.annecocuk.com). Her iki grupta da öğrencilerin çoğu bu soruya uygun cevap vermişlerdir.

Tablo 10. Bir ve Üçüncü Sınıf Öğrencilerinin Cinsel Eğitimi Kimin Yapması Gerekliği Konusundaki Görüşlerinin Karşılaştırılması

Cinsel Eğitimi Yapması	1. SINIF		3. SINIF		TOPLAM	
	s	%	s	%	s	%
Gereken Kisi						
Aile (Anne-baba)	22	41.5	9	9.1	31	20.4
Sağlık personeli (hekim-hemşire)	12	22.7	44	44.4	56	36.8
Okul (Öğretmen)	7	13.2	10	10.1	17	11.2
Diğer (Aile+Sağlık personeli+öğretmen)	5	9.4	31	31.3	36	23.7
Arkadaş/yanıtsız	7	13.2	5	5.1	12	7.9
TOPLAM	53	100.0	99	100.0	152	100.0
	$X^2=32.427$ $df=4$ $p=0.000$					

Hemşirelik yüksek okulu birinci sınıf öğrencilerinin %41.5'i cinsel eğitimi anne ya da babanın yapması gerektiğini, üçüncü sınıf öğrencilerinin ise %44.4'ü bu eğitimi, sağlık personelinin yapması gerektiğini belirtmişlerdir. Bu iki değişken arasında yapılan kıkare analizinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark elde edilmiştir ($X^2=32,427$, $p<0.001$) (Tablo 10). Sağlık personelinin, cinsel sağlık konusunda bilgi, eğitim ve danışmanlık yapma sorumluluğu vardır (Ulusal AP Hizmet Rehberi 2000). Sonuçlar üçüncü sınıf öğrencilerinin, birinci sınıf öğrencilerinden daha çok bu konunun farkında olduğunu göstermektedir. Bu durum da eğitimin etkinliğini gösterebilir.

Hemşirelik yüksek okulu birinci sınıf öğrencilerinin cinsel eğitim konuları arasında; %30.2'si "Sağlıklı cinsel ilişki", %18.9'u "Cinsellikle ilgili her şey", %11.4'ü "Ergenlik dönemi ve özellikleri", %11.4'ü "İnsan anatomisi ve fizyolojisi", %5.7'si 'CYBH ve korunma yolları', %3.8'i "AP yöntemleri" ve %3.8'i "Gebelik" konularının olması gerektiğini belirtirken; %35.8'i bu soruyu yanıtsız bırakmıştır. Üçüncü sınıf öğrencilerinin %61.6'si "İnsan anatomisi ve fizyolojisi", %44.4'ü "Sağlıklı cinsel ilişki", %40.4'ü "CYBH ve korunma yolları", %38.4'ü "AP yöntemleri", %14.1'i "Gebelik" ve %2.0'si "Cinsellik konusunda her şey" olarak belirtmişlerdir. Birinci ve üçüncü sınıf öğrencileri ile cinsel eğitim konuları arasında yapılan istatistik analizinde anlamlı fark saptanmıştır ($p<0.001$) (Tablo 11).

Tablo 11. Bir ve Üçüncü Sınıf Öğrencilerinin Cinsel Eğitimde Verilmesini Gerekli Buldukları Konuların Karşılaştırılması

Cinsel Eğitim Konuları	1. sınıf (n=53)						3. sınıf (n=99)						Ki-kare	p
	Yanitsiz		Evet		Hayir		Yanitsiz		Evet		Hayir			
	s	%	S	%	s	%	s	%	s	%	s	%		
Cinsellikle İlgili Hersey	19	35.8	10	18.9	24	45.3	8	8.1	2	2.0	89	89.9	36.639	0.000
Saglikli Cinsel İlişki	19	35.8	16	30.2	18	34.0	8	8.1	44	44.4	47	47.5	18.236	0.000
Ergenlik Dönemi ve Özellikleri	19	35.8	6	11.4	28	52.8	8	8.1	13	13.1	78	78.8	18.410	0.000
CYBH ve Korunma Yolları	19	35.8	3	5.7	31	58.5	8	8.1	40	40.4	51	51.5	30.026	0.000
İnsan Anatomisi ve Fizyolojisi	19	35.8	6	11.4	28	52.8	8	8.1	61	61.6	30	30.3	39.386	0.000
AP yöntemleri	19	35.8	2	3.8	32	60.4	8	8.1	38	38.4	53	53.5	30.987	0.000
Gebelik	19	35.8	2	3.8	32	60.4	8	8.1	14	14.1	77	77.8	19.967	0.000

Tablodan da görüldüğü gibi üçüncü sınıf öğrencilerinin cinsel sağlık eğitimi ders içerikleri konusunda birinci sınıf öğrencilerinden daha bilinçli seçim yaptıkları görülmektedir. Bu durum üçüncü sınıf öğrencilerinin Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği dersini almaları ve dolayısı ile eğitimin etkinliğini gösterebilir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışmanın yapıldığı gruptaki gençler yakın gelecekte sağlık personeli olarak toplum sağlık eğitimini yürüteceklerinden bu grubun eğitimi oldukça önemlidir. Çalışmanın sonucunda hemşirelik yükseköğrencilerine verilen cinsel eğitimin etkili olduğu saptanmıştır.

Araştırmadan elde edilen veriler doğrultusunda;

Cinsel sağlık eğitiminin, uzman kişilerce ilköğretimden başlayarak verilmesi,

Gençlerin düzenli erkek arkadaş ilişkilerinin üniversite döneminde arttığı göz önünde bulundurularak, üniversitelerde üreme ve cinsel sağlık eğitimi danışmanlığı biriminin kurulması,

Sağlık bilimlerinde okuyan öğrencilerin sağlıkla ilgili konularda arkadaşlarına danışmanlık yaptığı göz önünde bulundurularak eğitimin ilk yılında "cinsel sağlık eğitimi" isimli dersin müfredat programlarına konulması,

Bu çalışmanın hemşirelik yükseköğretiminde yapılması nedeniyle öğrencilerin sınıfın ilerlemesi ile birlikte bu konuda doğru bilgilendiği saptanmıştır fakat sağlık bilimlerinde eğitim görmeyen üniversite öğrencilerin bu konu hakkındaki bilgilerini değerlendirmek amacı ile çalışmanın farklı branşlarda eğitim gören öğrencilerde tekrarlanması önerilebilir.

KAYNAKLAR

1. Aksayan S ve ark, (1990). Adölesanlarda cinsellik bilgi düzeyi ve eğitim gereksinimleri. Kadın Doğum Dergisi Kasım, 176-180.
2. Baykara A, "Cinsellikle İlgili Sorunlar Yasitlarla Paylasiliyor" <http://www.ntvmsnbc.com/news/142745.asp>
3. Cambaz S ve ark, (2001). Balıkesir üniversitesi öğrencilerinin evlilik öncesi cinsel eğitim ve cinsel yolla bulaşan hastalıklar hakkındaki bilgi düzeyleri. Hemşirelik Forumu, 4: 1, 40-43.
4. "Cinsel Eğitim Cinsel Tehlikelerden Korur" [http://www.ksu.edu.tr/rehberlik/turkish/cinegt\(1\).html](http://www.ksu.edu.tr/rehberlik/turkish/cinegt(1).html).

5. "Çocuklarımıza Cinselliği Nasıl Anlatabiliriz?" <http://www.annecocuk.com/cocuk/cinsellik.htm>.
6. Dinç A, (1998). Adölesan dönemi ve cinsellik. 4. Ulusal Kadın Çalışmaları Toplantısı, Ege Üniversitesi Kadın Sorunları Araştırma ve Uygulama Merkezi ve Ege Kadın Araştırmaları Derneği Yayını, İzmir: Bornova Can Ofset, 153-159.
7. . Ezeruz B, "Gençlerin Cinsel Bilgileri Yetersiz", <http://www.habersaglik.com/haber/23814.asp>.
8. " Gençler Cinsel Eğitim Talep Ediyor" İnsan Kaynağı Geliştirme Vakfı <http://www.ntvmsnbc.com/news/149547.asp>.
9. Gölbaşı Z, (2003). Sağlıklı gençlik ve toplum için bir adım: cinsel sağlık eğitimi, Aile ve Toplum, 2: 6, 33-39.
10. Gölbaşı Z, Eroğlu K, (2003). "Ankara İl merkezi ortaöğretim okullarındaki öğrencilerin cinsel eğitime ilişkin görüşleri", 3. Uluslararası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongresi, Ankara, Kongre Kitabı, 159.
11. Kaya S, Aksakoglu G, (1993). Gençlerin cinsel konulardaki eğitim beklentileri üzerine bir inceleme. III.Halk Sağlığı Günleri Kayseri, 185-190.
12. Kadın Sağlığı ve Aile Planlaması Ulusal Faaliyet Planı (1998). Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Tisamat Basım San., Ankara..
13. Özsavasir BS, Akin A, (1998). Üreme sağlığı. Sağlık ve Toplum, 8: 3-4, Temmuz-Aralık, 23-26.
14. Terakye G, (1990). Gençlik ve cinsel sorunlar (II), Türk Hemşireler Dergisi, 39: 3, 22-25.
15. Ulusal Aile Planlaması Hizmet Rehberi, (2000). T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü. Damla Matbaacılık, Cilt 1, Ankara, 189-201.
16. "Üreme Hakları", Bilkent Üniversitesi Sağlık Merkezi, <http://www.bilkent.edu.tr/~bilheal/uremesagligi/uremehaklari.html>.

**PSIKİYATRİ HEMSİRELİĞİ KLİNİK UYGULAMALARINDA ÖĞRENCİ
HEMSİRELERİN HEMSİRELİK SÜRECİ RAPORLARININ
DEĞERLENDİRİLMESİ**

*THE EVALUATION OF STUDENTS' NURSING PROCESS REPORTS IN
PSYCHIATRIC NURSING CLINICAL PRACTICE*

**Olcaý Çam Gönül ÖZGÜR Ayça GÜRKAN
Seyda DÜLGERLER Esra ENGIN**

Ege Üniversitesi Hemsirelik Yüksek Okulu Psikiyatri Hemsireliği Anabilim Dalı
Bornova/İZMİR

Anahtar Sözcükler: Psikiyatri hemsireliği, hemsirelik süreci, hemsirelik öğrencileri

Key Words: Psychiatric nursing, nursing process, nursing students

ÖZET

Hemsirelik bakımına bilimsel ve planlı bir yaklaşım getiren araç hemsirelik sürecidir. Hemsirelik eğitiminde, hemsirelik süreciyle ilgili bilginin verilmesi ve hemsirelik sürecinin öğrenciler tarafından etkin bir şekilde kullanılabilir olması öğrencilerin yetismesinde çok önemli bir yer tutmaktadır.

Bu çalışma gerekli izinler alındıktan sonra, Ege Üniversitesi Hemsirelik Yüksek Okulu 4. sınıf öğrencilerinin E. Ü. T. F. Hastanesi Psikiyatri Kliniği'nde hastalarına yönelik olarak hazırladıkları hemsirelik süreci raporlarını (n=146) değerlendirmek amacıyla yapılmış tanımlayıcı bir araştırmadır. Veri toplama aracı olarak öğrencilerin, psikiyatri hastaları için hazırladıkları hemsirelik süreci raporları kullanılmıştır.

Öğrencilerin doğru olarak en sık koydukları hemsirelik tanıları arasında, uyku düzeninde bozukluk (%70,6), sosyal izolasyon (%50,0), bireysel bas etmede yetersizlik (%45,9), benlik saygısında bozukluk (%44,5), düşünce sürecinde degisme (%36,3) tanıları yer almaktadır. Öğrenciler, koydukları bu hemsirelik tanıları için yeterli sayıda hemsirelik girişimini doğru olarak planlamışlar, planladıkları bu hemsirelik girişimlerinin tamamına yakınıni uygulayabilmişlerdir.

SUMMARY

Nursing process is a tool that leads to scientific and planning approach in nursing care. In nursing education, the knowledge and practice of nursing process also play an important part in students training. This research planned as descriptive study to evaluate Ege University School of Nursing 4th class students' care plans when they worked with psychiatric patients (146) after giving permission. Data collecting tools are students' nursing process reports.

Students frequently used these nursing diagnosis' in their care plans; sleep pattern disturbance (%70,6), social isolation (%50,0), ineffective individual coping (%45,9), self esteem disturbance (%44,5), altered thought process (%36,3). Students planned adequate interventions for which they determined true nursing diagnoses, they could practice that near the total interventions.

GIRIS

Hemsirelik mesleginin hizmet alanı, birey, aile, toplum ile sağlık ve hastalık kavramlarının değişik durumlarını oluşturabilir. Hemsireliğin amacı ise, bireyin sağlığını desteklemek, sürdürmek ya da sağlık düzeyini yükseltmektir. Bu amaçların başarılması, sağlık kuralları ile bilimsel metodun birlikte kullanılmasını gerektirmektedir. Tüm disiplinler profesyonel uygulamalar için bilimsel metodları kullanırlar. Hemsirelikte problem çözen sistematik metod ise "Hemsirelik Süreci" olarak adlandırılır (Beck 1984, Stuart 1998).

Hemsirelik süreci, hemşire ve hasta arasında gelişen özel ve doğal bir ilişki ile karakterizedir. Hasta/danışana en üst düzeyde bakım hizmetinin sunulması, hemşire-hasta arasında gelişen bu özel ve doğal ilişkinin niteliğiyle yakından ilgilidir. Hastada uygun ve doğru verileri toplayabilmek, her şeyden önce profesyonel ve güvene dayalı bir ilişkinin varlığıyla doğrudan ilişkilidir (Beck 1984, Stuart 1998, Taylor 1990).

Ancak ruh sağlığı bozulmuş bireylerle çalışırken hemşireler, bakım verilen hasta grubunun özelliği nedeniyle güvene dayalı bir ilişki geliştirmede zorlanabilirler ve bu ilişkinin geliştirilebilmesi uzun zaman alabilir. Hasta ile ilişki geliştirme sürecinde hastadan toplanan subjektif veriler, hasta için hazırlanacak hemşirelik sürecinin oluşturulmasında oldukça önem taşımaktadır. Subjektif veriler genellikle hastalıkla ilgili belirtiler, diğer insanların ve hastaların hasta hakkında söyledikleri ve hemşirenin hasta ile ilgili gözlemleridir (Fortinash 1996, Kum 1997).

Hemsirelik sürecinin ilk basamağı olan veri toplama aşamasında hastayla ilgili tüm bilgi kaynaklarının kullanılması önemli ve gereklidir. Ancak, hemşire hastayla ilgili en önemli bilgi kaynağının hastanın kendisi olduğunu unutmamalıdır. Hasta ile ilgili veri toplayabilmek için hemşirenin görüşme ve gözlem yapma konularında bilgi ve beceriye sahip olması gerekir. Öğrenci hemşirelerin de klinik uygulamalarda bu becerilerle hemşirelik sürecini kullanabilmeleri beklenir. Bu becerilerin gelişiminde ise, uzun bir eğitim süreci ile birlikte eğitim yöntemleri ve eğitimcilerin rolü önemlidir (Taylor 1990).

Psikiyatride gözlemlerin kaydedilmesi, diğer servislerden farklı olarak ayrı bir önem taşır. Psikiyatri tedavi ekibi, sürekli olarak hastayla ilgili bilgilerini birbirlerine aktarmak için ilişki kurmak durumundadır (Öztürk 1994).

Hemsirelik kayitlari da bu iletisimin en iyi yollarindan biridir. Hastanin bakım ve tedavisinde önemli bir kaynak olusturan gözlem kayitlari özelliklerine uygun olarak yazildiginda (Kum 1997) ;

- Hemsirelik bakımının planlanması ve tanı konulmasına yardımcı olacak bilgiler sağlama,
- Tıbbi tedavi ve verilen hemsirelik bakımını değerlendirme,
- Hasta ile kurulan ilişkilerde bazı durumların gözden kaçmasını ve hastaya çift mesaj verilmesini önleme,
- İletisimin sürekliliğini sağlama ve ekip üyeleri arasındaki iletişimi artırma,
- Kalıcı ve resmi belgeler oluşturma
- Gerektiğinde yasal kaynak oluşturma
- Araştırmalara yardımcı olacak bilgiler sağlamada yardım eder.

Hastanın gözlenen davranışları ile ilgili temaların belirlenmesi, hemsirelik sürecinin tanı aşaması için birer ipucudur. Bu ipuçlarıyla hemsirelik sürecinin ikinci aşaması olan tanı koyma aşaması belirlenir. Hemsirelik tanısını koyma aşaması, toplanan tüm verilerin sentezine dayanır ve hemsirelik bakım planının geliştirilmesine yön verir. Öğrenci hemsireler ile yeni mezun olan hemsirelerin hemsirelik süreci oluşturmada en zorlandıkları alanlardan birisi, bireyden yada hastadan toplanan verileri hemsirelik tanısına dönüştürebilmektir. Hemsirelik tanısının doğru konması, hastanın gerçek gereksinimlerinin karşılanması ile birlikte bakımın sistematik bir biçimde yapılmasını da sağlamaktadır (Carpenito 1997, Suart 1998).

Hastanın gereksinim ve problemlerini yansıtan hemsirelik tanıları profesyonel hemsirenin hastada ilgileneceği alanları belirlemeyi de sağlayacaktır. Belirlenen bu gereksinim ve problem alanları için her hasta yada sağlıklı birey için hemsireler, hemsirelik tanılarına uygun hemsirelik girişimlerini planlar ve uygularlar. Hemsirelik uygulamaları için yapılan bu plan, hemsirelik tanılarından kaynaklanır ve hemsirelik bakımının amacına nasıl ulaşılacağını gösterir. Amaçlar kısa süreli ya da uzun süreli olarak önceliklerine göre belirlenmelidir. Amaçlar önceliklerine göre gerçekçi bir şekilde belirlenmedikçe, hem hemsire hem de hasta, hemsirelik bakımından beklenen sonuçlara ulaşamaz (Dochterman ve Johnson 2000). Örneğin, bu genellikle hastanın davranışları düzelir düzelmez hastaneden taburcu edilen bir çok psikiyatri hastanesinde yaşanan bir durumdur. Özellikle psikiyatri kliniklerinde hastanın taburcu edilme kriteri, hemsirenin gerçekçi beklentilerle hasta için hazırlanmış olduğu süreçteki hemsirelik amaçlarına ulaşılıp ulaşılmadığı ile bağlantılı olmalıdır (Beck 1984).

Hemsirelik girişimleri için yapılan plan, her hastanın bireyselliğine özen gösterilerek yapılmalıdır. Bunun yanı sıra hemsirelik uygulamasına yönelik tüm planlar, hastayı bütüncül bir bakış açısıyla ele alma, hastanın güçsüzlüklerine ve yetersizliklerine değil, güçlerine ve yeterli olduğu alanlara odaklanma, hastayı önemi ve değeri olan bir varlık olarak kabul etme, birçok hastayla ilişki kurma ve sürdürme potansiyeline sahip olma, hasta davranışının bir gereksinimi gidermek ya da bir mesajı iletmesini kabul etme, hastaya daha etkili bas etmeler öğrenmesi için yardım ederken, hastanın davranışlarını yargılamadan kabul etme, daha doyumlu kişiler arası ilişkiler geliştirebilmede hastaya yardım etme gibi psikiyatri hemsireliği prensiplerini de içermelidir (Taylor 1990).

Hemsirelik sürecinin uygulama basamaklarında hemsire farklı roller üstlenir. Klinikte yaşanan durumlarda hemsire birden fazla rolünü kullanarak bakım planını yasama geçirme fırsatını değerlendirme durumundadır (Kum 1996).

Hemsirelik sürecinin son aşaması olan değerlendirme aşaması, sürecin diğer aşamaları ile eş zamanlı olabileceği için değerlendirmede süreklilik söz konusudur. Bu nedenle hemsirenin hemsirelik girişimlerinin sonuçları kadar aşamaları tekrar gözden geçirmesi kaçınılmazdır. Hemsire için değerlendirme, kendi girişimlerini ve davranışlarını değerlendirmek kadar, uygulamada planlanan amaçlara ulaşılıp ulaşılmadığının değerlendirmesini de kapsamalıdır (Fortinash 1996, Stuart 1998).

Hemsirelik eğitiminin tüm basamaklarında sistemli bakım planlamada hemsireye rehberlik edecek olan hemsirelik süreci sisteminin öğrenciler tarafından uygulanabilir olması, hemsirelik eğitiminin niteliğinin bir göstergesi olmakla birlikte, ileriki yıllarda öğrenci hemsirelerin profesyonel yaşamlarına aktaracakları sistemli bir bakım anlayışını da beraberinde getirecektir (Taylor 1990).

Hemsirelik eğitiminin felsefesinde de öğrencinin bilgilerini kullanarak, sorunlara çözüm bulabilmesi, karar verme ve değişim yapabilme becerilerini geliştirmesi hedeflenir (Erdemir 1998).

Hemsirelik eğitimlerinin son yılına gelmiş, bir çok alanda hemsirelik süreci sistemini uygulamış, kişiler arası ilişkiler becerileri edinebilmiş olan psikiyatri kliniğinde uygulamaya çıkacak öğrencilerden beklenen özellikler ise şöyle sıralanabilir; gözlem yapabilme, görüşme yapabilme, bir tanıyla ilgili olan verileri ilgisiz olanlardan ayırt edilebilme, toplanan verileri yorumlayabilme, yorumlanan verileri sınıflayabilme, sınıflanan veriler doğrultusunda bir hemsirelik tanısı koyabilme, sınıflandırılarak düzenlenen verileri iletişim ve gözlemleri ile doğrulama

yoluyla kontrol edebilme. Bu çalışma tüm bu becerilere sahip olduğu düşünölen öğrenci hemşirelerin, psikiyatri kliniği uygulaması sırasında hazırladıkları hemşirelik süreci raporlarını değerlendirmek amacıyla yapılmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Tanımlayıcı türde olan bu araştırma, Ege Üniversitesi Tıp Fakóltesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniği'nde gerekli izinler alındıktan sonra yapılmıştır. 1999-2000 akademik yılı psikiyatri hemşireliği dersi klinik uygulaması yapan 130 öğrencinin psikiyatri hastalarıyla birlikte çalışırken hazırladıkları toplam 146 hemşirelik süreci araştırmanın evrenini oluşturmaktadır. 130 öğrencinin her biri, bir hasta için hemşirelik süreç raporu hazırlamıştır. 16 öğrenci hastaları erken taburcu olması nedeniyle 2. bir hastaya hemşirelik süreci uygulamış, böylece 130 öğrencinin hazırladıkları toplam 146 hemşirelik süreci raporu araştırma kapsamına alınmıştır. Araştırmanın evreni aynı zamanda araştırmanın örnekleimidir (n=146). Veri toplama aracı olarak öğrencilerin hemşirelik süreci raporları kullanılmıştır. Öğrenciler hemşirelik süreci raporlarını hazırlamada 22 sorudan olusan veri toplama aracı, ANA tarafından sınıflandırılan bireysel süreçte ortaya çıkan insan davranışları modelleri sınıflaması ve NANDA tarafından onaylanmış hemşirelik tanı kategorilerinden yararlanmışlardır. Veri toplama aracında hastalara ait tanıtıcı bilgileri içeren 22 soru (hasta yatış tarihi, adı soyadı, medeni durum, cinsiyet, yaş, eğitim, meslek, bağlı oldukları sosyal güvenlik, hasta ile ilđilenen kişiye ait bilgiler, hastanın birlikte yaşadığı kişiler, hastaneye bas vurmuş şekli, kaç kez psikiyatri kliniğine yattığı, hangi nedenle yattığı, hastanın öz ve soy geçmişi, hastanın alışkanlıkları, ilaçları, diyeti, hastaya uygulanacak laboratuvar testleri, tetkikleri ve psikolojik testler, hastanın izinleri, yattığı klinik) ile öğrenci hemşirelerin bakım verdikleri hastalarla ilgili günlük gözlemlerini kaydetmede kullandıkları Amerikan Hemşireler Birliği (ANA) tarafından sınıflandırılan bireysel süreçte ortaya çıkan insan davranışları modelleri sınıflaması yer almaktadır. Her bireysel süreçte ortaya çıkan davranış modelleri kapsamında aktivite süreçleri (motor davranış, yapılandırma modelleri, öz bakım, uyku/uyanma alışkanlıkları), kognitif süreçler (karar verme, yargılama, kavrama, öğrenme, bellek, düşünce süreçleri), ekolojik süreçler (toplumsal düzeni sürdürme, çevreyle bütünleşme, ev düzenini sürdürme), emosyonel süreçler (duygulanma durumları, duygulanma süreçleri), kişilerarası süreçler (kötü konuşma modelleri, iletişim süreçleri, conduct/impulse süreçleri, aile süreçleri, rol performans, cinsellik, sosyal etkileşim), algı (dikkat, rahatlık, benlik kavramı, duyuşsal algı), fizyolojik süreçler (dolaşım, basaltim, endokrin, gastrointestinal süreçler, iskelet/kas süreçleri, nöro/sensory süreçler, beslen-

me, oksijen kullanımı, fiziksel bütünlük, fiziksel regülasyon süreçler), değerlendirme (anlamlılık, ruhsal, değerler sistemi) yer almaktadır. Ayrıca öğrenciler hemşirelik süreçlerinde hastaları için kullanacakları hemşirelik tanımlarını kolayca seçebilmeleri için NANDA tarafından onaylanmış hemşirelik tanı kategorilerini (dokuz insan tepkisel örüntülerine göre gruplandırılmış şekilde) kullanmışlardır. Öğrencilerin hemşirelik süreci raporları tek tek eğitimcileri tarafından kontrol edildikten sonra, öğrencilerin hastaları ile ilgili topladıkları objektif ve subjektif veriler, gözlem raporları doğrultusunda koydukları doğru hemşirelik tanımları, bu tanımlara uygun girişimleri ve hemşirelik sürecinde değerlendirmeleri aşamalarını uygulama biçimleri araştırma kapsamında incelenmiştir. Hastaların psikiyatrik tanımları araştırma kapsamı dışında tutulmuş, öğrencilerin hastalarına bakım verirken bütüncül bir bakış açisini geliştirme durumları, teorik eğitimi uygulamaya aktarma durumları hemşirelik süreci raporlarının değerlendirilmesi yoluyla yorumlanmaya çalışılmıştır. Verilerin değerlendirilmesi SPSS 10.0 for Windows programında yapılmıştır. Veriler sayı ve yüzde dağılımları ile değerlendirilmiştir.

BULGULAR VE TARTISMA

1. Hastalarla İlgili Tanıtıcı Bilgiler

Öğrencilerin bakım verdikleri hastalar için süreç raporlarında kaydettikleri tanıtıcı özelliklere bakıldığında; hastaların %52,7'si kadın, %47,3'ü erkek, % 49,3'ü evlidir. Hastaların yaş ortalamaları ise $37,11 \pm 13,68$ dir. Hastaların %36,3'ü lise mezunu, %26,7'sinin öğrenci, %47,9'u emekli sandığına bağlı, %82,9'unun çekirdek ailesi olduğu saptanmıştır.

Hastaların %77,4'ü hastaneye isteyerek başvurduklarını belirtirken %54,1'inin hastaneye ilk yatışları olduğu tespit edilmiştir.

Hastaların yattıkları kliniklere göre dağılımlarına bakıldığında; %45,2'sinin kapalı kadın, %18,5'inin kapalı erkek, %21,2'sinin bagımlılık, %5,5'inin affektif, %5,5'inin nevroz, %4,1'inin açık erkek servisinde yattığı saptanmıştır. Öğrencilerin hastaları izleme gün sayısı ortalamaları ise $14,67 \pm 7,42$ dir.

2. Psikiyatri Kliniğinde Yatan Hastalar İçin Öğrencilerin Yaptığı Süreç Raporlarına İlişkin Bilgiler

Tablo 1' de öğrencilerin hastaların bakım gereksinimlerine göre en fazla kullandıkları hemşirelik tanımlarının dağılımları görülmektedir. Buna göre; öğrencilerin en fazla koydukları hemşirelik tanısı uyku düzeninde bozukluk (%70,6), sosyal izolasyon (%50,0), bireysel bas etmede

yetersizlik(%45,9), benlik saygisinda bozukluk (%44,5), düşünce sürecinde degisme (%36,3), kendine yada baskalarına yönelik saldirganlik potansiyeli (%34,9), anksiyete (%32,9), sagligin sürdürülmesinde yetersizlik/degisiklik (%32,2), beslenmede degisiklik/ vücut gereksiniminden az besin alimi (%26,0), bireysel bakimda/ banyo yapma, hijyenik öz bakimda eksiklik (%22,6) dir. Bu bulgular öğrenci hemsirelerin tanı koyma becerilerini saptamaya yönelik benzer bir çalışma yapan Altun' un(2000) öğrenci hemsirelerin bakım planlarında sıklıkla koyabildikleri hemsirelik tanılarını inceleyen araştırmasındaki bulgularla benzerlik göstermektedir(1).

Tablo 1. Öğrencilerin Hemsirelik Süreci Raporlarında En Fazla Kullandıkları Hemsirelik Tanılarının Dağılımı (n=146)

HEMSİRELİK TANILARI	Sayı	%
Uyku düzeninde bozukluk	103	70,6
Sosyal izolasyon	73	50,0
Bireysel bas etmede yetersizlik	67	45,9
Benlik saygisinda bozukluk	65	44,5
Düşünce sürecinde degisme	53	36,3
Kendine yada baskalarına yönelik saldirganlik potansiyeli	51	34,9
Anksiyete	48	32,9
Sagligin sürdürülmesinde yetersizlik/ degisiklik	47	32,2
Belenmede degisiklik/vücut gereksiniminden az besin alimi	38	26,0
Bireysel bakimda/ banyo yapma, hijyenik öz bakim da eksiklik	33	22,6

Öğrenci hemsirelerin psikiyatri hastaları için en sık kullandıkları hemsirelik tanıları arasında ilk bes sırada yer alan tanımlar incelendiğinde; uyku düzeninde bozukluk (%70,6), sosyal izolasyon (%50,0), bireysel bas etmede yetersizlik (%45,9), benlik saygisinda bozukluk (%44,5), düşünce sürecinde degisme (%36,3), bu tanımların insanın farklı tepkisel örüntülerini yansıttığı göz önünde bulundurulacak olursa öğrencilerin hastaları biyo-psiko-sosyal birer birey olarak değerlendirebildikleri söylenebilir. Bu bulgular psikiyatri hemsireliğinin temel felsefeleri arasında da yer alan hastalara bütüncül bir bakış açısıyla bakım verme durumuna göre incelendiğinde, hemsire öğrencilerin hastaları için doğru olarak en fazla kullandıkları bes hemsirelik tanısı, farklı boyutlarda insan tepkisel örüntülerini yansıtmaktadır.

Hemsirelik süreci raporlarında öğrencilerin en sık kullandıkları hemsirelik tanıları, NANDA(1990) tarafından onaylanmış hemsirelik tanı kategorileri dokuz insan tepkisel örüntülerine ilişkin olarak gruplandırılmış şekilde göre değerlendirildiğinde; öğrenci hemsirelerin psikiyatri hastalarına koydukları hemsirelik tanımlarının en fazla hareket etme tepkisel örüntüsü (%25,4) grubuna ait olduğu görülmektedir. Bunu izleyen tepkisel örüntü grupları besin, oksijen ve atıkların karşılıklı değişimi (%15,4), ilişki kurma (%13,8) ve hissetme (%13,8) örüntü

grupları oldukları saptanmıştır. Bu verilere göre öğrencilerin bütüncül bakış açisi temeli kazanmış olmalarına karşın, veri toplama aşamasında hastalarıyla kurdukları kişiler arası ilişkinin hastaları daha iyi tanımlarına yetmediği, dolayısıyla tepkisel örüntülerden daha net gözlemlenebilen ve yorum gerektirmeyen fiziksel örüntüleri değerlendirmeye eğilimli oldukları söylenebilir. Ancak, öğrencilerin hastaları izleme gün sayısı ortalamalarına bakıldığında ($14,67 \pm 7,42$) deneyimsiz bir hemşire grubunun psikiyatri hastasından daha net veri toplayabilmek ve bu verileri sentezleyip hemşirelik tanısına dönüştürmek için hastayla birlikte olma süresinin yeterli olmadığı söylenebilir.

Öğrenci hemşirelerin psikiyatri hastaları için en sık kullandıkları hemşirelik tanıları için planladıkları girişimler incelendiğinde;

- Uyku düzeninde bozukluk tanisi için uygun olan girişimler arasından öğrencilerin ortalama $5,81 \pm 2,53$ girişimi doğru planladıkları, planladıkları bu girişimlerin tamamına yakınıni uyguladıkları (uygulanamayan girişim $ort=0,40$), uygulayamadıkları girişimlerin büyük çoğunluğunun (%11,7) klinik ortamdan kaynaklanan sorunlar nedeniyle uygulanamadıkları, uygulanan girişimlerin %53,9'unun hemşirelik sürecinin değerlendirme aşamasında olumlu sonuçla değerlendirdikleri saptamıştır.
- Sosyal izolasyon hemşirelik tanisi için uygun olan girişimler arasından öğrencilerin ortalama $6,05 \pm 2,13$ girişimi doğru planladıkları, planladıkları bu girişimlerin tamamına yakınıni uyguladıkları (uygulanamayan girişim $ort=0,35$), uygulayamadıkları girişimlerin çoğunluğunun (%4,1) hastadan kaynaklanan sorunlar nedeniyle uygulanamadıkları, uygulanan girişimlerden %58,9'unun hemşirelik amaçlarına ulaşmayı sağlayan iyi seçilmiş ve uygun girişimler olarak değerlendirdikleri saptamıştır.
- Bireysel bas etmede yetersizlik hemşirelik tanisi için uygun olan girişimler arasından öğrencilerin ortalama $7,35 \pm 3,87$ girişimi doğru planladıkları, planladıkları bu girişimlerin tamamına yakınıni uyguladıkları (uygulanamayan girişim $ort=0,44$), uygulayamadıkları girişimlerin büyük çoğunluğunun (%7,5) hastadan kaynaklanan sorunlar nedeniyle uygulanamadıkları, uygulanan girişimlerin %52,2'sinin hemşirelik sürecinin değerlendirme aşamasında olumsuz sonuçla değerlendirdikleri saptamıştır.
- Benlik saygısında bozukluk hemşirelik tanisi için uygun olan girişimler arasından öğrencilerin ortalama $7,64 \pm 2,82$ girişimi doğru planladıkları, planladıkları bu girişimlerin tamamına yakınıni uyguladıkları (uygulanamayan girişim $ort=0,46$), uygulayamadıkları girişimlerin büyük çoğunluğunun (%7,7) hastadan kaynaklanan sorunlar

nedeniyle uygulanamadıkları, uygulanan girişimleri %55,4'ünü hemsirelik sürecinin değerlendirme aşamasında olumlu sonuçlarla verimlilik olarak değerlendirdikleri saptamıştır.

- Düşünce sürecinde değişme hemsirelik tanisi için uygun olan girişimler arasından öğrencilerin ortalama $5,81 \pm 2,84$ girişimi doğru planladıkları, planladıkları bu girişimlerin tamamına yakınıni uyguladıkları (uygulanamayan girişim ort= 0,20), uygulayamadıkları girişimlerin çoğunluğunun (%9,4) hastadan kaynaklanan sorunlar nedeniyle uygulanamadıkları, uygulanan girişimleri %54,7'unun hemsirelik sürecinin değerlendirme aşamasında olumlu sonuçla değerlendirdikleri saptamıştır.

Öğrenci hemsirelerin psikiyatri hastaları için sıklıkla kullandıkları bes hemsirelik tanisi için planladıkları girişimleri uygulayamama nedenlerine bakıldığında öğrencilerin tamamına yakınınin hastadan kaynaklanan nedenlerle girişimleri uygulayamadıklarını belirttikleri saptanmıştır. Girisken olma, hasta ile ilişkiyi baslatma gibi beceriler psikiyatri kliniginde çalışmak için gerekli temel unsurlardır. Ancak bu becerilerin hemsirelik eğitimi boyunca geliştiği ve hastalar ile iletişime girdikçe arttığı Karaaslan ve Çam'ın (1999) öğrenci hemsirelerin giriskenlik ve kişiler arası ilişki tarzlarını inceledikleri çalışmalarında saptanmıştır. Karaaslan ve Çam (1999) yaptıkları çalışmada dördüncü sınıf öğrencilerinin kişiler arası ilişkiler ve giriskenlik puan ortalamalarının, birinci sınıf öğrencilerinden daha yüksek olduğunu saptamışlardır (6). Dördüncü sınıf öğrencilerinde empatik eğilim, empatik beceri ile akademik başarıları arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmasında Öz (1998) öğrencilerin hemen yarısının(%49) empatik eğilimini orta düzeyde saptarken, empatik beceri puan ortalamasının (34.72) ise yeterli (istendik) düzeyde olmadığını saptamıştır. Öğrencilerin psikiyatri hastası ile çalışırken sabırlı, empatik, girisken olma ilişkiyi baslatma gibi profesyonel hemsireye özgü becerileri henüz edinemedikleri hemsirelik süreci raporlarında yorum gerektirmeyen objektif veri toplanabilecek alanlarda dikkatlerinin yoğunlaştığı söylenebilir. Terapötik bir ilişkiyi sürdürmede empati ve giriskenlik becerisinin olmaması hasta ile kurulacak güven ilişkisini de engelleyebilir. Bu durumda hemsire kendisinin, düşünce, duygu ve davranışlarının farkında olup, kendisini profesyonel olarak değerlendirerek, ilişkiyi tekrar baslatabilir.

Öğrencilerin hemsirelik süreci raporlarının değerlendirme basamağında en sık kullandıkları tanımlar için planladıkları girişimlerin değerlendirmesinde bireysel bas etmede yetersizlik tanisinin değerlendirilmesi dışında, diğer tanımların değerlendirme aşamasında bakımın yarından fazlasının olumlu sonuçla değerlendirildiği görülmektedir. Öğrencilerin hastaları izledikleri gün sayısı ortalamaları 14.67 ± 7.42 göz

önünde bulundurulacak olursa, psikiyatri kliniginde yatan hastaların bu kadar kısa sürede belirgin düzeyde duygu, düşünce, davranışlarında tamamen bir değişiklik ve gelişme olamayacağı bilgisi ile birlikte değerlendirildiğinde, öğrencilerin hastalarda değişen olumlu ayrıntıları gözlemleyebildikleri halde bu değişimin düzeyini kaydetmedikleri ve bu değerlendirme kaydinin psikiyatri hastaları için önemini kavrayamadıkları söylenebilir. Ancak öğrencilerin gözlemledikleri değişimlerin birebir hasta izlemelerinden kaynaklandığı da söylenebilir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

A. SONUÇ

- Öğrencilerin bakım verdikleri hastaların %52,7'si kadın, % 49,3'ü evli, yaş ortalamaları ise $37,11 \pm 13,68$ dir. Hastaların %36,3'ü lise mezunu, %26,7'sinin öğrenci, %47,9' u emekli sandığına bağlıdır. Hastaların %82,9'u çekirdek aile olup, %77,4'ü hastaneye isteyerek başvurduklarını belirtirken %54,1'inin hastaneye ilk yatışları olduğu saptanmıştır.
- Öğrencilerin hastaları izlenme gün sayısı ortalamaları $14,67 \pm 7,42$ dir.
- Ruh sağlığı ve hastalıkları hemşireliği uygulamasına çıkan öğrencilerin bakım planlarında psikiyatri kliniginde yatan hastalar için en sık kullandıkları NANDA hemşirelik tanıları uyku düzeninde bozukluk, sosyal izolasyon, bireysel bas etmede yetersizlik, benlik saygısında azalma , düşünce sürecinde değişiklikler .
- Öğrenci hemşireler doğru olarak koydukları hemşirelik tanılarına uygun olarak yeterli sayıda girişimi planlayabilmiş, planladıkları bu girişimlerin tamamına yakınıni uygulayabilmiş, uygulayamadıkları girişimleri uygulayamama nedeni olarak hastadan ve klinikten kaynaklanan sorunlar olduğunu belirtmişler ve bireysel bas etmede yetersizlik hemşirelik tanısı dışındaki tanıları değerlendirme aşamasında öğrencilerin yarısından fazlası olumlu olarak değerlendirmiştir.
- Öğrenci hemşirelerin psikiyatri hastalarına koydukları hemşirelik tanılarının en fazla hareket etme tepkisel örüntü (%25,4) grubuna ait olduğu görülmektedir. Öğrencilerin doğru saptadıkları tanıları itibarıyla bütüncül bakış açisi temeli kazanmış olmalarına karşın veri toplama aşamasında hastalarıyla kurdukları kişilerarası ilişkinin hastaları daha iyi tanımlarına yetmediği, dolayısıyla tepkisel örüntülerden daha net gözlemlenebilen ve yorum gerektirmeyen fiziksel örüntüleri değerlendirmeye eğilimli oldukları söylenebilir.

B. ÖNERİLER

Bu araştırmadan elde edilen bulgular doğrultusunda aşağıdakiler önerilebilir.

- Hemsirelik sürecinin ayrı bir ders olarak hemsirelik eğitimi müfredat programına alınması
- Öğrencilerin hastaları daha kapsamlı değerlendirebilmeleri için uygulama saatlerinin uzatılması ve öğrencilerin farklı özellikte hastalara bakım verebilmeleri için staj rotasyonlarının uygun şekilde ayarlanması, bir derse ait uygulamada birden fazla hemsirelik süreci raporu hazırlamaları
- Öğrencilerin klinik uygulamalarda insan tepkisel örüntülerini daha iyi tanıyıp ve uygun hemsirelik tanıları koyabilmeleri ve hemsirelik sürecini daha etkin kullanabilmeleri için klinik uygulama öncesinde vaka tartışmaları yapılması
- Psikiyatri hemsireliği dersi teorik aktarımının hemsirelik süreci temel alınarak hazırlanması
- Hemsire öğrencilerin gözlem yapma, görüşme yapma, subjektif verileri yorumlayabilme becerilerinin gelişmesi için bu konulara hemsirelik eğitim programlarında birinci sınıftan itibaren yer ayrılması
- Hemsirelik sürecinin her basamağında en etkili araç olarak kullanılan iletişim tekniklerini etkin olarak kullanabilmek için kişilerarası ilişkiler dersinin lisans düzeyinde tüm sınıflarda interaktif yöntemlerle yapılması
- Öğrencilerin empati, girişkenlik gibi konularda beceri kazanabilmeleri için, birinci sınıftan itibaren, bu konularda çalışma grupları oluşturularak eğitim yapılması önerilebilir.

KAYNAKLAR

1. Altun I, (2000). Öğrenci Hemsirelerin Bakım Planlarında Sıklıkla Kullandıkları Hemsirelik Tanıları. Birinci Uluslar Arası VIII. Ulusal Hemsirelik Kongresi Özet Kitabı. 29 Ekim- 2 Kasım 2000, Antalya, 97.
2. Beck MC, Ruthy PR, (1984). Mental Health Psychiatric Nursing Approach, A Holistic Life. The C.V. Mosby Company, Toronto; 1108- 1123.
3. Carpenito JL, (1997). Çev: Erdemir F. Handbook Of Nursing Diagnosis. Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul, (giris) xvii- xxxvii.
4. Dochterman JM, Johnson M, (2000). Defining Nursing Work And Patient Outcomes: NIC And NOC, I. Uluslar arası Ve VIII. Ulusal Hemsirelik Kongresi Kurs Notları, Antalya, 2000.

5. Erdemir F, (1998). Hemsirenin Rol Ve Islevleri Ve Hemsirelik Egitiminin Felsefesi.C.Ü. Hemsirelik Yüksekokulu Dergisi, 2(1) ;59-63.
6. Fortinash KM, (1996).Psychiatric Mental Health Nursing. Mosby- Year Book, Inc., 116-140.
7. Karaaslan A, Çam O, (2000). Öğrenci Hemsirelerin Giriskenlik Ve Kisilerarasi Iliski Tarzlarinin Egitim Süreçleri İçinde Longitudinal Olarak Incelenmesi, I. Uluslararası & 8. Ulusal Hemsirelik Kongresi 29 Ekim- 2 Kasim 2000 Özet Kitabı, Antalya, 8.
8. Kum E, (1996). Psikiyatri Hemsireliği El Kitabı. Vehbi Koç Vakfı Yayınları No: 13. Birli Ofset Ltd.Sti., İstanbul; 1-4.
9. Kum N, (1997). Psikiyatrik Hastada Gözlemin Önemi Ve Psikiyatri Hemsiresinin Bu Gözlemdeki Yeri. Hacettepe Tıp/ Cerrahi Bülteni 10(2). Hacettepe Üniversitesi Basım Evi, Ankara.
10. Öz F, (1998). Son Sınıf Öğrencilerinin Empatik Egilimleri, Empatik Becerileri ile Akademik Başarıları Arasındaki İlişki, C.Ü. Hemsirelik Yüksekokulu Dergisi. 2(2); 32-38.
11. Öztürk MO, (1994). Ruh Sağlığı Ve Bozuklukları. 5. Baskı, Medikomat Yayıncılık, Ankara., 115-122.
12. Stuart GW, (1998). Implementing The Nursing Process: Standards Of Care. Principles Practice Psychiatric Nursing. 6th Edit, Mosby, St. Louis Missouri, 177- 191.
13. Taylor CM, (1990). Essential Of Psychiatric Nursing. Thirteen Ed., Toronto, 111- 124.

**DIYALİZ HASTALARINDA UYKU KALİTESİ VE YASAM KALİTESİ
ARASINDAKİ İLİSKİ**

*THE RELATIONSHIP BETWEEN QUALITY OF SLEEP AND QUALITY OF
LIFE IN DIALYSIS PATIENTS*

Yasemin KUZEYLİ YILDIRIM*
Asiye DURMAZ AKYOL

Çiçek FADİOĞLU
Betül ÜNAL*

Ege Üniversitesi Hemsirelik Yüksekokulu İç Hastalıkları Anabilim Dalı
Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Dr. MESS Diyaliz Ünitesi

Anahtar Sözcükler: Diyaliz, Uyku Kalitesi, Yasam Kalitesi

Key Words: Dialysis, Sleep Quality, Quality of Life

* 13. Ulusal Böbrek Hastalıkları Diyaliz ve Transplantasyon Hemsireliği Kongresi'nde
Sözel Sunu olarak sunulmuştur.

ÖZET

Bu çalışma diyalize giren son dönem böbrek yetmezliği olan hastalarda, uyku kalitesi ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır. Araştırmaya 3 Nisan-10 Haziran 2003 tarihleri arasında E.Ü. Tıp Fakültesi Hastanesi Diyaliz Ünitesi ve Ege Bilim Özel Diyaliz Merkezi'nde kronik diyaliz tedavisi (hemodiyaliz ve periton diyalizi) gören 105 hasta alınmıştır.

Veri toplama aracı olarak; Hasta tanıtım Formu, Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi ve SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği kullanılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde; "Student t" testi, "Tek yönlü varyans" analizi, "Kruskal Wallis" analizi ve "Spearman korelasyon" analizi kullanılmıştır.

Diyaliz tedavisi gören hastaların %45'inin kötü uykuya sahip oldukları; yaş ve medeni durumun uyku kalitesini etkilediği saptanmıştır. Hastaların yaşam kalitelerinin "orta düzey"de olduğu ve kötü uykuya sahip olanların yaşam kalitesinin daha düşük olduğu saptanmıştır.

Sonuç olarak; bu çalışmada kötü uykunun diyaliz hastalarında sık olduğu ve uyku kalitesinin yaşam kalitesini doğrudan ve olumsuz olarak etkilediği belirlenmiştir.

SUMMARY

This study was planned descriptively in order to determine the relationship between sleep quality and health-related quality of life in dialysis patients. This study included 105 patients receiving dialysis at Ege University Hospital Dialysis and Ege Bilim Dialysis center between 03 April-10 June 2003.

Patients Recognition Form, Pittsburg Sleep Quality Index, and SF-36 Quality of Life Scale were used to collect data. In the evaluation of data "Student's t" test, "one way variance" analysis, "Kruskall Wallis" analysis and "Spearmen correlation analysis" were used.

Fourty-five percent of patients who has been treated with dialysis reported that they had a poor sleep; also that age and marital status affect on the sleep quality. It was found that quality of life patients had "mild level" and those who had poor sleep received lower quality of life.

In consequence; in this study it was determined that poor sleep had common in dialysis patients and sleep quality had a direct and adversely affects on the quality of life.

GIRIS

Kronik böbrek yetmezligi (KBY) renal fonksiyonların kronik ve geri dönüşsüz kaybidir. Son dönem böbrek yetmezligi (SDBY) gelistiginde hastaya hemodiyaliz, periton diyalizi veya böbrek transplantasyonu gibi renal replasman tedavilerinden birisi uygulanmaktadır. Yaklaşık 40 yıl önce diyaliz tedavisine başlanmasına karşın SDBY olan hastaların yaşam süreleri ve yaşam kaliteleri istenilen düzeyde değildir (9). Stres, depresyon ve anksiyete, anemi, tedavinin sınırlamalarını içeren çeşitli faktörlerin bu probleme katkıda bulunduğu bildirilmektedir (24).

Uyku tüm bireylerin yaşamı için gereklidir. Normal yaşlanmadaki değişiklikler, tıbbi, psikiyatrik ve psikososyal problemler uyku şeklini ve kalitesini değiştirerek erişkin bireylerin yaşam kalitesini etkileyebilir (28). Uyku bozuklukları SDBY olan hastalar tarafından sıklıkla bildirilen bir semptomdur (13, 15, 16, 19, 27). Yapılan çalışmalarda; subjektif uyku sorunları prevalansının son dönem böbrek yetmezligi hastalarında; % 50-80 oranında olduğu bildirilmektedir (6, 18-19, 23, 31-32). Diyaliz tedavisi gören hastalar kronik uyku bozukluklarını yaşamaktadırlar. Üremik hastalarda, derin uyku süreleri kısalmış ve toplam uyku süresi azalmıştır. Artmış BUN seviyelerindeki artış ile uyku bozukluğunun ciddiyeti arasında pozitif korelasyon vardır (17).

Nefrologlar ve nefroloji hemşireleri, hastaların uyku bozukluğuna ilişkin şikayetlerinin yaygın olduğunu gözlemlemektedirler (26). Uzun süre devam eden uyku bozukluğu gündüz uyuklamaya, mental keskinliğin azalmasına, genel sağlığın ve fonksiyonların bozulmasına neden olur; böylece SDBY olan hastaların yaşam kalitesini de etkilemektedir (12). Bu nedenle hemşirelik uygulamalarında temel amaç; uyku problemlerinin erken tanınması ve uyku kalitesinin geliştirilmesidir (12, 26).

Uyku sorunun çözülmesi hastanın yaşam kalitesinde artisin bir göstergesi olarak belirtilmektedir (19).

Bu çalışma diyalize giren son dönem böbrek yetmezliği olan hastalarda, uyku kalitesi ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla yapılmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Bu araştırma 3 Nisan-10 Haziran 2003 tarihleri arasında E.Ü. Tıp Fakültesi Hastanesi Diyaliz Ünitesi ve Ege Bilim Özel Diyaliz Merkezi'nde yapılmıştır. Bu kurumlarda kronik olarak diyaliz tedavisine devam eden, 6 aydan daha uzun süre diyaliz tedavisi gören, 18 yaş ve üzeri olan, en az okur yazar olan, iletişim kurmada güçlüğü ve zihinsel problemi bulunmayan 116 hastaya ulaşılmıştır. Bunların içinden araştırmaya katılmayı kabul eden ve araştırma sınırlılıklarına uyan toplam 105 hemodiyaliz (HD) ve periton diyalizi (PD) tedavisi gören hasta araştırma kapsamına alınmıştır. Araştırmanın yapılabilmesi için söz konusu kurumlardan gerekli izinler alınmıştır. Çalışma kapsamındaki bireylere araştırmanın amacı ve içeriği hakkında bilgi verilmiş ve katılımları için sözlü onamları alınmıştır.

Araştırmada veriler yüz yüze görüşme yöntemi ile toplanmıştır. Diyaliz tedavisi göre hastaların sosyodemografik, hastalık ve tedavi yöntemine ilişkin verilerini toplamak için "Hasta Tanıtım Formu" kullanılmıştır. Uyku kalitesini değerlendirmek amacı ile; Buysse ve arkadaşları (1989) tarafından geliştirilen Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi (PUKI) kullanılmıştır. İndeksin, geçerliği ve güvenirliliği Ağargün ve arkadaşları (1995) tarafından yapılmıştır ve Türk toplumuna uygunluğu saptanmıştır. Cronbach alfa iç tutarlılığ katsayısı .80 olarak saptanmıştır (3). Bizim örnekleminiz için cronbach alfa iç tutarlılığ katsayısı .65 olarak belirlenmıştir. PUKI, son bir ay süresindeki uyku kalitesini değerlendirmektedir ve toplam 19 sorudan ve 7 bileşenden olusmaktadır. Puanlamaya 18 madde ve 7 bileşen katılır. Her bir madde 0-3 puan üzerinden değerlendirilmektedir ve 7 bileşen puanının toplamı toplam PUKI puanını verir. Toplam puan 0-21 arasında bir degere sahiptir, toplam puanın yüksek olusu uyku kalitesinin kötü olduğunu göstermektedir. Toplam PUKI puanın ≤ 5 olması "iyi uyku"yu, >5 olması ise "kötü uyku"yu göstermektedir (3, 19, 28).

Sağlıkla ilgili yaşam kalitesini değerlendirmek için Ware ve ark (1987) tarafından geliştirilen, ölkemizde geçerlik ve güvenirliliği Pinar (1995) tarafından yapılmış olan SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği kullanılır.

mistir (25) örneklerimiz için Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı .91 olarak belirlenmiştir. Yaşam Kalitesi Ölçeği 36 ifade içermektedir ve fonksiyonel durum, esenlik ve genel sağlık olmak üzere 3 ana başlıktan oluşmaktadır. Her alt skala ve toplam yaşam kalitesi 0-100 arasında puanlanmıştır. Puanın yüksek olması yaşam kalitesinin daha iyi olduğunu göstermektedir (25).

Verilerin değerlendirilmesi için istatistiksel analizler SPSS 10.00 paket programında yapılmıştır. Uyku kalitesinin çeşitli sosyodemografik özellikler ve yaşam kalitesi ile ilişkisinin incelenmesinde “Student t” testi, “Tek yönlü varyans” analizi, “Kruskall Wallis” analizi ve “Spearman korelasyon” analizi kullanılmıştır. İstatistiksel analizler sonucunda p değeri 0.05’in altında ise anlamlı olarak kabul edilmiştir.

BULGULAR VE TARTISMA

Arastırma kapsamına alınan 105 hastanın %54.3’ü erkek, %45.7’si kadındır. Diyaliz tedavisi gören hastaların yaş ortalaması 54.7 ± 14.93 olarak saptanmıştır. Hastaların %74.3’ü evli, %28.6’si fakülte/yüksekokul mezunu ve %42.9’u emeklidir. Hastaların diyaliz süresi ortalama 3.90 ± 3.54 yıl olarak saptanmıştır. Kronik böbrek yetmezliğinin nedeni incelendiğinde; hastaların %17.1’inin diyabetik nefropati, %14.3’ünün vasküler hipertansiyon, %11.4’ünün glomerulonefrit ve %30.5’inin ise böbrek hastalığının nedenini bilmediği saptanmıştır (Tablo 1). Türk Nefroloji Derneğinin 2000 yılı verilerine göre; yeni KBY tanısı alan hastaların %22.8’i kronik glomerulonefrit, %15.8’i diyabetik nefropati ve %15.2’si ise hipertansif nefroskleroz nedeniyle KBY tanısı almıştır (29). Hastaların %55.2’sinin böbrek hastalığı dışında başka tıbbi hastalığı olduğu saptanmıştır.

Tablo 1. Hastalarda Böbrek Yetmezliği Gelişme Nedenleri

	n	%
Diyabetik nefropati	18	17.1
Vasküler hipertansiyon	15	14.3
Glomerulonefrit	12	11.4
Bilinmiyor	32	30.5
Polikistik böbrek hastalığı	7	6.7
Amiloidoz	6	5.7
Pyelonefrit	4	3.8
Diger (nefrolithiazis, nefroskleroz, nefrotik sendrom, vb)	11	10.6
Toplam	105	100.0

Uyku Kalitesi

Uyku tüm yaşlarda sağlık ve yaşam kalitesi için önemli olduğu ve kötü uykunun bir çok tıbbi durum ile ilişkili olduğu bildirilmektedir (5). Toplam PUKI puanı ve alt bileşenlerinin puanı Tablo 2'de gösterilmektedir.

Tablodan görüldüğü gibi toplam PUKI puanı 5.69 ± 3.66 olarak saptanmıştır. Toplam PUKI puanının 0-21 arasında değiştiği dikkate alınırsa araştırma kapsamındaki hastaların uyku kalitesi puanlarının oldukça düşük olduğu ve uyku kalitesinin iyi olduğu saptanmıştır. Ilescu ve arkadaşlarının (2003) diyaliz hastalarında yaptığı çalışmada toplam PUKI puanı 8.7 olarak saptanmıştır (19). Çalışmamızda daha düşük puanlar elde edildiği görülmektedir. Araştırma kapsamına alınan bireylerin en yüksek olarak uyku latensi, ikinci sırada ise öznel uyku kalitesi alt bileşenlerinden daha yüksek puanlar aldığı görülmektedir.

Tablo 2. Hastaların Uyku Kalitesi Puan Ortalamalarının Dağılımı

Uyku Kalitesi	Ortalama	SD
Öznel uyku kalitesi	1,10	0,81
Uyku latensi	1,50	1,08
Uyku süresi	1,02	0,97
Alisilmiş uyku etkinliği	0,60	0,96
Uyku bozukluğu	0,94	0,59
Uyku ilacı kullanımı	0,25	0,76
Gündüz işlev bozukluğu	0,28	0,58
Toplam Uyku Kalitesi	5,69	3,66

Toplam PUKI puanının ≤ 5 olması "iyi uyku"yu, >5 olması ise "kötü uyku"yu göstermektedir; bu tanıma göre, diyaliz hastalarının %45'i kötü uykuya (toplam PUKI puanı >5) ve %55'i ise iyi uykuya (toplam PUKI puanı ≤ 5) sahiptir. Bixler ve ark (1982) genel popülasyonda yaptığı çalışmada uyku problemlerinin sıklığını %14-42 arasında olarak bildirmektedir (7). Uyku şikayetlerinin diyaliz hastaları arasında sık olduğu literatürde bildirilmektedir (16, 20). Bu çalışmada kötü uyku prevalansı % 45 olarak saptanmıştır. Yapılan çalışmalarda; kronik böbrek yetersizliği olan HD hastalarında uyku sorunu görülme sıklığının %40-50 arasında olduğu belirtilmiştir (6, 18, 32). Bu sonuçlar çalışmamızı destekler niteliktedir. Bununla beraber; uyku bozukluğu prevalansının %52-83 olarak saptandığı çalışmalarda bulunmaktadır (8, 18, 19, 33).

Tablo 3. Diyaliz Hastalarının Tanımlayıcı Özelliklerinin Toplam Uyku Kalitesine Etkisi

Tanımlayıcı Özellikler	Toplam Uyku Kalitesi		
	Ort	SD	P
Cinsiyet			
Kadın (n: 48)	6,40	3,98	t: 1,844
Erkek (n: 57)	5,09	3,29	p:0,068
Medeni durum			
Evli (n: 78)	5,42	3,24	F: 9,863
Bekar (n: 11)	3,91	3,15	P: 0,007*
Dul (n: 16)	8,19	4,81	
Eğitim durumu			
Okur-yazar değil (n: 17)	7,24	3,73	
İlkokul (n: 29)	5,21	2,72	F: 5,110
Orta/lise (n: 29)	5,76	4,15	P: 0,164
Fakül/yüksek (n: 30)	5,20	3,85	
Ek hastalık			
Var (n: 58)	6,31	3,64	t: 1,968
Yok (n: 47)	4,91	3,57	p: 0,052

* P < 0.01

Tablo 3'de diyaliz tedavisi gören hastaların tanımlayıcı özelliklerinin toplam uyku kalitesine etkisi görülmektedir. Cinsiyetin uyku kalitesine etkisi incelendiğinde; kadın ve erkeklerin uyku kaliteleri arasında fark olmadığı belirlenmiştir (P>0.05). Çalışma sonucumuzda dul olan hastaların uyku kalitelerinin evli ve bekar olanlardan daha kötü olduğu ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu saptanmıştır (P<0.01). Günlük yaşamdaki anksiyete, stres ve diğer emosyonel sorunların uyku düzenini bozduğu ve bireyin uyumasını engellediği bilinmektedir.

Hastaların eğitim durumunun uyku kalitesine etkisi incelendiğinde; gruplar arasındaki farkın anlamlı olmadığı saptanmıştır (P>0.05). Böbrek hastalığı dışında başka hastalığın olup olmamasının uyku kalitesini etkilemediği saptanmıştır (P>0.05). Çalışmamızda diyaliz süresi ile uyku kalitesi arasında istatistiksel olarak önemli bir ilişki saptanmazken (P>0.05) Veiga ve arkadaşlarının (1997) çalışmasında uzun süre hemodiyaliz tedavisi gören hastaların daha yüksek PUKI puanlarına sahip olduğu görülmüştür. Hemodiyaliz tedavi süresi uzadıkça uyku kalitesinin azaldığı ve yatakta yatma sürelerinin uzadığı saptanmıştır (31). Yaş ile uyku kalitesi arasında negatif bir ilişki saptanmış yaş arttıkça uyku kalitesinin azaldığı belirlenmiştir (P<0.01). Uyku sorunlarının özellikle ileri yaş erkeklerde daha sık görüldüğü bildirilmektedir (33). Yoshioka ve ark (1993) SDBY olan hastalarda uyku bozukluklarını saptamak amacıyla yaptığı çalışmada; ileri yaşın ve uzun süre diyaliz tedavisi görmesinin uyku bozukluklarını direkt olarak etkilediğini belirtmiştir (36). Çınar ve ark (1998) yaptığı çalışmada; yaş ile uyku sorunları arasında pozitif yönde bir ilişki olduğu saptanmıştır (22). Yaş arttıkça uyku sorunları da artmaktadır. Yaşlanmayla birlikte normal

uyku düzeninde bazı değişiklikler meydana geldiği; uyku kalitesi konusunda tatminsizliğin ve uykusuzluk yakınmalarının arttığı belirtilmektedir (1, 2).

Yasam Kalitesi

Arastirma kapsamına alinan hastaların yasam kalitesi puan ortalamaları Tablo 4’de görülmektedir.

Tablo 4. Hastaların Yasam Kalitesi Puan Ortalamaları

Yasam Kalitesi	ORTALAMA	SD
Fonksiyonel Durum	62,08	25,56
Esenlik	58,82	19,30
Genel saglik	52,82	19,94
Toplam Yasam Kalitesi	58.93	17.98

Tablo 4 incelendiginde; hastaların puan ortalamalarının fonksiyonel durum alt basligında 62.08, esenlik alt basligında 58.82, genel saglik alt basligında 52.82 olduğu ve toplam yasam kalitesi ölçeginden ise 58.93 puan aldıkları görülmektedir. SDBY ve diyaliz tedavisinin başlamasının fonksiyonel durum ve saglikla ilişkili yasam kalitesi (SIYK)’ni önemli derecede etkilediği belirtilmektedir (30). Yasam kalitesi ölçegi ve alt basliklarından alınabilecek en yüksek puanın 100 olduğu dikkate alınırsa; arastirma kapsamındaki hastaların yasam kalitelerinin “ orta düzey”de olduğu görülmektedir. Ilescu ve ark’nin (2003) hemodiyaliz hastalarında yaptığı bir çalışmada; hastaların yasam kalitesi 50 puanın altında saptanmış ve orta düzeyden daha düşük olduğunu belirlenmiştir (19). Çalışmalarda genel popülasyonla karşılaştırıldığında, SDBY olan hastaların daha düşük yasam kalitesine sahip olduğu bildirilmektedir (14, 18, 21, 23). Yildirim (2002) tarafından yapılan çalışmada diyaliz hastalarının yasam kalitesi “orta düzey” olarak saptanmıştır; bu sonuçlar bizim çalışmamız ile uyum göstermektedir (35). Bu sonuçlara karşıt olarak Akyol ve Karadakovan (2002) tarafından yapılan çalışmada hastaların yasam kalitesi “yüksek düzey” olarak saptanmıştır (4).

Tablo 5’de hastaların tanımlayıcı özelliklere göre yasam kalitesi puan ortalamalarının dağılımı görülmektedir. Tablo incelendiginde; cinsiyetin yasam kalitesinin sadece esenlik alt basligında anlamlı bir farka neden olduğu saptanmıştır ($P<0.01$). Arastirmamızda erkeklerin yasam kalitesi puan ortalamaları kadınlara göre daha yüksek olarak belirlenmiştir. Evans ve ark (1985) ise, hastaların cinsiyet durumlarına göre; fiziksel iyilik halinin erkeklerde kadınlara göre, psikolojik iyilik halinin ise kadınlarda erkeklere göre daha iyi olduğunu saptamışlardır (10). Feste (1991) çalışmasında erkeklerin saglikla ilgili yasam kalitesi görüslerinin kadınlara göre daha iyi olduğunu saptamıştır (11).

Tablo 5. Diyaliz Hastalarının Tanımlayıcı Özelliklerinin Yaşam Kalitesine Etkisi

Tanımlayıcı Özellikler	Fonksiyonel durum			Esenlik			Genel sağlık			Global yaşam kalitesi		
	Ort	SD	P	Ort	SD	P	Ort	SD	P	Ort	SD	P
Cinsiyet												
Kadın (n: 48)	61,59	24,76	t: -0,179	53,02	17,62	t: -2,924	48,81	19,84	t: -1,914	55,89	17,43	t: -1,601
Erkek (n: 57)	62,49	26,43	p: 0,858	63,70	19,45	p: 0,004*	56,19	19,56	p:0,058	61,49	18,19	p: 0,112
Medeni durum												
Evlü (n: 78)	60,17	27,05	F: 1,238	60,53	19,28	F: 5,625	54,51	19,33	F: 2,249	59,03	19,07	F: 0,480
Bekar (n: 11)	64,27	25,26	P: 0,539	60,70	19,15	P: 0,060	52,23	20,31	P: 0,325	60,40	18,15	P: 0,787
Dul (n: 16)	69,88	16,21		49,16	17,65		45,00	21,9 8		57,44	12,26	
Eğitim durumu												
Ok-yazdeğil (n: 17)	59,02	27,94		49,62	20,40		49,53	20,97		53,78	19,00	
İlkokul (n: 29)	62,97	29,61	F: 0,411	58,05	17,15	F: 6,971	51,93	17,28	F: 0,951	58,88	17,92	F: 1,970
Orta/lise (n: 29)	60,74	27,60	P: 0,938	61,58	18,73	P: 0,073	53,02	23,54	P: 0,813	59,31	19,29	P: 0,579
Fakül/yük (n: 30)	64,21	23,04		62,09	20,36		55,35	18,60		61,55	16,37	
Ek hastalık												
Var (n: 58)	61,81	25,36	t: 1,219	56,89	19,58	t: -1,140	52,53	18,81	t: -0,162	59,44	17,85	t: 0,320
Yok (n: 47)	58,71	25,68	p: 0,226	61,20	18,88	p: 0,257	53,17	21,45	p: 0,872	58,31	18,32	p: 0,750

P < 0.01

Medeni durum, eğitim durumu ve ek hastalık varlığının yaşam kalitesine etkisi incelendiğinde; bu değişkenlerin yaşam kalitesini etkilemediği saptanmıştır ($P>0.05$). Yaş ortalaması ve diyaliz süresinin toplam yaşam kalitesi ve alt başlıklarını istatistiksel olarak etkilemediği belirlenmiştir ($P>0.05$). Parker ve arkadaşlarının (2003) sonuçları çalışmamız ile paralellik göstermektedir (24).

Uyku Kalitesi ile Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişki

SDBY ve diyaliz tedavisinin başlaması fonksiyonel durum ve sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi (SIYK)'ni önemli derecede etkilemektedir (30). Daha önce yapılan çalışmalar diyaliz hastalarında uyku bozukluğu ve fiziksel ve mental iyilik hali arasında ilişki olduğunu göstermektedir (34). Uyku bozukluklarının subjektif yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediği bildirilmektedir (22). KBY tedavisindeki ilerlemelere rağmen, diyaliz tedavisi gören hastaların yaşam kalitesi önemli bir problem olarak kalmaktadır. Bu popülasyondaki uyku yakınmaları ve bozuklukları prevalansının yüksek olmasına rağmen, uyku problemleri ve yaşam kalitesi arasındaki ilişki açıkça ifade edilmektedir (24). Tablo 6'da uyku kalitesi ile yaşam kalitesi arasındaki ilişki görülmektedir.

Tablo 6.Uyku Kalitesi ve Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişki

	Fonksiyonel Durum	Esenlik	Genel Sağlık	Toplam Yaşam Kalitesi
Öznel uyku kalitesi	-0,17 *	-0,48**	-0,40**	-0,36**
Uyku latensi	-0,24 *	-0,39**	-0,20*	-0,34**
Uyku süresi	-0,16	-0,33**	-0,18	-0,26**
Alisilmiş uyku etkinliği	-0,04 *	-0,38**	-0,19	-0,21*
Uyku bozukluğu	-0,21 *	-0,42**	-0,29**	-0,36**
Uyku ilacı kullanımı	-0,24 **	-0,27**	-0,21	-0,28**
Gündüz işlev bozukluğu	-0,22 *	-0,32	-0,16	-0,29**
Toplam Uyku Kalitesi	-0,28**	-0,57**	-0,34**	-0,46**

* $p<0,05$

** $p<0,01$

Toplam uyku kalitesi ile toplam yaşam kalitesi ve alt başlıkları arasındaki ilişki incelendiğinde; bu değişkenler arasında ilişki olduğu ve uyku kalitesinin yaşam kalitesini doğrudan ve olumsuz olarak etkilediği saptanmıştır ($P<0.01$). Uyku kalitesinin azalması diyaliz hastalarında yaygındır ve sağlıkla-ilişkili yaşam kalitesinin azalmasında etkili olduğu bildirilmektedir (20, 34).

Tablo 7'de görüldüğü gibi araştırma kapsamına alınan 105 hastadan "iyi uyku"ya sahip olanların toplam yaşam kalitesi ve alt başlıklarının puanları "kötü uyku"ya sahip olanlardan daha yüksektir. Yapılan istatistiksel analiz sonucunda bu farkın anlamlı olduğu saptanmıştır ($P<0.05$). İyi uykuya sahip olan bireyler yaşam kalitesinin tüm alanlarında kötü uykusu olanlardan daha yüksek puan almışlardır. İyi uykuya sahip olanların yaşam kalitesinin kötü uykuya sahip olanlara

göre daha iyi olduğu söylenebilir. Iliescu ve ark (2003) çalışmalarında benzer sonuçları elde etmişlerdir (19). Uyku kalitesi ve yaşam kalitesi arasındaki bu ilişki uyku kalitesinin yaşam kalitesi üzerine veya yaşam kalitesinin uyku kalitesi üzerine doğrudan etkisi olduğu şeklinde açıklanabilir.

Tablo 7. Hastaların İyi ve Kötü Uykuya Göre Yaşam Kalitesi Puanlarının Dağılımı

TOPLAM YASAM KALİTESİ	İYİ UYKU (Toplam PUKI puanı ≤ 5)		KÖTÜ UYKU (Toplam PUKI puanı > 5)		t	P
	Ort	SD	Ort	SD		
Fonksiyonel Durum	64,57	15,81	50,81	17,97	4,144	<0,001
Esenlik	67,13	23,85	54,79	26,46	2,493	<0,05
Genel Sağlık	66,18	16,47	48,21	18,25	5,259	<0,001
Global Yaşam Kalitesi	57,02	18,34	46,74	20,79	2,671	<0,01

SONUÇLAR VE ÖNERİLER

Sonuç olarak; bu çalışmada kötü uykunun diyaliz hastalarında sık olduğu ve uyku kalitesinin yaşam kalitesini doğrudan ve olumsuz etkilediği ve kötü uykuya sahip olan bireylerin yaşam kalitesinin daha düşük olduğu saptanmıştır.

Elde edilen bu sonuçlara göre;

- Hastaların uyku durumu ve uyku kalitesinin değerlendirilmesinin klinik protokolda yer almasının sağlanması,
- Hemsirelerin SDBY olan ve diyalize giren hastaların uyku problemlerini çözmek için girişimlerde bulunması,
- Uyku ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi değerlendirmede; daha ileri çalışmaların uygulanması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

1. 1993. Yaşlılarda uyku ve uyku sorunları, Literatür, 18, 678-681.
2. Sleep disorders in the elderly. <http://www.mayo.edu/geriatrics-rst/sleep.htm> Erisim Haziran 2002.
3. Agargün YM, Kara H, Anlar Ö, (1996). Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi'nin geçerliliği ve güvenilirliği. Türk Psikiyatri Dergisi, 7:2, 107-11.
4. Akyol A, Karadakovan A, (2002). Hemodiyalize giren hastaların yaşam kalitesi ve öz bakım güçleri ile bunlar üzerine etkili değişkenlerin incelenmesi. Ege Tıp Dergisi, 41, 2, 97-102.
5. Asplund R, (1999). Sleep disorders in the elderly. Drugs Aging, Feb, 14(2):91-103.

6. Barrett BJ, Vavasour HM, Major A et al, (1990). Clinical and psychological correlates of somatic symptoms in patients on dialysis. *Nephron*, 55, 10-15.
7. Bixler EO, Kales A, Vela-Bueno A et al, (1982). Nocturnal myoclonus and nocturnal myoclonic activity in a normal population. *Research Communications in Chemical Pathology and Pharmacology*, 36(1), 129-140.
8. Burmann-Urbaneck M, Sanner B, Laschewski F et al, (1995). Sleep disorders in end-stage renal disease. *Pneumologie*, 49, 158-60.
9. Dilek K, Renal Replasman Tedavileri, [http://www.iletisimmerkezi.org/aktualite/saglik/Renal Replasman Tedavileri.htm](http://www.iletisimmerkezi.org/aktualite/saglik/Renal_Replasman_Tedavileri.htm) Erisim Tarihi 2003.
10. Evans RW, Manninen DL, Garrison LP Jr et al, (1985). The quality of life of patients with end-stage renal disease. *N Eng J Med*, 28; 312 (9), Feb, 553-9.
11. Feste C, (1991). Self-image affects quality of life, today and tomorrow. *Diabetes In The News*, December, 36-37.
12. Foley DJ, Monjan AA, Brown SL et al, (1995). Sleep complaints among elderly patients: an epidemiological study of three communities. *Sleep*, 18, 425-432.
13. Guillaume J, Danial P, Bernard F et al, (1995). Sleep apnea incidence in maintenance hemodialysis patients: influence of dialysis buffer. *Nephron*, 71, 138-142.
14. Gudex CM, (1995). Health-related quality of life in end-stage renal failure. *Quality of Life Research*, 4- 359-366.
15. Hanly PJ, Pierratos A, (2001). Improvement of sleep apnea in patients with chronic renal failure who undergo nocturnal hemodialysis. *New England Journal of Medicine*, 344, 102-107.
16. Hanly P, (2004). Sleep apnea and daytime sleepiness in end-stage renal disease. *Semin Dial*. Mar-Apr;17:2, 109-14.
17. Herrera CO, (1995). Sleep disorders. (içinde) Abrams WB, Beers MH, Berkow R (ed). *The Merck Manual of Geriatrics*. Second Edition, Merck&Co., Inc., USA, 110-112.
18. Holley JL, Nespor S, Raulth R, (1992). A comparison of reported sleep disorders in patients on chronic hemodialysis and continuous peritoneal dialysis. *Am J Kidney Dis*, 19, 156-61.
19. Iliescu EA, Coo H, McMurray MH, Meers CL, Quinn MM, Singer MA, Hopman WM, (2003). Quality of sleep and health-related quality of life in haemodialysis patients. *Nephrol Dial Transplant*, 18:126-132.
20. Iliescu EA, Yeates KE, Holland DC, (2004). Quality of sleep in patients with chronic kidney disease. *Nephrol Dial Transplant*. Jan, 19: 1, 95-9.
21. Lok P, (1996). Stressors, coping mechanisms and quality of life among dialysis patients in australia. *Journal of Advanced Nursing*, 23, 873-881.
22. Menten (Çinar) S, Sezerli M, Dinçer F, Yesilbilek A, (1998). Kronik hemodiyaliz hastalarında uyku sorunları. *Hemsirelik Forumu, Transplantasyon ve Diyaliz Özel Sayısı*, 1: 4, 166-172.
23. Parker K, (1996). Dream content and subjective sleep quality in stable patients on chronic dialysis. *ANNA Journal*, 23, 201-213.

24. Parker KP, Kutner NG, Bliwise DL, et al, (2003). Nocturnal sleep, daytime sleepiness, and quality of life in stable patients on hemodialysis. *Health Qual Life Outcomes*. Nov 21: 1(1), 68.
25. Pinar R, (1996). Sağlık araştırmalarında yaşam kalitesi. *Sendrom*. 1:10, 109-113.
26. Puntriano M, (1999). The relationship between dialysis adequacies and sleep problems in hemodialysis patients. *ANNA Journal*, 26: 4, 405-407.
27. Silverberg DS, Iaina A, Oksenberg A, (1997). Sleep-related breathing disturbance: their pathogenesis and potential interest to the nephrologist. *Nephrology Dialysis Transplantation*, 12, 680-683.
28. Smyth C, (1999). The Pittsburg Sleep Quality Index (PSQI). <http://www.hartfordign.org/publications/trythis/issue06.pdf>
29. Türk Nefroloji Derneği, (2001). Türkiye'de Nefroloji-Dializ ve Transplantasyon Registry 2000, Türk Nefroloji Derneği Yayınları, İstanbul, 12.
30. Valderrabano F, Jofre R, Lopez-Gomez JM, (2001). Quality of life in end-stage renal disease patients. *Am J Kidney Dis*, 38, 443-464.
31. Veiga J, Gonçaves N, Gomes F, et al, (1997). Sleep disturbances in end-stage renal disease patients on hemodialysis. *Dialysis&Transplantation*, June, 26: 6, 380-384.
32. Venmans BJW, van Kralingen KW, Chandi DD et al, (1999). Sleep complaints and sleep disordered breathing in hemodialysis patients. *The Netherlands Journal of Medicine*, 54, 207-212.
33. Walker S, Fine A, Kryger MH, (1995). Sleep complaints are common in a dialysis unit. *Am J Kidney Dis*, 26, 751-756.
34. Williams SW, Tell GS, Zheng B et al, (2002). Correlates of sleep behavior among hemodialysis patients. *Am J Nephrol*, 22, 18-28.
35. Yildirim (Kuzeyli) Y, (2002). Diyaliz Hastalarında Progresif Gevseme Egzersizlerinin Kyagi Düzeyi ve Yaşam Kalitesine Olan Etkisinin İncelenmesi. Ayrılanmamış Yüksek lisans Tezi, İzmir: Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
36. Yoahioka M, Ishii T, Fukunishi I, (1993). Sleep disturbance of end-stagerenal disease. *Jpn J Psychiatry Neurol*. 47: 4, 847.

ÖĞRENCİLERİN SOSYO-KÜLTÜREL ÖZELLİKLERİ, DURUMLUK-SÜREKLİ KAYGI DÜZEYLERİ VE BASA ÇIKMA BECERİLERİNİN İNCELENMESİ

INVESTIGATION OF THE COPING SKILLS AND THE LEVEL OF STATE-TRAIT ANXIETY, SOCIA-CULTURAL CHARACTERISTICS OF STUDENTS

Aysegül BILGE

Ilknur PEKTAS

E.Ü. İzmir Atatürk Sağlık Yüksekokulu 35100 Bornova / İZMİR

Anahtar Sözcükler: Öğrenci, kültür, kaygı, basa çıkma
Key Words: Student, culture, anxiety, coping

ÖZET

Bu araştırma, öğrencilerin sosyo-kültürel özellikleri, kaygı düzeyleri ve basa çıkma becerilerini belirlemeyi amaçlamaktadır.

Tanımlayıcı bir araştırmadır. Öğrencilere sosyo-kültürel özelliklerini içeren anket formu, durumluk-sürekli kaygı ölçeği ve basa çıkma stratejileri ölçeği (RÖGÖ) uygulanmıştır. Verilerin değerlendirilmesi için yüzdelik değerleri ve ANOVA kullanılmıştır.

Öğrencilerin sürekli kaygı yaşadığı ve sürekli kaygıları ile basa çıkabildikleri belirlenmiştir. Ayrıca öğrencilerin kardeş sayısının durumluk kaygıyla basa çıkmayı etkilediği belirlenmiştir. Bulgular ilgili literatür çerçevesinde tartışılmıştır.

SUMMARY

This study aims to investigate of students of the coping skills and the level of state-trait anxiety , socia -cultural characteristics.

It was held descriptif study. The research instrument constituted a questionnaire based on demographic variables plus two scales to elicit responses state, trait anxiety and coping strategies (RÖGÖ). The percentage, ANOVA have been used for the evaluation and analysis of the data.

It was determined that students develop trait anxiety and coping with trait anxiety. Besides it was determined that the number of sibling of students effect coping with state anxiety. In the study, the findings referred to above are discussed within the framework of relevant literature.

GİRİŞ

İnsanoglu bedensel, ruhsal, toplumsal yetileri ve becerileri öğrenmesi, bunları kullanması ve sonraki kuşaklara aktarması gibi özellikleri

olan bir varlıktır. Bunların tümü insanların diğer canlılardan farklı olarak bir kültür yaratabilme özelliğiyle özetlenebilir. Kültür ;insanların yaşamları boyu, yiyip, içmesini, giyinmesini, dilini, dinini, insani ilişkilerini, fiziksel, biyolojik, toplumsal çevresini ve değerlerini, davranış kalıplarını öğrenmesini sağlar (Dogan 1998).

Fromm, Sullivan ve Horney gibi bilim adamlarının öncülüğünü yaptığı sosyolojik ekolde kültürün insani şekillendirdiği, kişilerarası ilişkilerini ve kişiliğini etkilediği görüşü savunulmuştur (Kentner 1991). Agresyonun etyolojisini anlamak için sosyokültürel teorileri anlamak gerektiği vurgulanmıştır. Çünkü birey sosyal çevreden etkilenmektedir. Sosyokültürel teorilerde bireysel siddeti açıklamak için sistemlerin uygulamalarını, kurumsal organizasyonları, değerleri, normları ve sosyal yapıları bilmek gerektiği belirtilmiştir (Kentner 1991).

Shwap (1978), sosyal psikiyatrinin temel anlamlarını tanımlarken; sosyal nedenlerin, akıl sağlığını etkileyen sosyo-kültürel etmenler ile genetik etmenlerin birlikte veya ayrı, diğer etmenleri ne kadar etkilediğini vurgulamıştır (Frisch ve Frisch 2002). Bu bağlamda yıllardır kültürel etmenlerin insanın duyu, düşünce ve davranışına nasıl bir etki yaptığı araştırılmıştır.

Kültürün, insanın duygusal yapısına etkisini inceleyebilmek için temel olan duygularını anlamlandırmak gerekmektedir. İnsanın öfke, mutluluk, üzüntü, korku ve nefretten oluşan beş temel duygusu vardır. Bireyin planları, istek ve ihtiyaçları engellendiğinde ve haksızlık, adaletsizlik durumlarında, kendi benliğine yönelik bir tehdit algıladığında ya da tam tersi kendine göre olumlu gelişmeler yaşadığında duygular açığa çıkar. Birey sonuç olarak yaşanan olumlu veya olumsuz yaşam olayları ardından duygusal yüklülükle, anksiyete yaşar. Anksiyete dilimizde kaygı, sıkıntı kelimelerine karşılık gelmektedir. Çocuk için; sevdiği bir objeyi kaybederken veya ailesinden ayrılırken, adölesanlar için; üniversiteyi kazanırken, erişkinler için yaşlılık ve ölüm düşünüldüğü zaman anksiyete yaşanabilir (Gümüş 2003).

Harry Stack Sullivan, anksiyetenin kaynağını erken çocukluk döneminde çocuk ile anne arasındaki ilişkilere bağlar. Annenin anksiyetesinin çocuğa geçtiğini ileri sürer (<http://www.hipnoz.com/rgenel.html>). Bilimsel bakış açisi ile ilgili araştırmalar, yaşamlarında stresli olayları kontrol edemeyen kişilerin kaygı yaşama olasılıklarının, stres verici olaylar üzerinde kontrole sahip olduklarına inanan kişilerden daha yüksek kaygı yaşadıklarını göstermektedir (Morris 2002).

Bunların sonucunda birey anksiyeteden kurtulmak için kendince etkili veya etkisiz bası çıkma yolları dener. Görüldüğü üzere insanın duygusal yapısı ve çevresi bir bütün olarak işlev görmektedir.Çözüm

yollarında da bütüncüllüğü devam etmektedir. Bu araştırma, bireylerin sosyo-kültürel özellikleri (yaşı, eğitim durumu, yaşadığı bölge, inançları ve değerleri gibi özellikleri), kaygı ve basıncı çıkma düzeylerini incelemek amacıyla planlanmış, tanımlayıcı tipte bir araştırmadır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırma Ege Üniversitesi İzmir Atatürk Sağlık Yüksekokulu Müdürlüğü'nden gerekli izin alınarak yürütülmüştür. Araştırmanın evrenini 2002-2003 eğitim-öğretim döneminde Ege Üniversitesi İzmir Atatürk Sağlık Yüksekokuluna kayıtlı 400 öğrenci oluşturmaktadır. Araştırmanın örneklemini ise olasılıksız örneklem yöntemi ile seçilmiş, evrenin % 33'ünü kapsayan 132 öğrenci oluşturmaktadır.

Araştırma verilerinin toplanmasında 3 bölümden oluşan anket formu kullanılmıştır. I. bölüm: Araştırmacılar tarafından gerekli literatür araştırılarak oluşturulmuş öğrencilerin sosyo-kültürel özelliklerini içeren 17 maddelik bir formdur.

II. bölüm: "Durumluk Sürekli Kaygı Ölçeği"; 40 maddeden oluşmaktadır. İlk 20 madde durumluk kaygı, diğer 20 madde sürekli kaygı durumlarını tespit etmektedir. Türkiye için geçerliliği ve güvenilirliği Necla Öner ve Ayhan Lecompte (1977) tarafından yapılmıştır. Sürekli kaygı ölçeği kuder-richardson alfa katsayısı 0.83-0.87 arasında, durumluk kaygı ölçeği kuder richardson alfa katsayısı 0.94-0.96 arasında olduğu bulunmuştur. Puanlama 4'lü likert tipi puanlamadır. Yüksek puan, yüksek kaygıyı gösterir. Ölçekte iki tür ifade vardır; bunlar doğrudan ve tersine dönmüş ifadelerdir. Tersine dönmüş ifadeler: 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19, 20, 21, 26, 27, 30, 33, 36, 39 uncu maddelerdir. Durumluk kaygı alt ölçeği için değişmeyen değer 50, Sürekli kaygı için değişmeyen değer 35'tir. Böylece her bir alt ölçekten toplam 20 ile 80 arası bir puan elde edilmektedir (Öner ve LeCompte 1983).

III. bölüm: Rosenbaum'un Öğrenilmiş Güçlülük Ölçeği (RÖGÖ); 36 maddeden oluşmaktadır. Geçerliliği ve güvenilirliği Ayşe Siva ve İhsan Dağ (1991) tarafından yapılmıştır. Ölçeğin cronbach alfa katsayısı 0.79 olarak bulunmuştur. Puanlama 5'li likert tipi puanlamadır. Ancak 4, 6, 8, 9, 14, 16, 19, 21, 29, 35. maddeler ters yönde hesaplanmaktadır. Böylece 36 ile 180 arasında bir toplam puan elde edilmektedir. Yükselen puanlar kendini denetleme becerisinin yüksekliğine, bir diğer deyişle ölçekte temsil edilen basıncı çıkma stratejilerinin sıklıkla uygulandığına işaret etmektedir (Savasir ve Sahin 1997). Veriler, sayı ve % dağılımları alınarak SPSS programında değerlendirilmiştir.

BULGULAR

Tablo 1. Öğrencilerin Sosyo-Kültürel Özelliklerine Göre Dağılımları

Sosyo-kültürel özellikler	n	%
Yas durumu		
19	6	4.5
20	21	15.9
21	22	16.7
22	83	62.9
Doğum yeri (bölge olarak)		
Marmara böl.	17	12.7
Ege böl.	41	31.2
Akdeniz böl.	16	12.1
İç Anadolu böl.	15	11.3
Karadeniz böl.	12	9.1
Güneydoğu Anadolu böl.	9	6.7
Doğu Anadolu böl.	7	5.3
Yurt dışı	10	7.6
Cevapsız	5	3.8
Kimlerle yaşadığı		
Sadece ailesiyle	112	84.8
Aile,büyükanne büyükbaba	14	10.6
Yakın akraba	1	0.8
Yalnız	5	3.8
Kardes sayısı		
Tek kardes	1	0.8
İki kardes	49	37.1
Üç kardes	40	30.3
Dört ve üstü kardes	42	31.8
Mezun olduğu lise		
Düz lise	103	78
Sağlık Meslek Lisesi	16	12.1
Anadolu, fen, süper lise	8	6.1
İmam Hatip Lisesi	4	3
Öğretmen Lisesi	1	0.8
Annenin eğitim durumu		
Okur- yazar değil	18	13.6
İlkokul	90	68.2
Lise	18	13.6
Üniversite	6	4.5
Babanın eğitim durumu		
Okur- yazar değil	2	1.5
İlkokul	79	59.8
Lise	33	25
Üniversite	18	13.6
Gelirini karşılama durumu		
Kendisi karşılıyor	15	11.4
Ailesinden	112	84.8
Yakın akrabasından	2	1.5
Sadece burs	3	2.4
Yaşadığı mekan durumu		
Evde	78	59.1
Yurtta	54	40.9
Aylık harcadığı para durumu		
50-149 milyon TL	1	0.8
150-200 milyon TL	49	37.1
201-250 milyon TL	40	30.3
250-501 milyon TL	42	31.8
TOPLAM	132	100.00

Tablo 1'de öğrencilerin sosyo-kültürel özelliklerinin dağılımları görülmektedir. Araştırma bulgularına göre öğrencilerin %62.9'u 22 yaşında olup, %31.2'si Ege Bölgesinden gelmiştir. %84.8'i ailesi ile beraber yaşamaktadır. Öğrencilerin %37.1'i iki kardestir. %78'si düz liseden mezun olmuştur. %59.1'i evde kalmaktadır ve % 84.8'i para gereksinimini ailesinden karşılamaktadır. Öğrencilerin % 37.1 'i ise 150-200 milyon T.L. ile geçmektedir.

Tablo 2. Öğrencilerin Sosyo-Kültürel Özelliklerine Göre Dağılımları

Sosyo-kültürel özellikler	n	%
Bos zamanini değerlendirme durumu		
Okumak, gezmek	66	49.7
Okumak ve sanatla uğrasmak	21	15.9
Birileri ile olmak	18	13.6
Uyumak, dinlenmek	10	7.6
Spor, doğa yürüyüşü yapmak	8	6.1
Araştırma yapmak, bilgisayar kul.	3	2.4
Ev isi yapmak	3	2.4
Yalnız kalmak	2	1.5
Bos vaktim yok	1	0.8
Geleceğinden umut duyulan birey durumu		
Kendi geleceğinden umutluyum	83	62.1
Ailemin geleceğinden umutluyum	35	27.3
Türk ulusunun geleceğinden umut.	11	8.2
Umutsuzum	3	2.4
Sorun yasama sikligi olan birey		
Annemle sorun yasarim	18	13.6
Babamla sorun yasarim	29	22
Karsi cinsle sorun yasarim	38	30.3
Öğretim elemanlari ile sorun yasarim.	7	5.3
Ev /oda arkadasıyla sorun yasarim	8	5.1
Sorun yasamam	32	24.3
TOPLAM	132	100.00

Tablo 2'de öğrencilerin sosyo-kültürel özelliklerinin dağılımları görülmektedir. Araştırma bulgularına göre öğrencilerin %49.7'si bos zamanlarini okuyarak ve bazen de gezerek geçirmektedir. Ayrıca % 62.1'i kendi geleceğinden umutludur. Ancak % 30.3'i karsi cinsiyet ile olan ilişkilerinde sorun yaşamakta oldugunu ifade etmişlerdir.

Tablo 3. Öğrencilerin Durumluk ,Sürekli Kaygi ve Basa Çıkma (RÖGÖ) Puan Ortalamalarının Dağılımları

	N	\bar{X}	SS	Min	Max
Durumluk kaygi alt ölçegi	132	43.4	4.8	34	55
Sürekli kaygi alt ölçegi	132	48.6	5.2	37	65
Basa çıkma ölçegi	132	122.7	14.8	68	165

Tablo 3'de Öğrencilerin durumluk -sürekli kaygi ve basa çıkma puan ortalamalarının dağılımları görülmektedir. Öğrencilerin durumluk kaygi toplam puan ortalamasi \bar{X} :43.4 \pm 4.8, sürekli kaygi toplam puan

ortalaması \bar{X} : 48.6±5.2 ve basa çıkma düzeyleri toplam puan ortalaması \bar{X} : 122.7± 14.8 olarak bulunmuştur.

Tablo 4. Öğrencilerin Durumluk, Sürekli Kaygı ve Basa Çıkma (RÖGÖ) Puan Ortalamalarının, Kardes Sayısına Göre Analizi

Ölçekler, altölçekler	Bir kardes		İki kardes		Üç kardes		Dört kardes		F	P
	\bar{X}	SS	\bar{X}	SS	\bar{X}	SS	\bar{X}	SS		
Durumluk kaygı alt ölçek toplam puanı	36	-	44.6	4.6	44	4.8	41.6	4.5	4.140	*0.008
Sürekli kaygı alt ölçek toplam puanı	45	-	48.7	4.5	48	5.7	49	5.5	0.392	0.759
RÖGÖ genel toplam puanı	132	-	121.9	16.2	123.8	16.1	122.5	12	0.247	0.864

* **P<0.05**

Tablo 4'te öğrencilerin durumluk-sürekli kaygı ve basa çıkma (RÖGÖ) puan ortalamalarının, kardes sayısına göre dağılımları görülmektedir. Öğrencilerin durumluk kaygı puanları ile kardes sayısı arasında, istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

Araştırma bulgularına göre öğrencilerin diğer sosyo-kültürel özellikleri ile kaygı ve basa çıkma puanları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

TARTISMA

Araştırma grubuna giren üniversite öğrencilerinin durumluk kaygı toplam puan ortalaması \bar{X} :43.4 ±4.8, sürekli kaygı toplam puan ortalaması \bar{X} : 48.6±5.2 ve basa çıkma toplam puan ortalaması \bar{X} :122.7± 14.8 olarak bulunmuştur. Öğrencilerin sürekli kaygı puanı daha yüksek olmasına rağmen basa çıkma puanları yüksek olduğu için kaygıları ile basedebildikleri düşünülmektedir (Tablo 3).

Nigro (1996), yaptığı araştırmada bireyin basa çıkma yeteneğinin yasanılan kaygı düzeyine göre nitelik kazandığını belirtmiştir. Bu çalışmanın bulguları ile paralellik göstermektedir.

Spielberger, eğitim düzeyi ile kaygı seviyesinin ters ilişki gösterdiğini belirtmiştir. Ayrıca eğitim düzeyi yüksek olan bireylerin stres ile basa çıkmada etkin beceriler geliştirdikleri ifade edilmiştir (Öner ve Lecompte 1983).

Fuatai ve Soon-Schuster (2001), araştırmalarında üniversite öğrencilerinin farklı kültürlerden gelen öğrencilerin bulunduğu eğitim merkezleri olduğu ve bu durumun öğrencilerin kaygı düzeyini artırıcı bir etki yaptığı ve basa çıkma yeteneğini etkilediğini vurgulamışlardır.

Schreier ve Abramovitch (1996), araştırmalarında İsrail'de eğitim gören Amerikalı tip öğrencilerinin kaygı ve stres düzeylerinin yüksek olduğu bunun öğrencilerin bilişsel süreçlerini etkilediği ve farklı kültürel çevrede eğitim almalarının etkili olduğunu bildirmişlerdir.

Öğrencilerin durumluk-sürekli kaygı puanları ve basa çıkma puanları ile kardeş sayısı arasında, tek çocuk olanların durumluk ve sürekli kaygı puan ortalamaları diğer öğrencilerden düşük ve basa çıkma becerileri ise daha yüksek olup yapılan istatistiksel analizlerinde ise anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($P>0.05$). Ayrıca, öğrencilerin durumluk kaygı puanları ile kardeş sayısı arasında, istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($F: 4.140, p<0.05$) (Tablo 4).

Türkiye Nüfus Sayımı Araştırması (TNSA) sonuçlarına göre (1999) ülkemizde ortalama hane halkı büyüklüğü 4.3 olarak tespit edilmiştir.

Cambaz ve ark. (2001), yaptıkları çalışmada kardeş sayısı durumluk-sürekli kaygı puanları arasında istatistiksel olarak bu çalışmanın aksine anlamlı ilişki olmadığı; doğum sırası ile durumluk kaygı puanları arasında negatif iyi derecede ve sürekli kaygı puanları arasında ,negatif çok zayıf ilişki olduğunu saptamışlardır (Cambaz 2001). Bu çalışmada öğrencilerin doğum sırası araştırılmamıştır. Ancak kardeş sayısının kaygıya etkisinin kardeş ve ebeveyn tutumları ile ilişkili olabileceği düşünülmektedir.

Odacı ve Kalkan (2004), araştırmalarında öğrencilerin çeşitli stresle basa çıkma tekniklerini bilmelerinin stresle basa çıkma biçimlerinden olan kültürel özelliklerle gelişen sosyal destek arama, soruna yönelme ve sorunla uğraşmaktan kaçınma düzeyleri üzerinde etkili olduğunu ifade etmişlerdir.

Tolan ve Soygüt (2004), araştırmalarında farklı kaygı düzeyleri ve kişilerarası semaların çeşitli boyutları arasında anlamlı farklılıklar olduğunu gözlemlemişlerdir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Kültürün bireyin tüm gelişim dönemlerine farklı boyutlarda etkisi vardır. Üniversite öğrencileri ergenliğin son dönemini yaşayan bireylerdir. Tedavi edici ve koruyucu ruh sağlığı hizmetlerinde doğru kararlar verilebilmesi için ergenlik dönemi hakkındaki kalıp yargılar yerine her

kültürde kendi kosullarini inceleyip özümsemis bir modelin gerekliligi açıktir. Sosyo-kültürel kosullar ergenin karsilastigi sorunlarin sayisini arttirabilir, azaltabilir veya bu sorunla karsilasma sirasini etkileyebilir. Sorunlarin artisi, ergenin basa çikma becerilerine ve sosyal çevre ile etkilesimine bagli olarak kaygi artisi degisik olumsuz duygularin artisi veya kendini olumsuz degerlendirme olarak karsimiza çikabilir. Ergenlik döneminde özellikle çalkanti yasayan kisilerde dis olaylar kadar bu basa çikma becerilerinin de ele alinip incelenmesi yararli olacaktır. Ancak bu tarzda çok faktörlü yaklasimlarla gelisim dönemlerinde cinsiyete, yasa ve çalisma durumuna göre hangi özel sikintilarla karsilastiklari ve bunlari nasil çözdükleri incelenabilir. Bu kavramlarin dogrultusunda;

Öğrencinin gelisim potansiyelini arttirmak açısından; üniversite-lerin mediko-sosyal saglik merkezlerinin rehberlik bölümlerinde, gençlerin sosyo-kültürel özellikleri, kaygi düzeyleri ve basa çikma becerilerinin belirlenmesi ve bu konuda öğrenci danismanlari ile isbirliğinin saglan-masi önerilmektedir.

KAYNAKLAR

1. Cambaz S, (2004). samsun çiraklik eğitim merkezi'ne devam eden çiraklarin durum-luk-sürekli kaygi düzeylerinin degerlendirilmesi-2 <http://www.dicle.edu.tr/~halks/yedi2.htm> e.t.:26-07-2004.
2. Dogan O, (1998). Saglik alanında davranis bilimleri. 1. baski , Sivas, dilek ofset
3. Frisch NC, Frisch L E, (2002). Psychiatric mental health nursing. Second ed. Colombia
4. Fuatai L, Soon-Schuster F, (2001). Anxiety, stress and coping strategies among University of South Pacific students.
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=pubmed&dopt=Abstract&list_uids=12017843 Pac Health Dialog.;8(1):83-93. e.t: 9-8-2004
5. Gümüs A, (2003). Anksiyete. Yayimlanmamis ders notlari, izmir: Ege Üniversitesi Saglik Bilimleri Ens.Psikiyatri Hemsireligi Doktora Programi, 2-5.
6. Kentner, (1991). Psyciatric nursing, second ed.
7. Morris, CG, (2002). Psikolojiyi Anlamak. Belgin Ayvasik, Melike Sayil (çev.), Türk Psikologlar Dernegi Yayinlari, No: 23, 1. basim, Ankara, 491-495
8. Nigro G, (1996). Coping strategies and anxiety in Italian adolescents.
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=pubmed&dopt=Abstract&list_uids=8969091 Psychol Rep.; 79 (3 Pt 1): 835-9. e. t: 9-8-2004
9. Odaci H, Kalkan M, (2004). Çesitli stresle basa çikma teknikleri öğretiminin üniversite öğrencilerinin stresle basa çikma düzeyleri üzerindeki etkisi 3P dergisi cilt: 12 sayi: 2
10. Öner N, LeCompte A, (1983). Durumluk-sürekli kaygi envanteri el kitabi, Bogaziçi Üniversitesi yayinlari, 1. baski, Istanbul.
11. <http://www.hipnoz.com/rgenel.html>

12. Savasir I, Sahin, N(1997). Bilissel –Davranisçi Terapilerde Degerlendirme: Sik Kullanilan Ölçekler, Türk Psikologlar Dernegi Yayinlari, Özyurt Matbaacilik, Ankara, sy: 86-93
13. Schreier AR, Abramovitch H, (1996). American medical students in Israel: stress and coping.
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=pubmed&dopt=Abstract&list_uids=9217908 Med Educ.; 30 (6): 445-52 e.t: 2004
14. TNSA, (1999). Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Nüfus ve Sağlık Arastirmasi 1998
15. Tolan Ö, Soygüt G, (2004). Üniversite Öğrencilerinde Kaygi Belirtileri ve Baglanma Biçimleri ile Kisilerarasi Semalar Arasindaki Iliskiler <http://www.metu.edu.tr/~psi/obildiri.htm>

ÜNİVERSİTE HASTANESİNDE GÖREV YAPAN HEMSİRELERİN İS DOYUMU DÜZEYLERİ VE ETKİLEYEN FAKTÖRLER

*JOB SATISFACTION LEVELS AND EFFECTING FACTORS OF NURSES
WORKING TO UNIVERSITY HOSPITAL*

Aynur ÇETINKAYA **Ferda ÖZBASARAN**

Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu, Hemsirelik Bölümü, MANİSA

Anahtar Sözcükler: Hemsire, İş doyumunu, Etkileyen faktörler
Key Words: Nurse, Job satisfaction, Effecting factors

ÖZET

Bu araştırma, Celal Bayar Üniversitesi Hastanesi'nde Dahiliye ve Cerrahi kliniklerinde görev yapan hemsirelerin iş doyumunu düzeylerini ve etkileyen etmenleri saptamak amacıyla planlanmış, betimleyici bir çalışmadır.

Araştırmanın örneklemini, Celal Bayar Üniversitesi Hastanesi'nde Dahiliye ve cerrahi kliniklerinde görev yapan 40 hemsire oluşturmıştır. Araştırmanın verileri 15 Eylül-15 Ekim 2002 tarihleri arasında toplanmıştır. Verilerin toplanmasında; anket formu ve "Hemsire İş Doyumu Formu" kullanılmıştır.

Hemsirelerin iş doyumunu düzeylerine bakıldığında; "bilgi ve beceri kullanımı", "başarı duygusu", "insanlarla tanışma-arkadaşlık", "insiyatif kullanma", "karar verme-yargılama", "işin sonucunu görme", "işini sevme" konularında çoğunluğunun **bazen doyumlu** oldukları, "sorumluluk", "hastaya ait hedefler" unsurlarında **her zaman doyumlu** oldukları, "rekabet", "kaynak bulabilme", "iş kontrolü" ve "iş yükü" ne yönelik her zaman **doyumsuz** oldukları saptanmıştır.

SUMMARY

This research is planned in order to determine the level of job satisfaction for nurses working in medical and surgical clinicales of Celal Bayar University Hospital and it's a descriptive research.

The sample of the research consist of 40 nurses working in medical and surgical clinicales of Celal Bayar University Hospital. The data of research was collected between 15th of September and 15th of October in 2002. To collecting data Survey Form and "Nurse Job Satisfaction Form" were used.

*When we take a care of the level of job satisfaction for nurses, about "using knowledge and talent", "the sense of success", "knowing each other and friendship", "using initiative", "making decision and evaluation", "estimation the results of evidences", "finding pleasure in job", the whole nurse is **sometimes satisfied**, about "responsibility", "targets belonging to patient"; they are **always satisfied**, about "competition", "finding source", "work control" and "work obligation"; they have **never satisfaction**.*

GIRIS

Saglik isletmelerinin hedefi toplumun saglikli yasamasini saglamak ve bunu sürdürmektir. Ayrica, saglik hizmetleri ülkelerin kalkinmasinda araç ve amaç özelligini tasimaktadır. Bu nedenle, sagliga yapilacak yatirimlar tüm yatirimlerin basinda gelmelidir. Bilindigi gibi saglik hizmetlerinin etkin bir sekilde yürütülmesinde hemsirelerin payi büyüktür. Hemsirelik hizmetlerinin özelligi, verilen hizmetin sürekli bir hizmet olusudur. Hemsirelik hizmetlerinin niteligine göre, saglik hizmetleri deger kazanir ya da yargilanir (Dramali 1998, Nural 1992).

Is doyumunu genellikle çalisanlarin islerine iliskin duygulari, isiyle ilgili tutumlari olarak tanimlanmaktadır. Bu duygular, bireyin önceki is yasantilarina, beklentilerine ve sahip olduklari seçeneklere baglidir. Is doyumunu, ilk kez 1920'lerde ortaya atilmis, asil önemi 1930 ve 1940'li yillarda anlasilmistir. O yillardan beri endüstri ve örgüt psikolojisinin en fazla çalisilan konusu is doyumudur. Meslek disi yasami dogrudan etkileyen ve sürekli özveri gerektiren hemsirelik mesleginde is doyumunu büyük önem tasimaktadır (Piyal ve ark. 1994, Canbaz ve ark. 2001).

Yönetim bilimi literatüründe is tatmini ile ilgili çeşitli tanimlar yapılmaktadır. En genel anlamıyla is doyumunu, isletme çatisi altında çalisan bireylerin, kurum içi is ve sosyal iliskiler ile ilgili olusturduklari memnuniyet düzeyinin; 1- Halen ne oldugunu ve 2- Arzu edilenden ne ölçüde farkli oldugunu anlamayi içerir. Bir baska tanima göre; isçinin isi ya da isinin farkli boyutlari ile ilgili duygulanimi ya da duygulanimsal yanitidir. Ancak basit bir sekilde "is tatmini", is görenlerin isini zevkle yapmasi veya islerine karsi duyduklari olumlu düşünceler seklinde tanimlanabilir (Halici ve Yurtseven 2002). Is tatmini (doyumu), bireyin is yasamini degerlendirmesi sonucu elde ettigi haz duygusu olarak ta tanimlanmaktadır (Karadag ve ark. 2002). Bunun yaninda, kavramin yapısında is görenlerin kendi degerlendirmelerini (beklenti / sunulan) söz konusu oldugunu vurgulayan tanimlar da vardir. Bu anlamda, genel olarak, is görenin is ile beklentilerinin karsilanma düzeyi, is tatmini düzeyini yansitacaktır (Özer 2002, Piyal ve ark. 1994). Bir baska deyişle, is görenin is ile ilgili beklentileri karsilandikça is tatmini yükselecektir (Halici ve Yurtseven 2002).

Toplam Kalite Yönetimi (TKY)'nde iç müsteri olarak kabul edilen personelin memnuniyetine ve is doyumuna öncelik verilmeden dis müşterilerin sürekli memnuniyetinin saglanamayacağı genis kabul gören bir görüştür (Aksakal ve ark. 2002).

Görev doyumunsuzlugunun hizli personel degisimi ve düşük üretime neden oldugu bilinmektedir. Ayriyan elemanın yerine yenisinin hazirlan-

masi, görevini tam kapasite ile yapacağı duruma gelinceye kadar diğer elemanın daha fazla çalışmak zorunda kalması, gruba yeni katılan bireyin grup dinamiğinde yarattığı değişiklikler ve bunlara bağlı olarak ortaya çıkan sorunlar görev doyumu olgusunu, yöneticinin üzerine özenle eğilmesi gereken konuma getirmiştir (Uyer 1997).

Doyum kaynağı hakkında hemşireler üzerinde hem ülkemizde hem de yurt dışında yapılan incelemeler; başarı, kıdem, tanınma, güç, iş, sorumluluk, ilerleme potansiyeli, otonomi, ödüllendirici prim, otorite, hoş iş çevresi, uygun iş saatleri ve yeterli eleman gibi faktörlerin doyum sağlayıcı olduğunu ortaya koymuştur (Uyer 1997, Gray 1984). Yetersiz planlama ve etkisiz iletişim, işi etkileyen kararların açıklamalarında yetersizlik, açık olmayan kural ve yönetmelikler, açıklanamayan baskı, iş çokluğu ve bunun iş kalitesine olumsuz etkisi, personel azlığı, iş birliği yapmayan hekimler, yetersiz ücret, hemşirelik dışı görevler ve eğitilmemiş deneticiler gibi durumlar da doyumsuzluk yaratan kaynaklardır (Aslan ve Akbayrak 2002). Yani iş doyumu; işin niteliği, ücret, yükselme olanakları, çalışma koşulları, denetim, örgüt ve yönetim, çalışanın kişiliği gibi pek çok faktörden etkilenir. Üretimde düşme, işe gelmemede artma ve hızlı personel değişimi iş doyumsuzluğunun pahalı sonuçlarıdır. Eğer yönetici, iyi bir yönetim ile görev doyumunu desteklerse doyumsuzluk azaltılabilir (Karadağ ve ark. 2002, Tzeng and Katefian 2002, Lynn and Kelley 1997, Uyer 1997).

Ayrıca hemşirelerin yoğun iş yükü, ağır ve ölümcül hastalara bakım verme, gerektiğinde hasta ve yakınlarına duygusal destek vermek zorunda kalması gibi nedenler işle ilgili stres ve gerginliğe yol açmaktadır. Bunun yanında sağlık hizmetindeki yetersizlikler, hizmetin ve personelin dengesiz dağılımında çalışanlarda düş kırıklığı ve gerginlik yaratmaktadır. İşe bağlı gerginlik, kişide depresyon, anksiyete, çaresizlik duyguları gibi ruhsal, baş ağrısı, kaslarda gerginlik, uykusuzluk gibi fizyolojik etkilere yol açmaktadır. Bunun yanı sıra işe bağlı gerginlik, işte verimi ve üretimi düşürme, iş doyumunda azalma, işe gecikme, özür uydurarak hiç gelmeme ya da işi tamamen bırakma, sonuçta da deneyimli personelin elde tutulmaması gibi kurumsal sonuçlarda vardır. Olumsuz çalışma koşulları bireyi tüketerek ister istemez verdiği hizmetin nitelik ve niceliğinde bozulmaya neden olabilmektedir (Canbaz ve ark. 2001).

Literatürde, hastaneden yatan hastaların hemşirelik bakımından memnuniyeti ile hemşirelerin iş doyumunu arasındaki bağlantı kısmen desteklenmektedir (Tzeng and Katefian 2002). Yani iş hayatında doyum yaşayan hemşirelerin hastalara daha iyi bakım verdikleri ve doyumun bakım kalitesini belirleyici ölçütlerden biri olduğu söylenebilir.

Bu arastirmanin amaci, Celal Bayar Üniversitesi Hastanesi'nde Dahiliye ve Cerrahi kliniklerinde görev yapan hemshirelerin is doyumunu düzeylerini ve etkileyen etmenleri saptamaktır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Bu arastirma, Celal Bayar Üniversitesi Hastanesi'nde Dahiliye ve Cerrahi kliniklerinde görev yapan hemshirelerin is doyumunu düzeylerini ve etkileyen etmenleri saptamak amacıyla planlanmış, betimleyici bir çalışmadır.

Arastirmanin örneklemine, Celal Bayar Üniversitesi Hastanesi'nde Dahiliye ve cerrahi kliniklerinde ve anabilim dallarında görev yapan 40 hemshire olusturmıştır. Arastirmanin verileri, hastane bas hekimliginden gerekli yasal izin alındiktan sonra 15 Eylül-15 Ekim 2002 tarihleri arasında toplanmıştır. Verilerin toplanmasında, Bilgi Formu ve Is Doyumu Anketi kullanılmıştır.

1) Hemshire Tanıtıcı Bilgi Formu: İlgili literatürler isiginda arastirmacilar tarafından hazirlanmış olan Tanıtıcı Bilgi Formu; klinik hemshirelerinin sosyo-demografik özellikleri ve mesleki özelliklerini belirlemeye yönelik 22 sorudan oluşmaktadır.

2) Is Doyumu Anketi: Hemshirelerin is doyumunu ölçmek için kullanılan bu anket; 1986 yılında Prof. Enid Mumford tarafından hazirlanmış ve ankette çalışanların ve müşterielerin gereksinimiyle başarılı bir entegrasyon temel alınmıştır. Mumford bu yaklaşımla performans oranı ve is doyumunun birbirine paralel olduğunu saptamış ve is doyumunu anketini çoğu insanın, işlerindeki isteklerinin neler olduğu düşüncesi üzerine temellendirmiştir.

Mumford, is doyumunu "bir kişinin isinde neye sahip olduğu ile ideal olarak neye sahip olma istegi arasında iyi bir denge" olarak tanımlamış ve gereksinimleri üç alan üzerine odaklamıştır: 1- Kısıllık ile ilgili olanlar 2- Uzmanlık ile ilgili olanlar 3- Çalışanları değerlendirme ile ilgili olanlar.

Bu anket formunun, Türkçe'ye uyarlanması ve geçerlilik-güvenirlilik çalışmaları, Olgun tarafından 1994 yılında yapılmış ve 13 is boyutuna ait güvenirlilik katsayıları 0.58-0.89 arasında bildirilmiştir (Özmen 1996, Olgun 1994).

Arastirmacilar tarafından kodlanmış veriler, SPSS 10.0 for Windows istatistik programına islenmiştir. Tüm verilerin analizinde; sayıyüzde dağılımı, genel aritmetik ortalama (X), ortanca (medyan), standart sapma (SS) ve minimum (Min)-maximum (Max) değerleri, Fisher'in Kesin Testi kullanılmıştır (Sümbüloğlu ve Sümbüloğlu 1998).

BULGULAR

Tablo 1. Hemsirelerin Sosyo Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı

Sosyo Demografik Özellikler		Sayı	%
Yas Grubu (25.22±3.53* Min:21 Max:35 Ortanca:25)	21-25 yas	26	65.0
	26-30 yas	11	27.5
	31-35 yas	3	7.5
Medeni Durumu	Bekar	24	60.0
	Evli	14	35.0
	Bosanmış	2	5.0
Çocuk Sahibi Olma Durumu (0.35±0.57* Min:0 Max: 2 Ortanca:0)	Yok	28	70.0
	1 çocuk	10	25.0
	2 çocuk	2	5.0
Eğitim Durumu	Sağlık Meslek Lisesi	18	45.0
	Ön Lisans (2 yıllık)	10	25.0
	Lisans (4 yıllık)	12	30.0
	200 milyon TL.	16	40.0
Aylık Ortalama Net Geliri (Milyon TL.) (444.550±258.189* Min: 200 Max: 1 000 Ortanca:440.000)	201-400 milyon TL.	3	7.5
	401-600 milyon TL.	11	27.5
	601-800 milyon TL.	7	17.5
	801 milyon TL. ve üzeri	3	7.5
	Gelir- giderden az (kötü)	30	75.0
Gelir Durumu Algisi	Gelir-gidere denk (orta)	10	25.0
	Köy / kasaba	9	22.5
En Uzun Süre Yasanılan Yerleşim Birimi	İlçe merkezi	14	35.0
	İl merkezi	17	42.5
Evin Durumu	Kendilerine ait	15	37.5
	Kira	25	62.5
Otomobil Varlığı	Var	10	25.0
	Yok	30	75.0
Bilgisayar Varlığı	Var	9	22.5
	Yok	31	77.5
TOPLAM		40	100.0

* X ± SS

Arastırma kapsamındaki hemsirelerin yas ortalamalari 25.22 ± 3.53 olarak saptanmış; %65'inin 21-25 yas grubunda oldugu belirlenmiştir. Hemsirelerin, %60'inin bekar oldugu, %70'inin çocugunun olmadığı, %25'inin de 1 tane çocugu oldugu saptanmıştır. Hemsirelerin eğitim durumlarına bakıldığında; %45'inin Sağlık Meslek Lisesi mezunu olduğu bulunmuştur. Hemsirelerin aylık net gelir ortalamasi 444.550.000±258.189.000 TL. olarak belirlenmiş; %40'inin aylık ortalama net gelirinin 200 milyon TL. ve altında olduğu saptanmıştır. Çogunluğu (%75) gelir durumlarını; gelir-giderden az olarak tanımlamışlardır. Arastırma kapsamına alınan hemsirelerin %42.5'inin en uzun süre il merkezinde yaşadıkları saptanmıştır. Hemsirelerin ekonomik durum göstergelerinden olan ev ve otomobil sahibi olma durumları incelendiğinde; hemsirelerin su an oturdukları evin %62.5'inin kira olduğu, %75'inin otomobilinin olmadığı belirlenmiştir. Günümüzün kaçınılmaz teknolojik gereksinimlerinden olan bilgisayar, hemsirelerin %77.5'inin evinde yoktur (Tablo 1).

Tablo 2. Hemsirelerin Mesleki Özelliklerine Göre Dağılımı

Mesleki Özellikler		Sayı	%
Çalışılan Klinik	Dahiliye Kliniği	23	57.5
	Cerrahi Kliniği	17	42.5
Kadrolu Çalışma Durumu	Kadrolu	22	55.0
	Sözleşmeli	18	45.0
Toplam Çalışma Süresi (54.75±42.57* Min:1 Max:168 Ortanca: 48) (Ay)	1 yıl ve altı (0-12 ay)	9	22.5
	2-4 yıl (13-48 ay)	13	32.5
	5-7 yıl (49-84 ay)	11	27.5
	8 yıl ve üzeri (85 ay ve üzeri)	7	17.5
Klinikteki Görevi	Servis hemsiresi	35	87.5
	Servis sorumlusu	5	12.5
Klinikten Memnuniyeti	Memnun	36	90.0
	Memnun değil	4	10.0
H.I.E. Kursu Yapılması	Evet yapıyor	39	97.5
	Hayır yapmıyor	1	2.5
Herhangi Bir Kursu/ eğitime Katılma	Katılmış	21	52.5
	Katılmamış	19	47.5
Çalışma Sistemi	Nöbetli çalışma sistemi	40	100.0
	Gündüz çalışma	0	0.0
Bir Aylık Sürede Tutulan Nöbet Sayısı (6.00±2.67* Min:2 Max: 13 Ortanca:6)	1-3 kez	10	25.0
	4-6 kez	13	32.5
Mesleği Seçmeyi İsteme	7-9 kez	13	32.5
	10 kez ve üzeri	4	10.0
	İsteyerek	29	72.5
	İstemeyerek	11	27.5
Mesleği Seçmedeki En Önemli Neden	Kendisi istediği için	19	47.5
	Ailesi istediği için	11	27.5
	Baskalarının önerisi ve özenti	4	10.0
	Ekonomik nedenlerden dolayı	2	5.0
	Kısa yoldan meslek sahibi olmak	2	5.0
	Sağlık meslek lisesini kazandığı için	2	5.0
Kliniğe Gelme Sekli	Kendi isteği ile	10	25.0
	Kurum tarafından görevlendirilme	29	72.5
Klinikteki İşlevleri Tanımlama	Tesadüfen	1	2.5
	Hasta merkezli	32	80.0
	İs merkezli	8	20.0
TOPLAM		40	100.0

* X ± SS

Tablo 2’de, hemsirelerin mesleki özelliklerine göre dağılımı gösterilmiştir. Araştırma kapsamındaki hemsirelerin; %57.5’i dahiliye kliniklerinde, %42.5’i cerrahi kliniklerinde görev yapmaktadır. Hemsirelerin %55’inin kadrolu olarak, %45’inin ise sözleşmeli olarak çalıştıkları belirlenmiştir. Hemsirelerin toplam çalışma süreleri ortalaması 54.75 ± 42.57 ay olarak bulunmuş; %32.5 ile çoğunluğunun toplam çalışma süresi 2-4 yıl, olarak saptanmıştır. Çoğunluğunun (%87.5) yatak başı hemsiresi olarak görev yaptığı belirlenmiştir. Araştırmaya katılan hemsirelerin %90’inin şu an çalıştığı klinikten memnun oldukları saptanmıştır. Hemsirelerin %97.5’i kurumlarında hizmet içi eğitim (H.I.E) kurslarının yapıldığını ifade etmişlerdir. Araştırmaya katılan hemsirelerin %52.5’inin daha önce mesleği ile ilgili herhangi bir kursa ya da

egitime katıldığı belirlenmiştir. Herhangi bir kursa ya da eğitime katılan (n=21) hemşirelere kurs-egitimin süresi sorulduğunda; %52.4'ü (n=11) yanıtızsız bırakmıştır. Yanıtlayan hemşireler için kursa/egitime katılma süresi ortalaması (n=10): 33.60±40.58 Min:1 Max:90 Ortanca:30 (gün) olarak saptanmıştır. Hemşirelerin tümünün (%100) nöbet tuttuğu ve hemşire basına düşen, bir aylık sürede tutulan ortalama nöbet sayıları; 6.00±2.67 olarak belirlenmiştir. Bir aylık sürede ortalama hemşirelerin %32.5'inin 4-6 kez nöbet tuttuğu saptanmıştır. Hemşirelerin %72.5'inin hemşirelik mesleğini isteyerek seçtiği, %47.5'inin mesleği seçmedeki en önemli nedenin kendi istekleri olduğu belirlenmiştir. Hemşirelerin su anki çalıştıkları kliniklere; %72.5 ile çoğunluğunun kurum tarafından görevlendirme ile geldiği saptanmıştır. Araştırmaya katılan hemşirelerin %80 ile çoğunluğu klinikteki işlevlerinin hasta merkezli olduğunu ifade etmişlerdir.

Tablo 3. Hemşirelerin İş Doyumu ve İsteklilik Düzeyleri

İŞ DOYUMU UNSURLARI	DOYUM DERECESESİ						İSTEKLİLİK			
	Doyumlu +		Bazen Doyumlu 0		Doyumsuz -		Daha Fazla İstek		Daha Az İstek	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Bilgi ve Beceri Kullanımı	14	35.0	26	65.0	0	0.0	38	95.0	2	5.0
Rekabet	6	15.0	15	37.5	19	47.5	24	60.0	16	40.0
Sorumluluk	33	82.5	6	15.0	1	2.5	7	17.5	33	82.5
Basarı Duygusu*	12	30.0	26	65.0	2	5.0	-	-	-	-
İnsanlarla Tanışma- Arkadaşlık	18	45.0	21	52.5	1	2.5	26	35.0	14	65.0
Kaynak Bulabilme*	4	10.0	16	40.0	20	50.0	-	-	-	-
İş Kontrolü	4	10.0	13	32.5	23	57.5	11	27.5	29	72.5
Hastaya Ait Hedefler	20	50.0	19	47.5	1	2.5	38	95.5	2	5.0
İş Yükü	10	25.0	14	35.5	16	40.0	1	2.5	39	97.5
İnsiyatif Kullanma	5	12.5	25	62.5	10	25.0	32	80.0	8	20.0
Karar Verme - Yargılama	5	12.5	25	62.5	10	25.0	27	67.5	13	32.5
İşin Sonucunu Görme	13	32.5	21	52.5	6	15.0	37	92.5	3	7.5
İşini Sevme*	16	40.0	21	52.5	3	7.5	-	-	-	-

*Bu maddelerde istekliliği ölçen soru yoktur.

Hemşirelerin 13 iş boyutuna yönelik doyum ve isteklilik düzeyleri, Tablo 3'te verilmiştir. Araştırma kapsamındaki hemşirelerin "Bilgi ve beceri kullanımı"na yönelik %65'inin bazen doyumlu oldukları ama, %95'inin bu konuda her zaman daha fazla istekli oldukları saptanmıştır. "Rekabet" konusunda; yaklaşık yarısının (%47.5) doyumсуз, ancak %60'inin daha fazla istekli olduğu belirlenmiştir. "Sorumluluk"

maddesi için; doyumlu hemşire sayısı 33 (%82.5) olarak saptanmış ve yine aynı sayıda hemşirenin (n=33, %82.5), bu konuda daha az istekli olduğu bulunmuştur. “Basarı Duygusu”na yönelik inceleme yapıldığında; hemşirelerin %65’i bazen doyumlu olduklarını ifade etmişlerdir. “İnsanlarla tanışma-arkadaşlık” konusunda; hemşirelerin %52.5’inin bazen doyumlu olduğu bulunmuştur. Hemşirelerin çoğu (565) bu konu için daha az istek belirtmiştir. “Kaynak bulabilme” incelendiğinde; hemşirelerin yarısı (%50) doyumsuz olduklarını ifade etmişlerdir. “İs kontrolü”nde; hemşirelerin %57.5’i doyumsuz bulunmuştur. İs kontrolü konusunda, 29 hemşire (72.5) daha az istek belirtmiştir. “Hastaya ait hedefler” konusunda hemşirelerin %50’sinin doyumlu olduğu ve %95.5’inin bu konuda daha fazla istekli oldukları saptanmıştır. “İs yükü”ne yönelik hemşirelerin doyum tanımlamalarına bakıldığında; %40’inin doyumsuz ve büyük çoğunluğunun (%97.5) is yükü konusunda daha az istekli oldukları belirlenmiştir. “İnsiyatif kullanma” maddesi için 25 hemşire (%62.5) bazen doyumlu olarak saptanmıştır. Hemşirelerin büyük çoğunluğu (%80) insiyatif kullanmada daha fazla istek belirtmişlerdir. “Karar verme-yargılama” konusunda; hemşirelerin %62.5’inin bazen doyumlu oldukları ve bu konuda %67.5’inin daha fazla istekli olduğu belirlenmiştir. “İsin sonucunu görme” de; hemşirelerin %52.5’i bazen doyumludur. Bu konuda isteklilik düzeyi için ise, %92.5’i daha fazla isteklidir. “İsini sevme” maddesine yönelik; 21 hemşire (%52.5) bazen doyumlu olduklarını belirtmişlerdir.

Hemşirelerin is doyumunu anketindeki açık uçlu sorulara verdikleri yanıtlar incelendiğinde ise; %20’si iste daha fazla rekabet olması için ödüllendirici, özendirici ve motive edici uygulamaların yapılmasını önermişlerdir. Hemşirelerin %12.5’i, yüksek düzeyde bilgi ve beceri donanımı ile kendine duyulan güven olması durumunda iste daha fazla başarı duygusunun yaşanacağını belirtmişlerdir. Hemşirelerin %17.5’i daha fazla insiyatif kullanabildiklerinde; hemşirelik uygulamaları için karar verebilme yetkisi ve sonucu değerlendirme olanının olmasını istemektedir. Hemşirelerin %20.3’ü, isin daha doyum sağlayıcı ve sevilir olması için; motivasyon-ödüllendirme ve ise göre tatmin edici ücret uygulamasının yapılmasını önermektedir. Hemşirelerin %24.1’i en çok daha az is yükü ile fiziki ve sosyal daha uygun çalışma koşullarını istemekte; %22.6’si da en çok hemşirelik dışı işler yapmayı istemektedir.

Tablo 4’te görüldüğü gibi, meslekle ilgili herhangi bir kursa/ eğitime katılmış hemşirelerin ve hasta merkezli çalıştığını ifade eden hemşirelerin, “bilgi ve beceri kullanımı” na yönelik doyum düzeyleri daha yüksek bulunmuştur (p<0.05).

Tablo 4. Hemşirelerin Herhangi Bir Kursu/egitime Katılma ve Klinikteki İşlevlerini Tanımlama Durumlarına Göre Bilgi Ve Beceri Kullanımına Yönelik Doyum Düzeylerinin İncelenmesi

KURSA/EGITIME KATILMA	BILGI VE BECERİ KULLANIMI					
	Doyumlu		Bazen Doyumlu		TOPLAM*	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Katılmış	11	52.4	10	47.6	21	100.0
Katılmamış	3	15.8	16	84.2	19	100.0
						p=0.022**
KLİNİKTEKİ İŞLEVLERİ TANIMLAMA	BILGI VE BECERİ KULLANIMI					
	Doyumlu		Bazen Doyumlu		TOPLAM*	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Hasta Merkezli	14	43.8	18	56.2	32	100.0
İs Merkezli	0	0.0	8	100.0	8	100.0
TOPLAM	14	35.0	26	65.0	40	100.0

*Satır Yüzdesi

p=0.034**

** Fisher' in kesin testi

Tablo 5. Hemşirelerin Klinikteki İşlevlerini Tanımlama Durumlarına Göre İste Rekabet (Yaris) Olmasına Yönelik Doyum Düzeylerinin İncelenmesi

KLİNİKTEKİ İŞLEVLERİ TANIMLAMA	REKABET					
	Doyumlu + Bazen Doyumlu		Doyumsuz		TOPLAM*	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Hasta Merkezli	12	37.5	20	62.5	32	100.0
İs Merkezli	7	87.5	1	12.5	8	100.0
TOPLAM	19	47.5	21	52.5	40	100.0

*Satır Yüzdesi

p=0.017**

** Fisher' in kesin testi

Hemşirelerin iste "rekabet" (yaris) olmasına yönelik doyum düzeyleri ile klinikteki tanımladıkları işlevleri Tablo 5'te karşılaştırılmış ve istatistiksel olarak fark anlamlı bulunmuştur ($p < 0.05$). Hasta merkezli çalıştığını ifade eden hemşirelerin "rekabet" konusuna yönelik doyum düzeyleri, is merkezli çalıştığını ifade eden hemşirelere göre daha yüksek düzeyde saptanmıştır.

Tablo 6. Hemşirelerin Medeni Durumlarına Göre Başarı Duygusunu Yasamalarına Yönelik Doyum Düzeylerinin İncelenmesi

MEDENİ DURUM	BASARI DUYGUSU					
	Doyumlu		Bazen Doyumlu + Doyumuz		TOPLAM*	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Evli + Bosanmış	8	50.0	8	50.0	16	100.0
Bekar	4	16.7	20	83.3	24	100.0
TOPLAM	12	30.0	28	70.0	40	100.0

*Satır Yüzdesi

p=0.037**

** Fisher' in kesin testi

Tablo 6’da; hemşirelerin “basari duygusu” nu yasamalarına yönelik doyum düzeyleri ile medeni durumları karşılaştırılmış ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.05$). Bekar olan hemşirelerin, “basari duygusu” na ait doyum düzeyleri; evli ya da boşanmış hemşirelere göre daha düşüktür.

Tablo 7. Hemşirelerin Çalışma Sürelerine ve Eğitim Durumlarına Göre İS Kontrolüne Yönelik Doyum ve İsteklilik Düzeylerinin İncelenmesi

TOPLAM ÇALIŞMA SÜRESİ***	İS KONTROLÜ						
	Doyumlu + Bazen Doyumlu		Doyumsuz		TOPLAM*		
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
2 yıl ve altı	13	59.1	9	40.9	22	100.0	
2 yıl üzeri	4	22.2	14	77.8	18	100.0	
	$p=0.027^{**}$						
EGİTİM DURUMU	İS KONTROLÜNDE İSTEKLİLİK						
	Daha Fazla İstek		Daha Az İstek		TOPLAM*		
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
Sağlık Meslek Lisesi + Ön Lisans	5	17.9	23	82.1	28	100.0	
Lisans	6	50.0	6	50.0	12	100.0	
	$p=0.056^{**}$						
TOPLAM ÇALIŞMA SÜRESİ***	2 yıl ve altı	3	13.6	19	86.4	22	100.0
2 yıl üzeri	8	44.4	10	55.6	18	100.0	
TOPLAM	11	27.5	29	72.5	40	100.0	

*Satır Yüzdesi

$p=0.040^{**}$

** Fisher’ in kesin testi

*** Kesme noktası olarak, çalışma sürelerinin aritmetik ortalaması (55 ay) alınsa da, sonuç degismemektedir.

İki yıldan uzun süredir çalışan hemşirelerde “is kontrolü”ne yönelik doyum düzeyi, iki yıl ve daha az süredir çalışan hemşirelere göre daha düşüktür ($p<0.05$). Hemşirelerin “is kontrolü”nde isteklilik düzeyleri ile eğitim durumları karşılaştırılmış ve istatistiksel olarak zayıf da olsa fark anlamlı bulunmuştur ($p=0.056$). Sağlık meslek lisesi ya da ön lisans mezunu olan hemşirelerin, “is kontrolü” nde isteklilik düzeyleri, lisans mezunu olan hemşirelere göre daha azdır. Ayrıca iki yıl ve daha az süredir çalışan hemşirelerin, “is kontrolü” ne yönelik isteklilik düzeyleri, iki yıldan uzun süredir çalışan hemşirelere göre daha azdır ($p<0.05$, Tablo 7).

Hemşirelerin yapmakla yükümlü oldukları “is yükü” ne yönelik doyum düzeyleri ile meslekle ilgili herhangi bir kursa/egitime katılıp katılmama durumları karşılaştırılmış ve aralarındaki fark istatistiksel olarak zayıf da olsa anlamlı bulunmuştur. Meslekle ilgili herhangi bir kursa/egitime katılmış hemşirelerin, katılmayan hemşirelere göre “is

yükü” ne yönelik doyum düzeylerinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir (p=0.051, Tablo 8).

Tablo 8. Hemsirelerin Herhangi Bir Kursu/egitime Katılma Durumlarına Göre Yapmakla Yükümlü Oldukları İş Yüküne Yönelik Doyum Düzeylerinin İncelenmesi

KURSA/EGITIME KATILMA	İS YÜKÜ				TOPLAM*	
	Doyumlu + Bazen Doyumsuz		Doyumsuz			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Katılmış	16	76.2	5	23.8	21	100.0
Katılmamış	8	42.1	11	57.9	19	100.0
TOPLAM	24	60.0	16	40.0	40	100.0

*Satır Yüzdesi

p=0.051**

** Fisher' in kesin testi

Tablo 9. Hemsirelerin Medeni Durumları, Çocuk Sahibi Olmaları, Klinikteki Görevleri ve Mesleği Seçmeyi İsteme Durumlarına Göre İnsiyatif Kullanmada İsteklilik Düzeylerinin İncelenmesi

MEDENİ DURUM	İNSİYATİF KULLANMADA İSTEKLİLİK					
	Daha Fazla İstek		Daha Az İstek		TOPLAM*	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Evli + Bosanmış	9	56.3	7	43.2	16	100.0
Bekar	23	95.8	1	4.2	24	100.0
						p=0.004**
ÇOCUK VARLIĞI						
Var	6	50.0	6	50.0	12	100.0
Yok	26	92.9	2	7.1	28	100.0
						p=0.005**
KİNİKTEKİ GÖREVİ						
Servis Sorumlusu	2	40.0	3	60.0	5	100.0
Servis Hemsiresi	30	85.7	5	14.3	35	100.0
						p=0.046**
MESLEĞİ SEÇMEYİ İSTEME						
İsteyerek	26	89.7	3	10.3	29	100.0
İstemeyerek	6	54.5	5	45.5	11	100.0
TOPLAM	32	80.0	8	20.0	40	100.0

*Satır Yüzdesi

p=0.025**

** Fisher' in kesin testi

Evli ya da bosanmış olan, çocuğu olmayan, servis sorumlusu olan ve mesleği istemeyerek seçen hemsirelerin, “insiyatif kullanma” da isteklilik düzeylerinin, diğerlerine göre daha az olduğu saptanmıştır (p<0.05, Tablo 9).

Tablo 10’da görüldüğü gibi; araştırma kapsamındaki hemsirelerin “karar verme-yargılama” da isteklilik düzeyleri ile eğitim durumları arasında, istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır (p<0.01). Ön lisans ve lisans mezunu hemsirelerin, “karar verme-yargılama” da isteklilik düzeyleri, sağlık meslek lisesi mezunu olan hemsirelere göre daha fazladır.

Tablo 10. Hemşirelerin Eğitim Durumlarına Göre Karar Verme- Yargılamada İsteklilik Düzeylerinin İncelenmesi

EGİTİM DURUMU	KARAR VERME- YARGILAMADA İSTEKLİLİK					
	Daha Fazla İstek		Daha Az İstek		TOPLAM*	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Ön Lisans + Lisans	19	86.4	3	13.6	22	100.0
Sağlık Meslek Lisesi	8	44.4	10	55.6	18	100.0
TOPLAM	27	67.5	13	32.5	40	100.0

*Satır Yüzdesi

p=0.007**

** Fisher' in kesin testi

Tablo 11. Hemşirelerin Kadrolu Çalışma Durumları, Çalışma Süreleri ve Mesleği Seçmeyi İsteme Durumlarına Göre İisini Sevmeye Yönelik Doyum Düzeylerinin İncelenmesi

KADROLU ÇALIŞMA DURUMU	İSİNİ SEVME					
	Doyumlu		Bazen Doyumlu + Doyumsuz		TOPLAM*	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Kadrolu	5	22.7	17	77.3	22	100.0
Sözleşmeli	11	61.1	7	38.9	18	100.0
TOPLAM ÇALIŞMA SÜRESİ***						
2 yıl ve altı	13	59.1	9	40.9	18	100.0
2 yıl üzeri	3	16.7	15	83.3	22	100.0
MESLEĞİ SEÇMEYİ İSTEME						
İsteyerek	15	51.7	14	48.3	29	100.0
İstemeyerek	1	9.1	10	90.9	11	100.0
TOPLAM	16	40.0	24	60.0	40	100.0

*Satır Yüzdesi

p=0.027**

** Fisher' in kesin testi

***Kesme noktası olarak, çalışma sürelerinin aritmetik ortalaması (55 ay) alınsa da, sonuç değişmemektedir.

Kadrolu olarak, iki yıldan uzun süredir çalışan ve mesleği istemeyerek seçtiğini belirten hemşirelerin, “isini sevme” ye yönelik doyum düzeyleri daha düşük düzeyde bulunmuştur (p<0.05, Tablo 11).

TARTISMA

Arastırma kapsamındaki hemşirelerin **is doyum** düzeyleri incelendiğinde;

“**Bilgi ve beceri kullanımı**”na yönelik, %65'inin bazen doyumlu oldukları ama %95'inin bu konuda her zaman daha fazla istekli oldukları saptanmıştır. Olgun'un (1994) çalışmasında da 17 hemşire ile (n=20) çoğunluğunun bazen doyumlu oldukları, %100'ünün bu konuda

her zaman daha fazla istek bildirdikleri ifade edilmistir. Turhan'in (1998) yaptigi bir arastirmada, hemsirelerin kendi performanslarini degerlendirme sonularinda, hemsirelerin is bilgisi konusunda %60.29'u iyi düzeyde, %33.83'ü çok iyi düzeyde olduklari görülmüştür. Oysa, bu çalışmanın sonucunda hemsirelerin sahip olduklari bilgi ve becerilerini her zaman kullanmadıkları ortaya ıkmistir. Bunun da hemsirelerin yeterince bağımsız alışamadıklarından kaynaklandigi, bu konuda istekli olmalarinin ise, bağımsız çalışabilmeyi istedikleri sekinde yorumlanabilir.

“Rekabet” konusunda; hemsirelerin yaklasik yarısının (%47.5) doyumсу ancak %60'inin daha fazla istekli olduğu belirlenmistir. Olgun'un çalışmasında ise 13 hemsirenin (n=20) bazen doyumlu olduklari ve yine aynı sayıda (13 hemsire) hemsirenin daha fazla istekli olduklari bildirilmistir (Olgun 1994). Bu bulgular, arastırma bulgularıyla benzerlik göstermektedir. Özaltın (2002), is yaşamında rekabetin bilimsellesmeye olan katkisi ve hemsireligi gelismeye yönelten bir boyut olduğunu vurgulamistir. Yapılan bu çalışmanın sonucunda bulunan, hemsireler arasında rekabetin olmaması durumunun, çalışma ortamlarında rekabete olanak sağlanmaması, özendirici, motive edici uygulamaların olmaması nedeniyle meydana geldiği düşünölmektedir. O nedenle burada yöneticilere, görevler düsmektedir.

“Sorumluluk” maddesi için; doyumlu hemsire sayısı 33 (%82.5) (n=40) olarak saptanmış ve yine aynı sayıda hemsirenin (n=33, %82.5), bu konuda daha az istekli olduğu bulunmuştur. “Sorumluluk” boyutu için, Olgun'un (1994) arastırmasında toplam 20 hemsireden 15 hemsirenin doyumlu olduklarını, ancak sadece %50'sinin bu konuda daha fazla istekli olduklari belirtilmistir. Daha önce yapılmış bir arastirmada, hemsirelerin kendi performanslarını degerlendirme sonuçlarında, hemsireler sorumluluk duygularının %69.12'si çok iyi düzeyde, %30.88'i iyi düzeyde olduklarını belirtmişlerdir (Turhan 1998). Hemsirelerin sorumluluk alma duygusunun gelişmişliği, yoğun is yükünden ve görev dışı yapılan işlerden kaynaklanabilir.

“Basari duygusu”na yönelik inceleme yapıldığında; hemsirelerin %65'i bazen doyumlu olduklarını ifade etmişlerdir. Bu bulgu Olgun'un (1994) sonuçlarıyla aynıdır (%65). Bu nedenle hemsirelere iş alanında başarı duygusunu yaşamaya olanak sağlayacak uygulamaların planlanması gerekmektedir.

“İnsanlarla tanışma-arkadaşlık” konusunda; hemsirelerin %52.5'inin bazen doyumlu olduğu bulunmuştur. Hemsirelerin çoğu (%65) bu konu için daha az istek belirtmiştir. Olgun'un (1994) alışmasında %50'sinin bu konuda doyumсу, oğunlugunun (19 hemsire) ise daha

fazla istekli oldukları saptanmıştır. Hemşirelerin kendi performanslarının değerlendirildiği bir çalışmada, hemşirelerin insan ilişkileri konusunda %58.82'sinin iyi düzeyde, %38.23'ünün çok iyi düzeyde oldukları belirtilmiştir (Turhan 1998). Aslında hemşireliğin kaçınılmaz gereksinimlerinden olan insanlarla iletişim ve iyi ilişkiler kurma konusunda, hasta yoğunluğu ve iş yüküne, etkin ve olumlu kişiler arası ilişki kurmadaki eksikliklere bağlı olarak doyumun az olduğu ve dolayısıyla da istekli olmadıkları düşünülmektedir.

“**Kaynak bulabilme**” incelendiğinde; hemşirelerin yarısı (%50) doyumsuz olduklarını ifade etmişlerdir. Benzer şekilde, Olgun'un (1994) çalışması sonucunda da %65'inin bazen doyumlu oldukları bildirilmiştir. Oysa hemşirelik gibi teknik becerilere dayanan bir mesleğin çalışma alanında kaynak sıkıntısı çekmesi üzücüdür. Bu sorunun günümüzde halen devam etmekte olması, maddi olanakların artırılması ve kalitede maliyet analizinin önemini bir kez daha vurgulamaktadır.

“**İs kontrolü**”nde; hemşirelerin %57.5'i doyumsuz bulunmuştur. İş kontrolü konusunda, 29 hemşire (%72.5) daha az istek belirtmiştir. Olgun'un (1994) araştırmasında 12 hemşirenin (n=20) bazen doyumlu oldukları, %50'sinin daha az istek bildirdikleri belirlenmiştir. Bu bulgular, araştırma bulgularıyla paraleldir. Klinik işlevlerin izleme ve denetlenmesinin kaliteli bakımda önemi yadsınamaz, fakat bunun uygun sıklıkta ve uygun ön eğitim alarak liderlik özelliklerinin taşıyan yöneticilerle olması gerektiği bilinmektedir. Hemşirelerin bu konuda doyumsuz ve isteksiz olmaları düşündürücüdür.

“**Hastaya ait hedefler**” konusunda hemşirelerin %50'sinin doyumlu olduğu ve %95.5'inin bu konuda daha fazla istekli oldukları saptanmıştır. Oysa Olgun'un (1994) araştırması sonucuna göre %65'inin bazen doyumlu oldukları, fakat tamamının (%100) daha fazla istekli oldukları belirtilmiştir. Hemşirelikte kullanılan bakım planlarının amaçlarından olan hastaya ait hedef belirleme konusunda eskiye göre doyum oranı (%15) artmıştır.

“**İs yükü**”ne yönelik hemşirelerin doyum tanımlamalarına bakıldığında; %40'inin doyumsuz ve büyük yoğunluğunun (%97.5) iş yükü konusunda daha az istekli oldukları belirlenmiştir. Olgun'un (1994) araştırmasında, 20 hemşireden, 9 hemşirenin bazen doyumlu oldukları, yine aynı sayıda hemşirenin doyumsuz oldukları ve bu bulgularla paralel olarak 17 hemşirenin daha az istekli oldukları bildirilmiştir. Bu bulgular, yapılan bu çalışma sonuçlarıyla benzerdir. Turhan'ın (1998) yaptığı bir çalışmada ise, hemşirelerin kendi performanslarını değerlendirme sonuçlarında, hemşirelerin iş miktarı ve etkinliğine yönelik %50'si iyi düzeyde, %48.53'ü çok iyi düzeyde olduklarını belirtmişlerdir. Birinci

basamak saglik kurumlarında çalısan saglik personeli ile yapılan bir arastirmada ise, saglikçilarin %43.8'inin is yükünden memnun olduklari saptanmistir (Aksakal ve ark. 2002). Bu bulgular bizim çalısmamızla paralel degildir.

“Insiyatif kullanma” maddesi için 25 hemsire (%62.5) bazen doyumlu olarak saptanmistir. Hemsirelerin büyük çoğunluğu (%80) insiyatif kullanmada daha fazla istek belirtmislerdir. Olgun'un (1994) çalısmasi, bu arastirma bulgularıyla benzerlik göstermektedir (%70 ve %90). Hemsirelerin kendi performanslarini degerlendirdikleri bir çalısmada, hemsirelerin insiyatif kullanma konusunda %57.35'inin çok iyi düzeyde, %39.70'inin iyi düzeyde olduklari belirtilmistir (Turhan 1998). Çalısmanın sonucu, hemsirelerin meslek hayatlarında daha bagimsiz çalısmak istemelerini desteklemektedir.

“Karar verme-yargilama” konusunda; hemsirelerin %62.5'inin bazen doyumlu olduklari ve bu konuda %67.5'inin daha fazla istekli oldugu belirlenmistir. Olgun'un (1994) çalısmasında, 12 hemsire bazen doyumlu olduklarini, 17 hemsirenin “Karar verme-yargilama” konusunda daha fazla istekli olduklari belirtilmistir. Yapılan bir baska arastirmada ise, hemsirelerin kendi performanslarini degerlendirme sonuçlarında, hemsirelerin karar verme konusunda %60.29'u iyi düzeyde, %36.76'si çok iyi düzeyde olduklarini belirtmislerdir (Turhan 1998). Olgun'un (1994) çalıma sonuçlari ile benzerlik gösteren arastirma sonuçlari karar verme ve yargilamadaki doyumsuzlugun ve istekliligin halen devam ettigini göstermektedir.

“Isin sonucunu görme” de; hemsirelerin %52.5'i bazen doyumludur. Bu konuda isteklilik düzeyi konusunda ise, %92.5'i daha fazla isteklidir. Bu bulgular, Olgun'un (1994) çalıma sonuçlari ile benzerdir. Hemsirelerin bu konuda doyumsuz olmalarinin yanında istekli olduklarini belirtmeleri sevindiricidir.

“Isini sevme” maddesine yönelik; 21 hemsire (%52.5) bazen doyumlu olduklarini belirtmislerdir. Olgun'un (1994) çalısmasında arastirma kapsamına alinan 20 hemsireden, %50'sinin “Isini sevme” konusunda doyumlu olduklarini ifade edilmistir. Turhan'in (1998) yaptigi bir çalısmada, hemsirelerin isine baglilik-ilgi konusunda %61.76'si çok iyi düzeyde, %38.24'ü iyi düzeyde olduklari belirtilmistir (Turhan 1998). Tüm meslekleri icra ederken, doyumunu saglayan belki de en önemli etkenlerden olan isini sevme, hemsirelik mesleğinde gözlemledigimiz kadarıyla daha okula gelirken mesleği en son sıralarda seçmeleri, isteksiz gelmeleri nedeniyle zorunlu kalındığında seçilen ve yapılan bir meslek durumundadır. Çalısmada da, hemsirelerin isini sevme konusundaki doyum oranı (%40) ile mesleği kendilerinin istegiyle seçme durumu (%47.5) arasındaki oran paraleldir.

Hemsirelerin is doyumunu düzeylerini etkileyen faktörler

Arastirma kapsamina alinan hemsirelerin is doyumunu puanlari incelendiginde; meslekle ilgili herhangi bir kursa/egitime katilmis olan, hasta merkezli çalistigini ifade eden hemsirelerin, "**bilgi ve beceri kullanimi**" na yönelik doyum düzeyleri daha yüksek bulunmustur ($p<0.05$). Uygun sekillerde hazirlanmis, uygulanmis ve hayata geçirilmis hizmet içi eğitim ve kursların, hemsirelerin mesleki bilgi ve becerilerini arttirdigi herkesçe bilinmektedir. Yapılan diger çalismalarda da, primer hemsirelik gibi hasta odakli bakimda da hemsirelerin bilgi ve beceri kullanimi konusunda daha doyumlu olduklari bildirilmistir (Özmen 1996, Olgun 1994). Çalisma sonuçlari bu bilgileri desteklemektedir.

Hasta merkezli çalistigini ifade eden hemsirelerin "**rekabet**" konusuna yönelik doyum düzeyleri, is merkezli çalistigini ifade eden hemsirelere göre daha yüksek düzeyde saptanmistir ($p<0.05$). Bir baska çalismada da, primer hemsirelik gibi hasta odakli bakimda hemsirelerin rekabet konusunda daha doyumlu olduklari bildirilmistir (Özmen 1996). Oysa Olgun'un (1994) çalismasinda karsilastirilan bakim yöntemlerinin rekabet konusunda doyum düzeyini etkilemediği bildirilmistir. Bu sonuç, çalisma bulgusuyla benzer degildir.

Bekar olan hemsirelerin, "**basari duygusu**" na ait doyum düzeyleri; evli ya da bosanmis hemsirelere göre daha düşüktür ($p<0.05$). Yapılan bir baska arastirmada, is doyumunu açıklayan degiskenlerin, öğrenim durumu, amirle çatismanin sikligi, cinsiyet, gelir düzeyi ve evlilik doyumunu oldugu belirtilmistir (Tezer 2002). Yani evli olup, mutlu olan hemsirelerin doyum düzeylerinin yüksek olması bu sonucu desteklemektedir.

İki yıldan uzun süredir çalışan, saglik meslek lisesi ya da ön lisans mezunu olan ($p=0.056$) hemsirelerde "**is kontrolü**" doyum düzeyi, iki yıl ve daha az süredir çalışan hemsirelere göre daha düşük hesaplanmistir ($p<0.05$). Piyal ve ark. (1994) tarafından yapilmis bir arastirma sonucuna göre, is doyumunu ile toplam hizmet süresi ve çalışılan birim arasin-da istatistiksel anlamda önemli fark olduğu belirtilmistir Oysa Canbaz ve ark.'nin (2001) yaptigi bir çalismada, çalisma süresinin is doyumunu üzerine etkisiz olduğu belirtilmistir. Karadag ve ark.'nin (2002) çalismasinda, hemsirelik yüksekokulu ve ön lisans mezunu hemsirelerin, saglik meslek lisesi mezunlarına göre yönetim biçimi konusunda daha fazla doyumсуuz olduklari bildirilmistir ($p=0.009$). Bu bulgular, çalisma bulgularıyla paralel degildir.

İki yıl ve daha az süredir çalışan hemsirelerin, "**is kontrolüne yönelik isteklilik**" düzeyleri, iki yıldan uzun süredir çalışan hemsirelere göre daha azdir ($p<0.05$). Bu meslekte yeni olanların, is

kontrolüne yönelik isteksizliklerinin, hemşirelik is yaşamına yeni basmalarından kaynaklandığı düşünülebilir.

Meslekle ilgili herhangi bir kursa/egitime katılmış hemşirelerin **“is yükü”** ne yönelik daha doyumlu oldukları saptanmıştır ($p<0.05$). O halde mesleki eğitim ve kursların, hemşirelikte is doyumunun bir çok boyutunu olumlu yönde etkilediği söylenebilir.

Evli ya da bosanmış olan hemşirelerin, çocuğu olmayan hemşirelerin, servis sorumlusu olan ve mesleği istemeyerek seçtiğini belirten hemşirelerin **“insiyatif kullanmada isteklilik düzeyleri”** nin daha az olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$, $p<0.01$). Özaltın (2002) tarafından da mesleki statü ve is doyumunu arasında güçlü bir ilişki olduğu belirtilmektedir. O halde servis sorumlusu olan hemşirelerin insiyatif kullanmadaki isteklilik düzeylerinin düşük olmasının buradan kaynaklandığı düşünülebilir. Is doyumunu konusunda daha önce yapılmış bir araştırmada, çocuk sahibi olanların (4.17 ± 2.23), olmayanlara göre (5.05 ± 1.81) gelişme olanakları açısından daha fazla doyum elde ettikleri bildirilmiştir (Karadag ve ark. 2002). Bu durumda evli ve çocuk sahibi olmanın, is doyumunu arttırdığı söylenebilir. Ayrıca is doyumunun, yaşam doyumundan da etkilendiği düşünülürse bu bulgu beklenen bir durumdur.

Ön lisans ve lisans mezunu olan hemşirelerin, **“karar verme-yargılamada isteklilik”** düzeyleri, daha fazladır ($p<0.05$). Eğitim düzeyinin yükselmesi karar verme ve yargılamadaki istekliliği arttırmaktadır. Bu durum, yüksek eğitimin meslekte bağımsız olmayı olumlu etkilediği şeklinde yorumlanabilir.

Kadrolu olarak görev yapan, iki yıldan uzun süredir çalışan, mesleği istemeyerek seçtiğini belirten hemşirelerin **“isini sevmeye”** ye yönelik doyum düzeyleri daha düşük saptanmıştır ($p<0.05$). Burada, kadrolu çalışan hemşireler zaten uzun süredir çalışan hemşirelerdir. Meslekte uzun süre çalışmanın doyum üzerine etkisi olduğu görülmüştür. Bu sonuç daha önce sağlık çalışanlarıyla yapılmış bir araştırma sonucunu desteklemektedir (Piyal ve ark. 1994). Mesleğini istemeyerek seçen hemşirelerin isini sevmeye yönelik doyum düzeylerinin düşük çıkması beklenen bir durumdur.

Hemşirelerin diğer sosyo-demografik ve mesleki özellikleri ile is doyumunu unsurları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

SONUÇ VE ÖNERİLER

Araştırma kapsamındaki hemşirelerin, **is doyumunu ve isteklilik düzeylerine ilişkin sonuçlara bakıldığında;**

Hemsirelerin çoğunluğunun isin 13 boyutundan 7'sinde (bilgi ve beceri kullanımı-basari duygusu-insanlarla tanisma-arkadaslik- insiyatif kullanma-karar verme-yargilama- isin sonucunu görme- isini sevme) **bazen doyumlu** olduklari, 4'ünde (rekabet-kaynak bulabilme- is kontrolü-is yükü) **her zaman doyumsuz** olduklari, kalan 2 boyutta da (sorumluluk- hastaya ait hedefler) **her zaman doyumlu** olduklari saptanmistir.

Bunun yaninda, bilgi ve beceri kullanımı-rekabet-hastaya ait hedefler-insiyatif kullanma-karar verme-yargilama ve isin sonucunu görmede **daha fazla isteklilik** bildirirken; sorumluluk-insanlarla tanisma-arkadaslik-is kontrolü ve is yükünde **daha az isteklilik** bildirmislerdir.

Is doyumunun degisik boyutlarinin, hemsirelerin;

- Medeni durumlarından,
- Çocuk sahibi olma durumlarından,
- Meslekle ilgili herhangi bir kursa/egitime katilma durumlarından,
- Klinikte tanımladıkları işlevlerinden (hasta merkezli/is merkezli),
- Çalışma sürelerinden,
- Eğitim durumlarından,
- Mesleği seçmeyi isteme durumlarından,
- Klinikte yaptıkları görevlerinden (servis hemsiresi/ servis sorumlusu) etkilendiği saptanmıştır (p<0.05).

Bu bulgular ışığında konu ile ilgili su öneriler getirilebilir:

- Yöneticilerin, hemsirelerin bilgi ve becerilerini artırmak için kurum içinde ve kurum dışında düzenlenen mesleki kurs ve toplantılara katılımını sağlamaları, aynı zamanda sık sık hizmet içi eğitim programlarına alınıp, kazandıkları bilgileri uygulamaya aktarabilmeleri için uygun denetimlerin sağlanması
- Hemsirelerde iş ve çalışan arasındaki uyumun sağlanması ve çalışma ortamında zor işlerin eşit dağıtılması, iş yükünün eşitliği ve dönüşümlü rotasyonların uygulanması,
- İş ortamı ile ilgili geri bildirim almak için düzenli aralıklarla iş doyum anketlerinin uygulanması ve değerlendirmelerin yapılması,
- Servislerde hemsirelerin kullanabilecekleri kütüphanelerin kurulması,
- Hemsirelerin çalışma koşullarının iyileştirilmesi
- Benzer araştırmaların daha büyük ve farklı örneklerde yapılması ve ileri analizlerinin yapılması önerilebilir.

KAYNAKLAR

1. Aksakal N, Özkan S, Baykan Z ve ark, (2002). *Gölbasi İlçesi'nde, Birinci Basamak Sağlık Kurumlarında Çalışan Sağlık Personelinin Mesleki Memnuniyet ve İş Doyumları*, Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, www.med.gazi.edu.tr/gazihast/2.kalitegunleri3.htm,
2. Aslan Ö, Akbayrak N, (2002). Hemsirelerde iş doyumunu, *Modern Hastane Yönetimi Dergisi*, 6(2):29-35.
3. Canbaz S, Sünter AT, Dabak S ve ark, (2001). Hemsirelerde tükenmişlik sendromu, iş doyumunu ve işe bağlı gerginlik, *Ulusal İş Sağlığı ve İş Yeri Hekimliği Günleri*, Bursa, Livane Baskı, 196-200.
4. Dramali A, (1998). Hemsirelik uygulamalarında kalite, *Hemsirelik-Ebelik Eğitimi ve Uygulamalarında Kalite Sempozyumu Kitabı*, Kayseri, Erciyes Üniversitesi Matbaası, 63-68.
5. Gray DE, (1984). Job satisfaction among Australian nurses, *Human Relations*, 34(12):1063-1078.
6. Halici A, Yurtseven G, (2002). Hizmet sektöründe işgören ve tüketici tatmininin ilişkilendirilmesi: bir vakıf üniversitesi hastanesinde pilot uygulama, *Modern Hastane Yönetimi Dergisi*, 6(1):34-40.
7. Karadağ F, Karagöz N, Erdoğan O ve ark. (2002). Pamukkale Üniversitesi hastanesinde çalışan hemsirelerde iş doyumunu, *XI. Anadolu Psikiyatri Günleri*, Çukurova Üniversitesi, Adana, 5-8 Haziran 2002, Poster Bildiri no:5.
8. Lynn MR, Kelley B, (1997). Effect of case management on the nursing context, perceived quality of care, work satisfaction and control over practice, *Image: Journal of Nursing Scholarship*, 29(3):237-242.
9. Nural N, (1992). Kaliteli bakım standardı, *III. Ulusal Hemsirelik Kongresi Kitabı*, Sivas, Esnaf Ofset Matbaacılık, 28-34.
10. Olgun N, (1994). *Primer Hemsirelik Yönteminin Hasta Bakımı ve Hemsirelerin İş Doyumuna Etkisi*, Yayınlanmamış Doktora Tezi, İstanbul: İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
11. Özaltın G, (2002). *Rekabetin bilimselleşmeye olan katkisi: hemsireliği gelişime yönelen rekabet*, Dünya Sağlık Örgütü, Türkiye İrtibat Ofisi, www.un.org.tr/who/nurseturk/hemsirerekabet.HTM.
12. Özer K, (2002). *ANLAM'ın İş Doyumuna Bakış Açısı Nedir?*, ANLAM Ltd., www.anlam.com.tr/hizmetlerimiz/isdoyumu.
13. Özmen D, (1996). *Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Hemsirelik Departmanında Kalite Geliştirme Çalışması: Primer Hemsirelik*, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
14. Piyal B, Piyal B, Çelen Ü, (1994). SSK Ankara Eğitim Hastanesi'nde çalışanların iş doyumunu etkileyen etmenler, *8. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Kitabı*, İzmir, ME-GA Ltd. Baskıcılık, 476-480.
15. Sümbüloğlu K, Sümbüloğlu V, (1998). *Sağlık Bilimlerinde Araştırma Yöntemleri*, Ankara: Yeniçay Basın-Yayın Sanayi ve Ticaret Ltd. Sti., 15-117.

16. Tezer E, (2002). *Evlilik ve Is Doyumu Iliskisi: Ikili alismalar ve Bazi Demografik Degiskenlerin Rolü*, Türk Psikolojik Danisma ve Rehberlik Dernegi, www.pdr.org.tr, Kasim 2002.
17. Turhan B, (1998). Hemsirelerin kendi performanslarini degerlendirmelerine iliskin bir inceleme, *VI. Ulusal Hemsirelik Kongresi (Uluslar arasi Katilimli), Kongre Kitabi*, Ankara, Damla Matbaacilik, 186-189.
18. Tzeng Hm, Katefian S, (2002). The relationship between nurses' job satisfaction: an exploratory study in a Taiwan teaching hospital, *Journal of Nursing Care Quality*, 16(2):39-50.
19. Uyer G, (1997). *Hemsirelik ve Yönetim*, 3. Baski, Ankara: Hürbilek Matbaacilik, :205-208, 267-275.

**ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİLERİNİN SAĞLIĞI GELİSTİRME
DAVRANISI VE BU DAVRANISI ETKİLEYEN ETMENLERİN
BELİRLENMESİ**

*DETERMINING OF THE HEALTH PROMOTION BEHAVIORS OF
UNIVERSITY STUDENTS AND THE FACTORS AFFECTING THESE
BEHAVIORS*

Ayten ZAYBAK*

Çiçek FADİLOĞLU**

*Ege Üniversitesi Hemsirelik Yüksek Okulu Hemsirelik Esasları Anabilim Dalı

**Ege Üniversitesi Hemsirelik Yüksek Okulu İç Hastalıkları Hemsireliği Anabilim Dalı

Anahtar Sözcükler: Sağlık davranışı, Üniversite öğrencileri, Sağlıklı Yaşam Biçimi
Davranışı Ölçeği

Key Words: Health behavior, university students, healthy life style behaviors scale

***Çalışma 8-9 Mayıs 2003 tarihinde "II. Ulusal Hemsirelik Öğrencileri Kongresi"nde poster bildirisi olarak sunulmuştur

ÖZET

Bu araştırma Ege Üniversitesi öğrencilerinin sağlığı geliştirme davranışlarının, bu davranışları etkileyen faktörlerin belirlenmesi, sağlık eğitimine yönelik branşlarda eğitim gören üniversite öğrencileri ile, sağlık dışındaki branşlarda eğitim gören öğrencilerin; sağlığı geliştirme davranışları arasında fark olup olmadığının belirlenmesi amacıyla gerçekleştirilmiştir.

Araştırmanın örneklemini; Ege Üniversitesi Hemsirelik Yüksek Okulu, Tıp Fakültesi, Bilgisayar Mühendisliği ve Fen Fakültesi İstatistik bölümünde öğrenim gören ve olasılıksız örnekleme yöntemiyle belirlenen toplam 388 öğrenci oluşturmaktadır. Araştırmanın verileri; sosyo-demografik veriler anket formu, "Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği" ve "Sağlığın Önemi Ölçeği" kullanılarak toplanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde; yüzdeler, korelasyon, varyans analizi ve t testi kullanılmıştır.

Araştırma sonucunda; öğrencilerin yaşı, cinsiyeti, aile tipi, öğrenim süresince kaldıkları yer, öğrenim gördüğü bölüm, sağlık yakınmasının ve kronik hastalığının olup olmaması durumuna göre sağlıklı yaşam biçimi davranışları toplam ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$). Gelir durumu ($p<0.05$), yasantisinin en uzun süre geçtiği yer ($p<0.05$), arkadaşlarıyla ve aileleriyle olan ilişkileri ($p<0.05$), sağlık durumunu algılamaları ($p<0.05$), gelecekteki sağlık durumunu kontrol edebilme inancı ($p<0.001$) ve öğrenim gördüğü bölümden memnun olma ($p<0.001$) durumu göre sağlıklı yaşam biçimi davranışları toplam ölçek puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

SUMMARY

This research was carried out in order to determine health promotion behaviors of Ege University students and the factors affecting these behaviors and also to establish whether there is any difference in health improving behaviors, between students who are being trained in branches other than health and those being trained in branches related to health training.

Sampling of the research consisted of total 388 students who were determined by out of contingency sampling method and who were attending to Ege University High School of Nursing, Medical Faculty, Computer Engineering and Statistics Division of Science Faculty. The research data were collected by using a survey form sociodemographic characteristics, the "Healthy Life Style Behaviors" scale and "Significance of Health" scale. For the evaluation of the study results; percentage, correlation, ANOVA and t test were applied.

In the result of research, a significant relationship was not detected between the healthy life style behaviors and total scale points of students in regards to age, gender, family type, place of residence during education, section being trained for, whether there is a health complaint or chronic disease ($p>0.05$). In respect to income statuses of families of students ($p<0.05$), the longest inhabited place ($p<0.05$), relationships of students with their friends and families ($p<0.05$), perception of their health statuses ($p<0.05$), beliefs in managing their future health statuses ($p<0.001$), and satisfaction with the section being trained for ($p<0.001$), the difference between total scale points of healthy life style behaviors was found significant statistically.

GIRIS

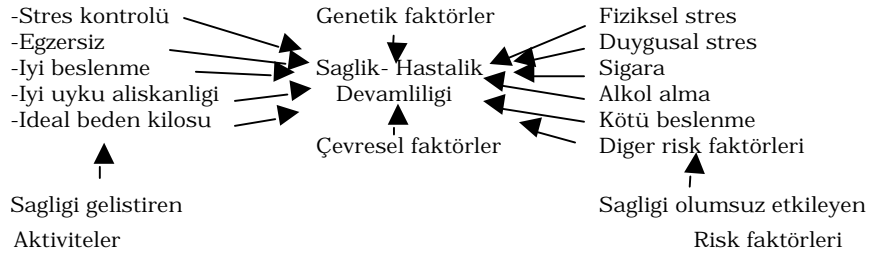
Günümüz saglik yaklasiminda, Saglik Merkezli Bakim Sistemi anlayisi temel alınmaktadır. Saglik Merkezli Bakim Sistemi'nde temel hedeflerden birisi; bireyin sagligini gelistiren davranislari kazanmasini saglamaktır. Bu davranislarin temelini de, saglikli yasam biçimini saglayan davranislar olusturmaktadır. Bu davranislari tutum haline dönüştüren birey, saglikli olma halini sürdürebildigi gibi, saglik durumunu daha iyi bir seviyeye getirebilir (Erdogan ve Esin 1995, Sisk 1999, Spellbring 1991). Saglik davranisi, bireyin saglikli kalmak ve hastalıklardan korunmak için inandigi ve uyguladigi davranislarin bütünüdür. Bireylerin saglik davranisini açıklamaya yönelik olarak bazı modeller gelistirilmis ve bu modeller uygulamaya konulmustur. Bu modellerden en çok kullanılan ve geçerliliği kanıtlanmış olanlar; Saglik Inanç Modeli (Health Blief Model) ve Sagligi Gelistirme Modelidir (Health Promotion Model) (Stanhope ve Lancaster 1992, Pender 1987, Pender ve ark. 1990).

Pender tarafından gelistirilen sagligi gelistirme modeli, sosyal öğrenme teorisinden kaynaklanır ve bireyin sagligi gelistiren davranislarini

etkileyen, bilissel süreçlerin önemini açıklar. Sağlığı geliştirme iyilik halinde sağlığı yükseltmeyi amaçlar. Bir çok toplum grubu üzerinde test edilip geçerliliği kanıtlanan sağlığı geliştirme modeli, bireyin iyilik düzeyini arttırmak için kullanılan bir modeldir. Modelde sağlığı geliştiren davranışların; bilissel algılama faktörleri, değiştirilebilir faktörler ve davranışın oluşmasını etkileyen değişkenler tarafından etkilendiği açıklanmıştır (Ebersole ve Hess 1990, Potter ve Perry 1997, Stanhope ve Lancaster 1992).

Sağlığı geliştirme aktiviteleri; bir bireyin sağlık seviyesini yükseltme amacına ulaşmak için pozitif aktivitelere yönelmesi ile bağlantılıdır. Sağlığı geliştirme; bireylerin fiziksel ve ruhsal yönden yüksek sağlık düzeyine ve sosyal çevreye erisebilmeleri için davranışlarını değiştirme yollarını sağlayan yolları ve değişim sürecini etkileyen faktörleri içeren bir süreçtir (Pender 1987, Redland ve Stuitbergen 1993).

Davranış değişikliği üzerine odaklanan sağlığı geliştirme kavramında sağlık düzeyini en üst seviyeye çıkarmada önce bilgi, beceri, tutum ve davranışın kazanılması gerekmektedir. Çünkü sağlığı geliştirmek için olumlu sağlık davranışının kazandırılması ve sürdürülmesi gerekir. Sağlığı korumada etkili olan davranışlar sema 1'de gösterilmiştir.



Sema 1. Sağlık- Rahatsızlık Dinamisi Faktörleri

Sağlık ve hastalık davranışında birçok faktör etkili olmaktadır. Sağlık; kötü yemek alışkanlıkları, egzersiz yapmama veya yetersiz yapma, değişik stresörler, bireysel alışkanlıklar gibi faktörlerden etkilenmektedir. Bireysel özellikler de sağlık ve hastalık davranışında etkili olmaktadır (Ebersole ve Hess 1990, Lewis ve Collier 1987, Stanhope ve Lancaster 1992). Birçok ülkede ulusal düzeyde yapılan çalışmalarda, yıllık ölümlerin en az yüzde ellisinin, bireylerin sağlıksız yaşam şekillerinden kaynaklandığı bildirilmektedir. Bu durum hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesinde en önemli etken olan yaşam şekillerinin geliştirilmesine yönelik uygulamaların önemini ortaya çıkarmaktadır. Hemşireler sağlıklı ve hasta bireylere her türlü ortamda yaklaşım gösterirken stres, egzersiz, beslenme, yeterli uyku, ideal kilo ve kötü alışkanlıklardan kaçınmayı içeren olumlu yaşam değişikliklerinin

önemini vurgulamalıdır ve bu davranışların kazanılmasında rehber rolü oynamaktadır.

ARASTIRMANIN AMACI

Bu araştırma;

1. Ege Üniversitesi öğrencilerinin sağlığı geliştirme davranışlarını etkileyen faktörlerin belirlenmesi,

2. Sağlık eğitimine yönelik branşlarda eğitim gören üniversite öğrencileri ile, sağlık dışındaki branşlarda eğitim gören öğrencilerin; sağlığı geliştirme davranışları arasında fark olup olmadığının belirlenmesi amacıyla planlanmış ve uygulanmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırmanın Tipi ve Yeri

Araştırma, 2000-2001 öğretim yılı bahar döneminde Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu, Tıp Fakültesi, Bilgisayar Mühendisliği ve Fen Fakültesi İstatistik bölümünde uygulanmış olup, Üniversite öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile bu davranışları etkileyen etmenler arasındaki ilişkinin incelenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

Evren ve Örneklem

Araştırmanın evrenini, 2000-2001 öğretim yılı bahar döneminde Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu I. ve III. sınıf, Tıp Fakültesi I. ve V. sınıf, Bilgisayar Mühendisliği I. ve III. Sınıf ve Fen Fakültesi İstatistik bölümü I. ve III. Sınıfta öğrenim gören öğrencilerin tümü oluşturmaktadır. Araştırmanın örneklemini, olasılıksız örneklem yöntemiyle belirlenen ve araştırmaya katılmayı kabul eden 388 öğrenci oluşturmaktadır.

Veri Toplama Araçları

Araştırma verileri

1. Literatür bilgileri doğrultusunda geliştirilen ve 21 sorudan oluşan anket formu,

2. Walker, Sechrist ve Pender (1987) tarafından geliştirilen ve Esin (1997) tarafından Türkçeleştirilen ve geçerlik güvenirlik çalışması yapılan "Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği",

3. Wallston ve ark. (1976) tarafından geliştirilen ve Esin (1997) tarafından Türkçeleştirilen ve geçerlik güvenirlik çalışması yapılan "Sağlığın Önemi Ölçeği" kullanılarak toplanmıştır.

Saglikli Yasam Biçimi Davranislari Ölçegi

Saglikli yasam biçimi davranislari ölçegi (Health Promotion Life-Style Profile) toplam olarak 48 maddeden olusmaktadır ve ölçegin 6 alt grubu vardır. Alt gruplar; Kendini gerçekleştirme, saglik sorumlulugu, egzersiz, beslenme, kisilerarasi destek ve stres yönetimidir. Her bir alt grup bagimsiz olarak tek basina kullanılabilir. Ölçegin tümünün puanı; saglikli yasam biçimi davranislari puanini olusturmaktadır. Saglikli yasam biçimi ölçeginin bütün maddeleri olumludur. Ters madde yoktur. Isaretleme 4'lü likert tipli ölçek üzerine yapilir. Yanitlara "hiçbir zaman" yaniti için 1, "bazen" yaniti için 2, "sik sik" yaniti için 3, "düzenli olarak" yaniti için 4 puan verilmektedir. Ölçegin tamamı için en düşük puan 48, en yüksek puan 192'dir.

Saglikli Yasam Biçimi Davranislari Ölçegi'nin geçerliliği araştırmanın yapıldığı popülasyon olan üniversite öğrencilerine uygulanarak test edilmistir. Analizler sonucunda, Saglikli Yasam Biçimi Davranislari Ölçegi'nin toplam ölçek alfa degerleri I. uygulama için 0.89, II. Uygulama için 0.91 olarak bulunmus olup, r degeri 0.785 olarak saptanmistir.

Sagligin Önemi Ölçegi

Wallston ve arkadaslari tarafından 1976 yilinda gelistirilen ölçek bireyin yasam amaçlari içinde sagligini hangi derecede gördüğünü belirlemeye ve yasam amaçlariinin önem sirasina göre danismanlik yapilmasini saglar. Sagligin önemi ölçeginde toplam 10 madde bulunmaktadır. Bireyden 10 maddeyi önem derecesine göre her bir maddenin sol basina 1'den 10'a dogru siralama yapmasi istenmektedir.

Sagligin önemi ölçeginin güvenilirlik çalismasi araştırmanın yapıldığı popülasyon olan üniversite öğrencileri ile yapilarak test-tekrar test korelasyonu ile degerlendirilmistir. Analiz sonucunda ölçek madde korelasyonlari 0.78 ile 0.99 arasinda bulunmustur.

Verilerin toplanmasi ve analizi

Arastirma verilerinin analizinde yüzdeler, iki ortalama arasindaki farkin önemlilik testi, varyans analizi ve Pearson Korelasyon testleri kullanilmistir (Özdamar 2001).

BULGULAR VE TARTISMA

Sosyo-demografik degiskenler

Arastirma kapsamına alinan öğrencilerin; %25.3'ü Hemsirelik Yüksek Okulu (HYO), %36'si Tıp Fakültesi (Tıp Fak.), %20.7'si (Bil. Müh.), %18.2'si Fen Fakültesi Istatistik (Ist.) bölümü öğrencisidir.

Öğrencilerin en fazla oranla %62.9'unun kadın, %56.3'ünün 21 yas ve üstü olduğu, %66.8'inin yasantılarının büyük çoğunlugunu il merkezinde geçirdigi, %90.7'sinin çekirdek aile yapısından geldiği, %65.5'nin gelir düzeyinin gidere esit olduğu, %39.4'ünün ailesi ile birlikte kaldığı, %29.4'ünün arkadaşları ile birlikte kaldığı belirlenmiştir.

Öğrencilerin; aile ilişkilerini %55.7'sinin "çok iyi", %43'ünün "iyi" olarak, arkadaş ilişkilerini ise %60.1'inin "iyi", %37.2'sinin "çok iyi" olarak değerlendirdiği, genel sağlık durumlarını %60.1'nin "iyi" düzeyde bulduğu, %60.8'inin gelecekte sağlık durumlarını "biraz" kontrol edebileceğine inandığı, %52.3'ünün son zamanlarda herhangi bir sağlık yakınmasının olmadığı ve %91.5'inin kronik bir hastalığının olmadığı saptanmıştır. Öğrencilerin öğrenim gördüğü bölümden memnun olma durumları incelendiğinde de %40.2'sinin öğrenim gördüğü bölümden "memnun" olduğu, %29.9'unun "kısmen" memnun olduğu, %20.4'ünün "çok memnun" olduğu, %9.5'inin de "memnun olmadığı" belirlenmiştir.

Sağlığın Önemi Ölçeği sonuçları

Öğrencilerin, Sağlığın önemi ölçeğine vermiş olduğu yanıtlar incelenmiş ve bunun sonucunda; Öğrencilerin I. derecede önem verdikleri yönün en yüksek oranla (%51.1) fiziksel ve ruhsal yönden sağlıklı olmak olduğu ve bunu sirasiyla "iç rahatlığı iç huzuru içinde olma" (%10.8), "özgürlük" (%9.5), "mutluluk (%8.5), "rahat ve basarılı yaşam" (%8.0), "hayattan zevk almak" (%4.6), "basari duygusu ile yaşamak" (3.1), hareketli ve heyecanlı bir yaşam (%5.6), "kendine değer vermek"(%2.3) ve "çevreden kabul görmenin (%0.05) izlediği saptanmıştır.

Bireylerin sağlığa verdikleri önem sağlık davranisi üzerinde etkilidir ve sağlığa verilen önemin artmasıyla sağlıklı yaşam davranisi artacaktır. (Bottorff 1996, Nahçıvan 1995). Öğrencilerin fiziksel ve ruhsal yönden sağlıklı olmayı önemli bulma durumlarına göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranislari Ölçeği puan ortalamaları (Tablo 1) incelendiğinde; fiziksel ve ruhsal olarak sağlıklı olma önemli bulma derecesi arttikça ölçekten alınan puan ortalamalarında da bir artis eğilimi olduğu görülmektedir. Ancak puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (F=1.297, p>0.05). Sağlıklı Yaşam biçimleri davranislari ölçeği alt boyutları ile yapılan analizde ise sağlık sorumluluğu (F=3.097, p>0.001) alt boyutu puan ortalamaları arasında anlamlı fark saptanmıştır. Çalışma sonuçları literatür bilgilerini destekler niteliktedir.

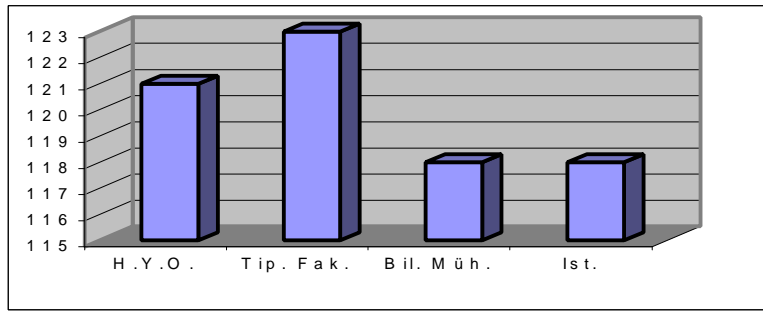
Tablo 1. Öğrencilerin Bedensel Ve Ruhsal Yönden Sağlıklı Olmayı Önemli Bulma Durumuna Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları (SYBD) Ölçeği Puan Ortalamalarının dağılımı

Bedensel ve ruhsal sağlık	n	X	Ss	Varyasyon kaynağı	Kareler toplamı	Serbestlik derecesi	Kareler ortalaması
1. derecede önemli	198	123.5556	16.69	Gruplararası	3130.055	9	347.784
2. derecede önemli	56	119.7679	16.31	Grup içi	101325.2	378	268.056
3. derecede önemli	29	115.4483	11.86	Toplam	104455.2	387	
4. derecede önemli	26	120.2692	16.15				
5. derecede önemli	23	117.7391	13.18				
6. derecede önemli	19	122.3558	19.68				
7. derecede önemli	9	117.1111	20.87				
8. derecede önemli	8	114.6256	19.19				
9. derecede önemli	11	120.5455	18.08				
10. derecede önemli	9	117.2129	12.18				
Toplam	388	121.2129	16.42				

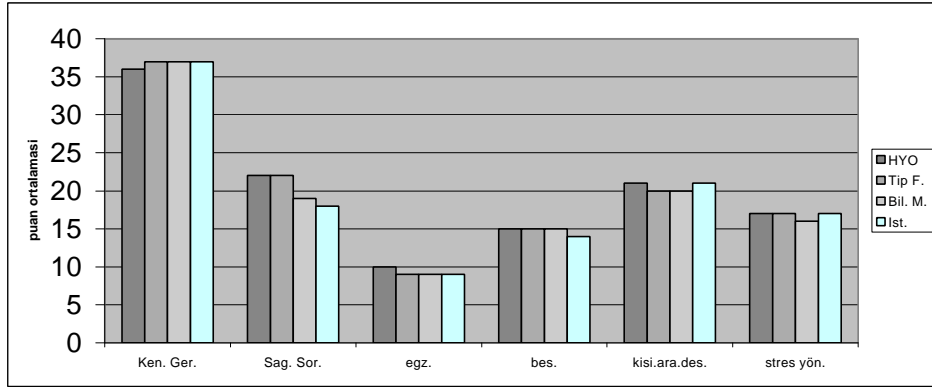
F=1.297 p>0.05

Öğrencilerin Sağlıklı Yaşam Biçimleri Davranışları (SYBD) Ölçeği Toplam Puan Sonuçları

Öğrencilerin genel olarak ve bölümlere göre SYBD ölçeğinden aldıkları puanlar incelendiğinde; örnekleme alınan bütün bölümlerin puan ortalamasının 121.2139 olduğu saptanmıştır. Madde ortalamaları ise 2.5 ± 0.3 ile “bazen” ve “sık sık” seçenekleri arasındadır. Ülkemizde SYBD ölçeği ile yapılan çalışmalarla elde edilen puan ortalamalarının 122.5 ile 104.6 arasında olduğu, madde ortalamalarının da 2.1 ± 0.3 ile 2.5 ± 0.3 arasında değiştiği belirtilmektedir (Erci ve Sayan 1998) Arastırma kapsamına alınan öğrencilerin bölümlere göre aldıkları puan ortalamaları H.Y.O. için 121.8571, Tıp Fak. için 123.3143, Bil. Müh. için 118.9000, İstatistik bölümü için ise 118.7571 olarak bulunmuştur (grafik 1). Yapılan analizde, bölümlere göre toplam ölçekten alınan puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($F=1.876$ $p>0.05$). Elde edilen sonuçlar incelendiğinde; sağlık eğitimi veren okulların puan ortalamalarının diğer okulların puan ortalamalarından yüksek olduğu dikkati çekmektedir. Ölçeğin alt boyutlarıyla yapılan varyans analizinde sağlık sorumluluğu alt boyutundan alınan puanlar arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ($F=14.019$, $p<0.05$) (grafik 2). Nahçıvan (1995) çalışmasında sağlık bilimleri öğrencisi olan öğrencilerin öz-bakım gücü puanını diğer öğrencileri göre anlamlı derecede yüksek bulmuştur. Nahçıvan'ın bildirdiğine göre Jukema'nin çalışmasında, Hollandalı hemşire öğrencilerin öz-bakım gücünün diğer alanlarda öğrenim gören öğrencilerden yüksek olarak bulunduğu bildirilmektedir. Ancak aynı çalışmada Türk hemşire öğrencilerin öz-bakım gücünün diğer alanlarda eğitim gören Türk öğrencilere göre daha düşük olduğu görülmüştür (Nahçıvan 1995). Bu sonuçlar sağlık bilimleri öğrencisi olmanın sağlık davranışını doğrudan etkilemediğini, sağlık davranışı üzerinde başka etmenlerinde dolaylı olarak etkili olduğunu göstermektedir.



Grafik 1. Bölümlere göre puan ortalamaları



Grafik 2. Bölümlere Göre SYBD Ölçeğinin Alt Boyut Puan Ortalamalarının Dağılımı

Örnekleme alınan öğrencilerden I. sınıfta öğrenim görenlerin puan ortalaması 122.0781, diğer öğrencilerin puan ortalamaları 120.3673 olarak belirlenmiş ve yapılan iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi ile bu farkın anlamlı olmadığı saptanmıştır ($t=1.026$, $p>0.05$) (Tablo 2). Bu sonuçlar istatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte üniversite öğrenim süresinin artmasıyla ters orantılı olarak puan ortalamalarında bir düşme olduğu gözle çarpılmaktadır. Aytan (1994) üniversite öğrencilerinin sigara ve alkol alma alışkanlıklarını incelediği çalışmasında sigara kullanan öğrencilerin sigaraya arkadaş önerisi ile başladıklarını ve kız öğrencilerin büyük bir bölümünün alkollü içki almaya üniversitede başladığını saptamıştır. Bu durum üniversite eğitimi süresince öğrencilerinin sağlık davranışlarının olumsuz yönde ne derece etkilendiği sorusunu akla getirmektedir.

Tablo 2. Öğrencilerin Öğrenim Gördüğü Sınıf, Cinsiyeti ve Sağlık Yakınlığı ya da Kronik Hastalığının Olma Durumuna Göre SYBD Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı

Değişken	N	X	Ss	SD	t	p	
Sınıflar	I.Sınıf	192	122.0781	15.0430	386	1.026	.305
	Diğer sınıflar	196	120.3673	17.6794			
Cinsiyet	Kadın	244	122.1148	15.6687	386	1.408	.160
	Erkek	144	119.6875	17.5985			
Sağlık yakınması	Var	185	120.8865	16.1858	384.477	-.375	.708
	Yok	203	121.5123	16.6818			
Kronik Hastalığı	Var	33	120.7273	13.2601	386	-.178	.859
	Yok	355	121.2592	16.7079			

Cinsiyetin sağlığı geliştirme davranışı üzerine etkisini belirlemek için yapılan analizde; Kız ve erkek öğrencilerin puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ($t=1.408$, $p>0.05$) (Tablo 2). Öğrencilerin cinsiyetlerine göre ölçeğin sağlık sorumluluğu alt boyutunda kız öğrencilerin puan ortalamasının erkek öğrencilere oranla daha yüksek olmasına bağlı olarak ortaya çıkan bir fark bulunmuştur.

($p < 0.05$). Esin (1997) üniversite gençliği üzerinde yaptığı çalışmasında kadınların sağlıklı yaşam davranışlarını erkeklere göre daha yüksek bulmuştur. Buna karşın Nahçıvan'ın (1995) belirttiğine göre Jukema Hollandalı ve Türk gençlerin sağlığı geliştirme davranışları ile doğrudan ilgili olan öz-bakım gücünü incelediği çalışmasında, Türk erkeklerinin öz-bakım gücünü Türk kadınlarından daha yüksek olarak, Hollandalı kadınların öz-bakım gücünü ise Hollandalı ve Türk erkeklerine göre daha yüksek bulmuştur. Ülkemizin aile yapısına bakıldığında genelde bakım, beslenme ve hijyen gibi konularda kadınlara büyük sorumluluklar düştüğü görülmektedir. Ülkemizdeki bu durum çalışmadaki sağlık sorumluluğu alt boyutunda kadınların puan ortalamalarının erkeklere oranla anlamlı derecede yüksek olmasını destekler niteliktedir.

Örnekleme alınan öğrencilerden şu an bir sağlık yakınmasının ($t = 0.375$, $p > 0.05$) ve kronik bir hastalığının olup olmamasına ($t = 0.178$, $p > 0.05$) göre elde edilen puan ortalamaları arasında yapılan analizde ortalamalar arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır (Tablo 2). Ayrıca Öğrencilerin sağlık yakınması ve kronik bir hastalığının olup olmamasına göre elde edilen alt ölçek puan ortalamaları arasında da anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p > 0.05$). Bu sonuçlar Aytan'ın (1998) üniversite öğretim elemanları ile yaptığı çalışma sonuçları ile benzer bulunmuştur.

Tablo 3. Öğrencilerin Yas İle Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Arasındaki Korelasyon

Degisken	N	r	p
Yas	388	-0.012	0.816

Örnekleme alınan öğrencilerin yaşlarıyla, ölçekten aldıkları puanlar arasındaki ilişkiyi belirlemek için Pearson korelasyon analizi yapılmış ve bunun sunucunda toplam ölçek puanı ve yaş arasında bir ilişki olmadığı saptanmıştır ($p > 0.05$) (Tablo 3). Ölçeğin alt boyutlarından alınan puan ortalamaları ile öğrencilerin yaşları karşılaştırıldığında sağlık sorumluluğu alt boyutu arasında pozitif bir ilişki bulunmuştur ($p < 0.05$) ve yaş arttıkça öğrencilerin sağlık sorumluluğu da paralel olarak artmaktadır. Sağlığı geliştirme modeline göre; yaş arttıkça sağlığı geliştirme davranışlarına sahip olma düzeyi de artmaktadır (Pender 1987, Pender ve ark.1990). Erci ve Sayan (1998) çalışmalarında yaş arttıkça, olumlu sağlık davranışlarının da arttığını saptamışlardır. Weitzel ve Walker (1990) yaptığı çalışmasında yaş arttıkça egzersiz düzeyinin azaldığını, sağlık sorumluluğu ve beslenme düzeyinin arttığını bulmuştur. Walker ve ark. (1988) sağlıklı yaşam biçimi davranışları düzeyini yaşlı kadınlarda, genç ve orta yaş düzeyindeki kadınlara göre daha yüksek bulmuştur. Aytan (1998) üniversite elemanlarıyla yaptığı çalışmasında yaş ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları düzeyi arasında

anlamli bir iliski bulmus ve saglik sorumlulugu, beslenme ve stresle basetme alt ölçeklerinde de anlamli farklar saptamistir. Bu çalismada saglik sorumlulugu disindaki alt boyutlar ile yas arasinda bir iliskinin olmaması örnekleme olusturan öğrencilerin yaslarinin birbirine yakin olmasına baglanabilir.

Öğrencilerin sahip olduğu aile tipine göre elde edilen puan ortalamalari incelendiginde; istatistiksel olarak sonuçlar arasinda önemli bir fark bulunmamistir ($F=1.586$, $p>0.05$) (Tablo 4). Nahçıvan (1995) üniversite öğrencileri ile yaptigi bir çalismada çekirdek aile tipine sahip olan öğrencilerin öz-bakim güçlerinin daha yüksek oranda olduğunu saptamistir. Çalışma sonuçlarına bakildiginda gruplar arasinda anlamli fark olmamakla birlikte çekirdek aileye sahip olan öğrencilerin saglik davranisi puanlarının diğerlerine göre daha yüksek olduğu görülmektedir.

Öğrencilerin yasantisinin büyük çoğunlugunu geçirdigi yerlere göre elde edilen puan ortalamalari arasindaki farkin anlamli olduğu bulunmustur ($t=3.089$, $p<0.05$) (Tablo 4). Esin (1997) ile Özbasaran ve ark. (2003) saglikli yasam biçimi davranislari puaninin yasantisinin büyük bölümünü büyük şehirde geçirenlerde daha yüksek olduğunu saptamislardir. Esin ile Özbasaran ve arkadaşlarının sonuçlariyla paralellik gösteren çalışma sonuçlarından yola çıkarak kent yasaminin, bireyin saglik davranislarini olumlu yönde etkileyen uyarıcı ve olanaklara sahip olduğu düşünülebilir.

Aylık gelir düzeyi tek basına saglik davranislarini açıklamada kullanılan bir değisken olmamakla birlikte aylık gelir düzeyinin artisi ile birlikte gelisen sosyo-kültürel durum saglik davranislari üzerinde etkili olabilmektedir (Lusk ve ark. 1995, Pender ve ark. 1990, Weitzel ve Walker 1990). Öğrencilerin ailelerinin gelir durumlarına göre SYBD ölçegi puan ortalamalari ile yapılan analizde; ailesinin gelir ortalamasının giderden çok olduğunu bildiren öğrencilerin puan ortalamalarının diğer gruplara göre daha yüksek olmasından kaynaklanan bir fark saptanmistir ($F=3.116$, $p<0.05$) (Tablo 4). Ölçeğin alt boyutlari ile yapılan varyans analizinde kendini gerçekleştirme($F=8.104$), saglik sorumlulugu ($F=3.443$) ve beslenme ($F=4.249$) alt boyutlarından alınan puanlar arasinda anlamli fark olduğu saptanmistir ($p<0.05$). Lusk ve ark (1995) çalışmalarında ekonomik düzey arttikça saglikli yasam biçimi davranislarinin arttigini saptamislardir. Lusk ve arkadaşlarının çalışma bulgularıyla benzerlik gösteren araştırma sonuçlari ekonomik durumunun bireyin saglik davranislarini etkiledigi göstermektedir.

Tablo 4. Öğrencilerin Bazı Sosyo-Demografik Özellikleri, Ailesi ve Arkadaşları İle İlişkileri, Sağlığını Algılama ve Kontrol Edebilme İnancı ile Bölümünden Memnun Olma Durumuna Göre SYBD Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı

Öğrencilerin		N	X	Ss	Varyasyon kaynağı	Kareler toplamı	Serbestlik derecesi	Kareler ortalaması
Aile tipi	Çekirdek Geniş aile	352	121.6847	16.3317	Grupllararası	853.715	2	426.858
	Parçalanmış	22	117.0909	14.8481	Grup içi	103601.530	385	269.095
		14	115.8571	20.2897	Toplam	104455.245	387	
							F=1.586	p=0.206
Yasantisinin en fazla geçtiği yer	İl merkezi	259	122.6757	16.9745	Grupllararası	2461.626	3	820.542
	İlçe merkezi	113	118.9027	15.0053	Grup içi	101993.619	384	265.608
	Köy	10	109.8000	9.7388	Toplam	104455.245	387	
	Yurt dışı	6	120.6667	17.7951				
							F=3.089	p= 0.027
Ailesinin gelir durumu	Gelir giderden ↑ Gelir gidere esit	63	123.6984	14.7415	Gruplar arası	1663.791	2	831.896
	Gelir giderden ↓	254	121.7480	16.4326	Grup içi	102791.454	385	266.991
		71	117.0986	17.3206	Toplam	104455.245	387	
							F=3.116	p=0.045
Kaldığı yer	Devlet yurdu	96	120.3542	16.0689	Gruplar arası	2196.024	4	549.006
	Özel yurt	11	111.8182	11.8981	Grup İçi	102259.221	383	266.995
	Ailesi ile	154	123.3442	15.3773	Toplam	104455.245	387	
	Evde (yalnız/ark.)	114	119.5789	17.9453				
	Akraba ile	13	124.6154	17.6661				
							F=2.056	p=0.086
Ailesi ile ilişkisi	Çok iyi	216	123.8657	16.2127	Gruplar arası	3889.633	2	1944.816
	İyi	167	118.1677	16.1904	Grup İçi	100565.612	385	261.209
	Kötü	5	108.4000	11.6103	Toplam	104455.245	387	
							F=7.445	p=0.001

Arkadaslari ile iliskisi	Çok iyi	146	125.3973	14.9493	Gruplar	5498.261	2	2749.131
	Iyi	233	119.1631	16.8536	arasi	98956.984	385	257.031
	Kötü	9	106.4444	9.0431	Grup İçi	104455.245	387	
					Toplam			
								F=10.696 p=0.000
Genel saglik durumu	Çok iyi	48	130.6458	14.1669	Gruplar	8176	3	2725.506
	Iyi	233	121.9185	16.3896	arasi	96278	385	250.726
	Orta	100	115.8400	15.3134	Grup İçi	104455	387	
	Kötü	7	109.8571	14.7809	Toplam			
								F=10.870 p=0.000
Gelecekte sagligini kontrol edebilme inanci	Hiç	7	104.5714	14.1050	Gruplar	13232.369	3	4410.790
	Az	39	114.1538	11.3428	arasi	91222.876	384	237.560
	Biraz	286	118.9407	14.7003	Grup İçi	104455.245	387	
	Çok fazla	106	129.9717	18.0889	Toplam			
								F=18.567 p=0.000
Öğrenim gördüğü bölümden memnuniyet durumu	Memnun olmayan	37	113.8378	20.5663	Gruplararası	9051.911	3	3017.304
	Kismen memnun olan				Grup İçi	95403.334	384	248.446
	Memnun olan	116	117.1638	13.8495	Toplam	104455.245	387	
	Çok memnun olan	156	121.9231	14.2519				
								F= 12.145 p= 0.000

Örnekleme alınan öğrencilerin öğrenim süresince kaldıkları yere göre elde edilen puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır ($F=2.056$, $p>0.05$) (Tablo 4). Öğrencilerin ölçeğin alt boyutlarına göre aldıkları puan ortalamaları ile yapılan varyans analizlerinde ise beslenme ($F=3.596$) ve kişilerarası destek ($F=4.625$) alt boyutlarında anlamlı fark saptanmıştır ($p<0.05$). Nahçıvan (1995) "Sağlıklı Gençlerde Öz-Bakım Gücü ve Aile Ortamının Etkisi" konulu çalışmasında aile ortamında kalan öğrencilerin öz-bakım güçlerini daha yüksek bulmuştur. Çalışma grubumuzda da aile ortamında kalan öğrencilerin beslenme ve kişilerarası destek düzeyinin yüksek olması aile içi etkileşimin, birlik beraberliğin ve sorumlulukların paylaşımının önemini ortaya çıkarmaktadır.

Aile ve arkadaşlık gerektiğinde bireye duygusal, maddi, bilissel yardım sağlayan, tüm kişilerarası ilişkileri ve sağlığı korumaya yarayan "sosyal destek" sistemi olarak kabul edilmektedir. Sosyal desteklerin sevgi, sevgat, benlik saygısı, bir gruba ait olma gibi temel sosyal gereksinimleri karşılayarak, fiziksel ve ruhsal sağlığı doğrudan olumlu yönde etkilediği düşünülmektedir ve ailenin yaşam güçlükleri ile başa çıkmada bireye en önemli desteği verdikleri belirtilmektedir (Fadiloğlu ve ark. 1990). Öğrencilerin aileleriyle olan ilişkilerine göre elde edilen puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($F=7.445$, $p<0.05$). Ölçeğin alt boyutlarıyla yapılan analizde kendini gerçekleştirme ($F=8.023$), sağlık sorumluluğu ($F=3.754$), beslenme ($F=4.376$) ve stres yönetimi ($F=5.389$) alt boyutlarında anlamlı fark saptanmıştır ($p<0.05$). Öğrencilerin arkadaşları ile ilişkilerine göre elde edilen puan ortalamaları arasında fark önemli bulunmuştur ($F=10.696$, $p<0.05$) (Tablo 4). Öğrencilerin ölçeğin alt boyutlarındaki puan ortalamaları incelendiğinde de kendini gerçekleştirme ($F=14.652$), sağlık sorumluluğu ($F=4.713$), kişilerarası destek ($F=18.516$) ve stres yönetimi ($F=6.386$) boyutlarında anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p<0.05$).

Etkin sosyal ağın bireyin sağlık davranışlarını olumlu yönde etkilediğini bildiren Esin (1997) endüstri işçileri ile yaptığı çalışmasında aile ve arkadaşları ile olumlu etkileşim içinde olan işçilerin sağlık davranışlarının, aile ve arkadaş ilişkileri kötü olanlardan daha yüksek bulunmuştur. Esin'in sonuçları ile benzerlik gösteren çalışma bulguları, kişilerarası ilişkilerin ve sosyal desteğin bireyin sağlık davranışları üzerindeki önemini ortaya koymaktadır.

Öğrenciler genel olarak sağlıklarını değerlendirmelerine göre incelendiğinde; elde edilen puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır ($F=10.870$ $p<0.001$) (Tablo 4). Öğrencilerin sağlık durumlarını değerlendirmelerine göre ölçeğin alt boyutlarından aldıkları puan ortalamalarının analizinde kendini gerçekleştirme ($F=$

11.888), egzersiz (F=12.284), beslenme (F=9.915) ve stres yönetimi (F=5.939) boyutlarındaki puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Bireyin sağlık durumunu iyi olarak algılayanların olumlu davranış kazanma düzeyi daha yüksektir (Redland ve Stuijbergen 1993). Çalışmalarda; sağlıklarının zayıf olduğunu düşünen kişilerin pozitif bir girişim için artık geç kaldıklarını düşünebildikleri, sağlık durumunu iyi olarak algılayanların ise olumlu sağlık davranışı kazanma düzeyinin diğerlerine göre daha yüksek olduğu bildirilmektedir (Spellbring 1991). Bottorff ve ark.(1996) algılanmış sağlık statüsünün kendini gerçekleştirme ile ilgili sağlık sorumluluğu üzerinde etkili olduğunu saptamışlardır. Sağlık durumunu genel olarak ve arkadaşlarına göre daha iyi düzeyde bulan üniversite öğrencilerinin SYBD ölçek puanlarının anlamlı düzeyde yüksek bulunduğu araştırma sonuçları literatür bilgileri ile benzerlik göstermektedir.

Gelecekteki sağlık durumunu kontrol etme ile ilgili puan ortalamaları incelendiğinde; gelecekte sağlığını kontrol edebilme inancı arttıkça puan ortalamalarının arttığı belirlenmiş ve puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olduğu saptanmıştır (F= 18.567, $p<0.001$) (Tablo 4). Bununla birlikte öğrencilerin gelecekteki sağlık durumlarını kontrol edebilmelerine göre ölçeğin alt boyutlarında yapılan varyans analizlerinde kendini gerçekleştirme (F= 9.619), sağlık sorumluluğu (F=12.777), egzersiz (F=6.614), beslenme (F=11.343), kişilerarası destek (F=4.151) ve stres yönetimi (F=11.580) alt boyutunda anlamlı fark saptanmıştır ($p<0.05$). Olumlu sağlık davranışını etkileyen bir diğer faktör olarak öz-etkililik bireyin istediği sonuca ulaşması için gerekli olan davranışı başarılı bir şekilde gerçekleştirebilmesine karşı olan inancının bir göstergesidir. Bu kavramın içerisinde bireye özel yetenek ve güçler yer almaktadır. Öz-etkililik, bireyin sağlığını geliştirmede ya da sağlıkla ilgili sorunlarında etkin olma gücüdür (Spellbring 1991). Gözüm (1999) öz-etkililik-yeterlilik ile stresle başa çıkma algısı arasındaki ilişkiyi araştırdığı çalışmada, stresle başa çıkma ve öz-etkililik-yeterlilik algısı arasında pozitif bir korelasyon saptamıştır. Bu bilgiler ışığında ve çalışma sonuçlarından yola çıkarak, gelecekteki sağlık durumunu kontrol edebilir diyenlerin; öz-etkililik düzeylerinin yüksek olduğu ve böylelikle sağlıklarını geliştirmede diğer gruplara oranla daha etkili oldukları düşünülebilir.

Öğrencilerin öğrenim gördükleri bölümden memnun olma durumuna göre elde edilen puan ortalamaları ile yapılan istatistiksel analizde ortalamalar arasında farkın anlamlı olduğu saptanmıştır (F= 12.145 $p< 0.001$) (Tablo 4). Alt boyutlarla yapılan analizde ise kendini gerçekleştirme (F=14.972), sağlık sorumluluğu (F=6.019), egzersiz (F=3.842), beslenme (F=9.034) ve stres yönetimi (F=5.415) puan ortalamaları

arasındaki fark önemli bulunmuştur ($p < 0.05$). Derebasi (1996) üniversite öğrencilerindeki umutsuzluk ile ilgili çalışmasında istediği branşta okumanın ileriye yönelik umutsuzluğu azalttığını saptamıştır. Bottorff ve ark.(1996) motivasyonun sağlıklı geliştirici davranışların benimsenmesinde temel bir faktör olduğunu bildirmişlerdir. Bu sonuçlardan yola çıkılarak, bölümünden memnun olma düzeyinin artmasına paralel olarak ölçek puan ortalamalarının da anlamlı derecede artması sonucu; öğrenim gördüğü bölümden memnun olan öğrencilerin motivasyon düzeylerinin diğerlerine oranla daha yüksek olduğunu ve bu durumda öğrencilerin sağlık davranışlarını etkileyebileceği düşünülmektedir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Arastırma sonucunda öğrencilerin;

- Yaşı, cinsiyeti, aile tipi, öğrenim süresinde kaldıkları yer, öğrenim gördüğü bölüm, sağlık yakınmasının ve kronik bir hastalığının olup olmaması, sağlıklı olmayı önemli bulma ile SYBD arasında ilişki olmadığı ($p > 0.05$),

- Gelir durumu ($p < 0.05$), yasantının uzun süre geçtiği yer ($p < 0.05$), arkadaşlarıyla ve aileleriyle olan ilişkileri ($p < 0.05$), sağlık durumu ($p < 0.05$), gelecekteki sağlık durumunu kontrol edebilme inancı ($p < 0.001$) ve öğrenim gördüğü bölümden memnun olma ($p < 0.001$) durumu ile SYBD arasında anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır.

Ölçeğin alt boyutlarında ise

- Öğrenim görülen bölüm, cinsiyet, yaş, gelir durumu, ailesi ve arkadaşları ile ilişkileri, gelecekte sağlığını kontrol edebilme inancı, öğrenim gördüğü bölümden memnun olma ve sağlıklı olmayı önemli bulma ile "sağlık sorumluluğu" arasında ilişki olduğu,

- Gelir durumu, ailesi ve arkadaşları ile ilişkileri, sağlık durumu, gelecekte sağlığını kontrol edebilme inancı ve öğrenim gördüğü bölümden memnun olma durumu ile "kendini gerçekleştirme" arasında ilişki olduğu,

- Sağlık durumu, gelecekte sağlığını kontrol edebilme inancı ve öğrenim gördüğü bölümden memnun olma durumu ile "egzersiz" arasında ilişki olduğu,

- Gelir durumu, ailesi ile ilişkileri, öğrenim süresince kaldığı yer, sağlık durumu, gelecekte sağlığını kontrol edebilme inancı ve öğrenim gördüğü bölümden memnun olma durumu ile "beslenme arasında" ilişki olduğu,

- Arkadaslari ile iliskileri, öğrenim süresince kaldigi yer, gelecekte sagligini kontrol edebilme inanci ile "kisilerarasi destek" arasında iliski oldugu,

- Ailesi ve arkadaslari ile iliskileri, saglik durumu, gelecekte sagligi-ni kontrol edebilme inanci ve öğrenim gördüğü bölümden memnun olma durumu ile "stres yönetimi" arasında iliski oldugu saptanmistir.

Bu sonuçlar dogrultusunda üniversite öğrencilerinin

- Saglik davranislari ve saglik davranisi üzerinde etkili olan faktörlere yönelik olarak daha genis örnekleme kapsayan araştırmaların yapılması,
- Sagliklarını korumak ve geliştirmek için; bilgi ve davranis olarak yetersiz kaldıkları konuların belirlenerek bu konulara öncelik verilecek şekilde periyodik eğitim programların oluşturulması ve programların uygulamaya geçirilmesi,
- Olumsuz saglik davranislarının belirlenmesine yönelik çalışmaların yapılması ve değişimi için merkez kurulması,
- Öğrenciler üniversiteye başladıkları zaman sagligın korunması ve geliştirilmesine yönelik yazili materyallerin verilmesi,
- Öğrencilerde strese neden olan faktörlerin belirlenmesi ve ortadan kaldırılmasına yönelik çalışmaların yapılması, stres ve stresle basa çıkma konularında seminer, konferans vb. verilmesi,
- Öğrencilerin her yönü ile ulaşabileceği ve yararlanabileceği psikolojik danışmanlık birimlerinin oluşturulması, rehberlik ve danışmanlık hizmetlerinin fakülte içinde etkin uygulanabilmesi için uzman kişilerle işbirliği yapılması,
- Fakülte danışmanlık hizmetlerinin daha islerlik kazanması için, danışmanlara verilen öğrenci sayısının azaltılması önerilebilir.

KAYNAKLAR

1. Aytan AS, (1994). Ege Üniversitesinde okuyan öğrencilerin sigara içme ve alkol kullanma alışkanlıkları ve bunu etkileyen etmenler, Yayınlanmamış Mezuniyet Tezi, Ege Üniversitesi Hemsirelik Yüksek Okulu, İzmir.
2. Aytan AS, (1998). Üniversite öğretim elemanlarının sagligı geliştirme davranislari ve bunu etkileyen etmenlerin incelenmesi, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ege Üni. Saglik Bilimleri Enstitüsü, İzmir.
3. Bottorff J, Johnson J, Ratner P ve ark, (1996). The effects of cognitive-perceptual factors on health promotion behavior maintenance, Nursing Research, Jan/Feb, 45 (1), 30-36.

4. Derebasi I, (1996). Beck umutsuzluk ölçeğinin Ege Üniversitesi öğrencileri üzerinde geliştirilmesi, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İzmir.
5. Ebersole P, Hess P, (1990). Toward healthy aging, Human needs and nursing response", Third ed., The C.V. Mosby Company, 49-62
6. Erci B, Sayan A, (1998). Çalışan kadınların sağlığı geliştirici tutum ve davranışları ile öz-bakım gücü arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi, VII. Ulusal Hemşirelik Kongresi Bildirileri, Erzurum, 427-433
7. Erdoğan S, Esin N, (1995). Erişkin bireyde yaşam biçimi ve sağlık davranışları, IV. Ulusal Hemşirelik Kongresi Bildiri Özet Kitapçığı, Ankara, 96-97
8. Esin N, (1997). Endüstriyel alanında çalışan işçilerin sağlık davranışlarının saptanması ve geliştirilmesi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, İstanbul.
9. Fadiloğlu Ç, Yürekli A, Yılmaz D, (1990). Sosyal ağın öğrencilerin duyu ve yasantılarına etkisi, II. Ulusal Hemşirelik Kongresi Bildirileri, Ege Üniversitesi Basımevi, İzmir, 119-31
10. Gözüm S, (1999). Öz-etkililik-yeterlilik ölçeğinin türkçe formunun yapı geçerliliği, öz-etkililik-yeterlilik ile stresle başa çıkma algısı arasındaki ilişki, Atatürk Üni. H.Y.O. Dergisi, 5 (1), 35-43.
11. Lewis SM, Collier IC, (1987). Medical surgical nursing assesment and management of clinical problems, Sec. ed. Mc Graw-Hill Book Company, USA, 9-11.
12. Lusk SL, Kerr MJ, Ronis DL, (1995). Healt- promoting lifestyles of blue- collar, Skilled trade, and white-collar worker", Nursing Research, 44 (1), 20-24.
13. Nahçıvan N, (1995). Sağlıklı gençlerde öz-bakım gücü ve aile ortamının etkisi, IV. Ulusal Hemşirelik Kongresi Bildiri Özet Kitapçığı, Ankara, 24-25.
14. Özbasaran F, Çakmakçı A, Güngör N, (2003). Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Yüksek Okulu öğrencilerinin sağlık davranışlarının belirlenmesi, 2. Uluslararası-9. Ulusal Hemşirelik Kongresi Bildiri Özet Kitabı, Antalya, Basım:Eczacıbaşı Sağlık Hizmetleri, 120.
15. Özdamar K, (2001). SPSS ile biyoistatistik, Güncelleştirilmiş 4. baskı, ETAM A.S. Matbaa Tesisleri, Eskisehir.
16. Palank CL, (1991) Determinants of health- promotive behavior. A review of current research, Nursing Clinics of North America, 26 (4), 815-827.
17. Pender NJ, (1987). Healt. promotion in nursing practice, Second ed., Norwalk CT., California, 4, 5, 63.
18. Pender NJ, Walker SN, Sechrist KR ve ark. (1990). Predicting health promoting life styles in the workplace, Nursing Research, Nov/Dec, 39 (6), 326-331.
19. Potter PA, Perry AN, (1997). Fundamentals of nursing, concepts, Process and practice, The C.V. Mosby Company, 2-20.
20. Redland A.R., Stuijbergen, A.K, (1993). Stategies for maintenance of health-promoting behavior, Advances in clinical nursing research-nursing, Clinics of North America, 28 (5), 427-441.
21. Sisk RJ, (1999). Caregiver Burden and Health Promotion, International Journal of Nursing Studies, 37 (1), 37-43.

22. Spellbring MA, (1991). Nursing's role in health promotion", Nursing Clinics of North America, December, 26 (4), 805-813.
23. Stanhope M, Lancaster J, (1992). Community health nursing, Process and practice for promoting health, Third ed., Mosby-year Book Co., St.Louis, 188-99, 593-615.
24. Walker SN, Wolkan K, Sechrist KR, (1988). Health promoting lifestyles of older adults, Adv. Nur. Sci., December, 11 (1), 76-89.
25. Weitzel MH, Walker P, (1990). Predictive factors for health promotive behaviors in white, Hispanic and black blue-collar workers, Family And Community Health, May, 23-33.

ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİLERİNİN İLAÇ KULLANIM DURUMLARININ İNCELENMESİ*

THE INVESTIGATION OF THE UNIVERSITY STUDENTS' DRUG USAGE

Sinem IPTES

Leyla KHORSHID

Ege Üniversitesi Hemsirelik Yüksek Okulu 35100 Bornova İZMİR

Anahtar Sözcükler: İlaç, reçetesiz ilaç kullanımı
Key Words: Drug, drug usage without prescription

*Bu araştırma 8-9.Mayıs.2003 tarihlerinde yapılan II. Ulusal Hemsirelik Öğrencileri Kongresi'nde poster bildirisi olarak sunulmuştur.

ÖZET

Tanımlayıcı tipte olan bu çalışma, üniversite öğrencilerinin ilaç kullanım durumlarını incelemek amacıyla yapılmıştır. Araştırmanın örneklemini Ege Üniversitesine bağlı fakülte ve yüksekokullarda yaz okuluna devam eden 250 öğrenci oluşturmıştır. Veriler anket formu kullanılarak toplanmıştır. Verilerin analizinde ki-kare önemlilik testi kullanılmıştır. Sonuç olarak, üniversite öğrencilerinde reçetesiz ilaç kullanma oranının yüksek olduğu ve kız öğrencilerde ağrılarını ilaç kullanmadan geçirme oranının erkek öğrencilerden daha yüksek olduğu saptanmıştır.

SUMMARY

This descriptive study was carried out to investigate the drug usage of the university students. The sample of the study consist of 250 students attending to summer schools in Faculties and High Schools of Ege University. Questionnaire form was used in collecting of data. Datas were analyzed by using Chi-square importance test. As a result, it was determined that the rate of drug usage without prescription was high between university students and the rate of relieving their pain without drugs in the female students were more higher than male student.

GİRİŞ

Tedavi edici hizmetlerde önemli rol oynayan ilaçların kötü kullanımı, Dünya Sağlık Örgütü tarafından "Kabul edilebilir bir tıbbi gerekçe ile ilişkili olmadan, zaman zaman veya devamlı olarak asiri derecede ilaç kullanımı" olarak tanımlanmaktadır. Ülkemizde hasta sayısının fazla

olması nedeniyle tanı konulması ile ilgili güçlükler ya da gecikmeler, hastalardaki asiri ilaç alma isteği, hekime istenilen ilaçları yazdırma gibi değişik nedenlerle asiri ilaç tüketimi önemli bir sorun oluşturmaktadır (Tuğlular 1987). Gereksiz ve bilinçsiz ilaç kullanımı, tanı ve tedavide neden olan güçlüklerin yanı sıra maliyet açısından hem bireyi hem de kamuyu gereksiz masrafa sokmaktadır. Ülkemizde çok yaygın olan reçetesiz ilaç kullanımı bu konudaki sakıncaları daha da arttırmaktadır (Bodur ve ark. 1996).

Bazı ilaçların kötü kullanımı, bazen çok ciddi yan etkilere, alışkanlık ve tutku derecesinde bağımlılığa neden olur (Köknel 1978). Tıbbi olmayan şekilde özellikle bağımlılık oluşturan ilaçların kullanılması, o ilaca karşı bağımlılık meydana gelme riskini arttırmaktadır. Günümüzde bireyler, çevrenin önerisiyle ya da kendi kararıyla hekime danışmadan bağımlılık yapmayan diğer ilaçları (antibiyotikler, vitaminler, zayıflatıcı ilaçlar) kullanmaktadır. Bunun sonucu olarak toplumda birçok zehirlenmeler ya da ilaçlara karşı duyarlılıkta azalmalar görülmektedir (Dökmençi 1995). Reçetesiz ilaç kullanımının, semptomları gizleme ve hastalığın tanılmasını geciktirme ve diğer birçok sakıncaları da bulunmaktadır. İlaçların asiri derecede tüketilmesi ilaca bağlı istenmeyen etkileri de beraberinde getirir (Dipalma 1989, Fadiloğlu ve ark 1989, Tuğlular 1987, Meyers ve ark.1989). Basit bir yan etkiden öldürücü bir zehirlenmeye kadar gidebilen olaylara neden olabilen ilaçlar, bu kadar dikkatsizce ve sorumsuzca yazılmamalı ve kullanılmamalıdır. Ülkemizde en fazla antibiyotik, analjezik, antipiretiklerin ve psikotrop ilaçların tüketildiği bilinmektedir (Fadiloğlu ve ark. 1989).

Ankara'da 18 yaş üstü bireylerin ağrı kesici ilaç kullanımı konusunda yaptıkları bir çalışmada, bireylerin ağrı kesicileri en sık baş ağrısı durumunda kullandığı, en sık parasetamol türü ilaçları kullandıkları ve %57.8'inin reçetesiz ağrı kesici ilaç kullandığı saptanmıştır (Önder ve ark.2002). Evlerde fazla ilaçların bulunması da toplumdaki bireylerin reçetesiz ilaç kullanmalarına zemin hazırlayabilir. Konya'da yapılan bir çalışmada, evlerin %75'inde fazla ilaç bulunduğu ve ilaçlar arasında ilk sırayı analjezik ve antibiyotiklerin aldığı saptanmıştır (Bodur ve ark. 1996). Bireylerin ağrı deneyimleri ile ağrıları olduğunda buna yönelik yaklaşımlarının incelendiği bir çalışmada %56.2 oranı ile baş ağrısının birinci sırada yer aldığı ve eğitim düzeyi düşükçe komsu önerisi ile analjezik ilaç alma eğiliminin arttığı saptanmıştır (Aslan, Issever, Özyalçın,1997).

İlaçların ve diğer maddelerin gençler tarafından kullanılması önemli bir halk sağlığı sorunudur. Yapılan bir çalışmada, lise öğrencilerinde sürekli metamfetamin kullanma oranı %6.7, nonterapötik trankilizan kullanım oranı %11.4, steroid kullanımı %4 olarak bulun-

mustur (Schiffman, 2004). Sigara içen, alkol alan ve/veya ilaç alan gençlerin sağlık durumları, bu davranışlardan kaçınanlara göre daha kötüdür. İlaç ve madde kullanımı bilimsel ve davranışsal sorunlarla bağlantılıdır ve erken erişkinlik dönemlerinde solunumsal sorunlara yol açar. İlaç kullanan gençlerde depresyon, saldırgan davranış, intihar düşünceleri gelişebilir ve bunların birçoğu HIV ve diğer enfeksiyonlar açısından risk altındadırlar (Schiffman, 2004). Yaş ve sağlık bilgisi açısından belirli özelliklere sahip olan üniversite öğrencileri, mental sağlıklarını etkileyen ve psikoaktif ilaç kullanımına yol açan yoğun entelektüel çaba ve yüksek stres nedeniyle belirli risk faktörlerine maruz kalırlar (Cabrita 2004). Ülkemizde üniversite öğrencilerinin ilaçlara kolaylıkla ulaşabilmesi, öğrenciler arasında ilaçların bilinçsizce ve yanlış tüketilmesine yol açmaktadır. Yüksel ve ark.'nin, 1994 yılında Ankara'daki üniversitelerde öğrenim gören 1382 öğrenciyle yaptıkları bir çalışmada, öğrencilerin son bir yıl içinde trankilizan grubu ilaçları %6, sedatif türü ilaçları %4, opioid grubu ilaçları %5 oranında kullandıkları saptanmıştır (Yüksel ve ark. 1994). Yüksek öğrenimde alkol ve diğer ilaçların kullanımını önlemek amacıyla yapılan kapsamlı bir programın yürütülmesi sırasında, öğrencilerde partilerde ilaç alma isteginin ve akademik performansı düşük olduğunda ilacı bırakma sıklığının arttığı, ancak sonuçta bu programın kısa süreli ve sınırlı etkisi olduğu saptanmıştır (Licciardiane 2003). Kilise ile bağlantısı olan bir üniversite-tede madde kullanımının incelendiği bir çalışmada, öğrencilerin %46'sından daha azının yaşamında en az bir kez alkol aldığı, %28.5'inin sigara içtiği, %20'sinden azının marihuana kullandığı, ancak bu oranların ulusal bir kıyaslama grubundan nispeten anlamlı derecede düşük olduğu saptanmıştır (Hopkins et al 2004).

Çocuklarda ve gençlerde hemsirelik bakımının amaçları, madde kullanımına başlamayı ve bunun düzenli kullanıma veya bağımlılığa dönüşmesini önlemektir. İlaç ve madde kullanımına başlama ve sürdürme birçok faktöre bağlı olduğundan, bu nedenlere yönelik önleme stratejileri geliştirilmelidir. Toplumda gençlere hizmet veren hemsireler, ilaç kullanımı konusunda bireysel ve ailesel riskleri belirlemeli ve gerekli girişimlerde bulunmalıdır. Hemsireler, kendi toplumlarında mevcut önleme programlarını ve bunların maddi kaynaklarını bilmeli ve bu programların geliştirilmesine ve yürütülmesine katkıda bulunmalıdır (Schiffman, 2004).

Ülkemizde ekonomik sıkıntı, sosyal güvencenin olmaması nedeni ile sağlık kurumuna başvuramama, sağlık kurumuna başvuracak zaman bulamama, stres ve psikolojik sorunlar gibi nedenlerle üniversite öğrencilerinin ilaçları bilinçsizce ve yanlış tükettikleri gözlenmiştir.

Bu araştırma; üniversite öğrencilerinin ilaç kullanım durumlarını ve bunu etkileyen etmenleri incelemek amacıyla yapılmış olup araştırma sonuçlarının, üniversite öğrencilerinde yanlış ilaç kullanımının nedenlerinin saptanarak bunların önlenmesine yönelik girişimlere temel oluşturacağı düşünülmektedir.

GEREÇ VE YÖNTEM

Bu çalışma; üniversite öğrencilerinin ilaç kullanım durumlarını ve ilaç kullanımlarını etkileyen etmenleri incelemek amacıyla yapılmış tanımlayıcı tipte bir araştırmadır. Araştırmanın evrenini, Ege Üniversitesi'ne bağlı Fakülte/Yüksekokulların yaz okullarına kayıt yaptıran 1895 öğrenci, örneklemini ise olasılıklı örnekleme yöntemlerinden büyüklüğe orantılı olasılık örnekleme yöntemi kullanılarak seçilen 250 öğrenci oluşturmuştur (Sümbüloğlu ve Sümbüloğlu 1998).

Araştırmada veri toplama aracı olarak araştırmacılar tarafından ilgili literatür ışığında geliştirilmiş anket formu kullanılmıştır. Veriler 26.08.2002-19.09.2002 tarihleri arasında toplanmıştır. Araştırmaya başlanmadan önce çalışmanın yürütüleceği kurumlardan izin alınmış ve çalışma hakkında ön bilgi sunulmuştur. Araştırmaya katılan öğrencilerin aydınlatılmış onamları alınmıştır.

Öğrencilerin devam ettiği fakülte, sınıfı, cinsiyeti, yaşı, en uzun süre yaşadıkları yer, barındıkları yer, gelir-gider durumu, bağlı oldukları sosyal güvenlik kurumu, ailesinde sağlık mesleğinde çalışan kimse bulunması bu araştırmanın bağımsız değişkenlerini oluşturmaktadır. Araştırmanın bağımlı değişkenlerini ise; stres yaşandığında ilaç kullanma, ilaçların prospektüslerini okuma, ilacın kesilmesine karar verme biçimi, hekim önerisi dışında antibiyotik ve analjezik türü ilaç kullanma, grip-nezle-kirginlik durumlarında yapılan uygulamalar, ağrıyı ilaç kullanmadan geçirmeye çalışma oluşturmaktadır. Verilerinin analizinde ki-kare önemlilik testi kullanılmıştır.

BULGULAR VE TARTISMA

Araştırmaya katılan öğrencilerin %25.2'si Hemsirelik Yüksekokulu'nda, %20'si Ziraat Fakültesinde, %18.8'i Fen Fakültesinde, %8'i Su Ürünleri Fakültesinde, %7.2'si Eğitim Fakültesinde öğrencidir, %6.4'ü 1. sınıf, %30.8'i 2. sınıf, %32.4'ü 3. sınıf, %30.4'ü 4. sınıf öğrencisidir, %20'si 21, %27.6'si 22, %19.6'si 23, %34.4'ü 23 ve daha yukarı yastadır. Örneklemin yarısından fazlasını (%69.6) kız öğrenciler oluşturmuştur.

Öğrencilerin %59.6'sinin en uzun süre ilde yaşadığı, %37.2'sinin ailesiyle birlikte kaldığı, %31.6'sinin aylık harcama miktarının 80-120 milyon TL. olduğu, %27.2'sinin ailesinde sağlık mesleğinde çalışan kimse bulunduğu, %40.8'inin bağlı olduğu sosyal güvenlik kurumunun SSK olduğu belirlenmiştir.

WHO tarafından tanımlandığı gibi, ilaç kullanım özelliklerinin belirlenmesi, bir toplumdaki baslıca sorunları ve kendi tedavi edici kaynakları nasıl değerlendirdiklerini belirlemede önemli bir araçtır. Lisbon üniversitesinde okuyan 1147 öğrenci ile yapılan bir çalışmada, psikoaktif ilaç kullanımının yaş grubu ve genel sağlık durumu göz önüne alındığında beklenenden daha yüksek olduğu, öğrencilerin %7.9'unun son 15 gün içinde psikoaktif ilaç aldığı, yoğun stres altında olanlarda bu oranın (%15.5) daha yüksek olduğu, %12.8'inin reçetesiz olarak psikoaktif ilaç aldığı saptanmıştır (Cabrita at all 2004). James Madison Üniversitesi'nde yapılan bir çalışmada, öğrencilerin %57'si alkol ve diğer ilaçları kullanan bir akrabası olduğunu, %30'u kampüsteki sosyal atmosferin yasadışı ilaç kullanımını teşvik ettiğini belirtmiştir (Syre, Martino-Mccalister, Vanada 1997).

Öğrencilerin %0.6'si alkol bağımlisi olduklarını belirtmiştir. Öğrencilerin %14'ünün kronik bir hastalık nedeniyle sürekli ilaç kullandığı, %80.8'inin ilaç kullanmadan önce prospektüsünü okuduğu, %92'sinin hekim tarafından önerilen ilaçları önerilen dozda ve sürede aldığı, %35.6'sinin hekim tarafından önerilen ilacı yakınmaları sona erdiğinde, %44.8'inin hekiminin önerisine uygun zamanda alimini sonlandırdıkları bulunmuştur.

Öğrencilerin %51.6'si son bir ay içinde ilaç kullanmışlardır. Son bir ay içinde ilaç kullanan öğrencilerin % 55.8'inin bu ilacı hekimin önerisiyle, % 44.2'sinin ise reçetesiz olarak kullandıkları saptanmıştır. Bu sonuç; öğrencilerde reçetesiz ilaç kullanımının yüksek olduğunu göstermektedir. Üniversite öğrencilerinde yapılan bir çalışmada, öğrencilerin %66.3'ünün reçetesiz ilaç kullandıkları saptanmıştır (Avsaroglu ve ark 2003). Ankara'da 18 yaş üstü bireylerin ağrı kesici ilaç kullanımı konusunda yapılan bir çalışmada, ağrı kesicilerin en sık bas ağrısı durumunda kullanıldığı, en sık parasetamol türü ilaçların kullanıldığı, bireylerin %57.8'inin reçetesiz ağrı kesici ilaç kullandığı saptanmıştır (Önder ve ark.2002). Arastırmanın sonuçları, Avsaroglu ark. ile Önder ve ark.'nin çalışma sonuçlarını desteklemektedir.

Hekim önerisi olmaksızın rastgele kullanılan ilaçların bireylere zarar verdiği bilinen bir gerçektir. Öğrencilerin %45.5'i genellikle bas ağrısı, %16.3'ü grip, %14.7'si menstruasyon, %10'u mide yanması yakınması olduğunda reçetesiz ilaç kullandıklarını belirtmişlerdir. Bireylerin

agri deneyimleri ile bunlara yönelik yaklasimlarinin incelendigi bir çalismada, %56.2 orani ile bas agrisinin birinci sirada yer aldigi ve egi-
tim düzeyi düstükçe komsu önerisi ile analjezik ilaç alma egiliminin
arttigi saptanmistir (Aslan ve ark. 1997).

Öğrencilerin %18.4'ünün reçetesiz olarak antibiyotik, %8.4'ünün
sedatif ve %86.8'inin analjezik türü ilaç kullandiklari, en sik parase-
tamol (%35.4) türü analjezik ilaç kullandiklari saptanmistir. Üniversite
öğrencilerinde yapılan bir çalismada, öğrencilerin reçetesiz olarak en
fazla analjezik türde ilaçlar kullandiklari saptanmistir (Avsaroglu ve ark
2003). Üniversitelerde öğrenim gören 1382 öğrenciyle yapılan bir
çalismada, öğrencilerin son bir yıl içinde trankilizan grubu ilaçlari %6,
sedatif türü ilaçlari %4, opioid grubu ilaçlari %5 oranında kullandiklari
saptanmistir (Yüksel ve ark. 1994). Arastirmanin sonuçlari, Avsaroglu
ve ark. ile Yüksel ve ark.'nin çalisma sonuçlarini desteklemektedir.

Öğrencilerin %45'inin yasamlari boyunca en sik bas agrisi,
%15.3'ünün menstruasyon nedeniyle karin agrisi ve %12'sinin mide
agrisi yasadiklari saptanmistir. Bireylerin agri deneyimleri ile bunlara
yönelik yaklasimlarinin incelendigi bir çalismada %56.2 orani ile bas
agrisinin birinci sirada yer aldigi ve egi-
tim düzeyi düstükçe komsu önerisi ile analjezik ilaç alma egiliminin arttigi saptanmistir (Aslan ve
ark. 1997). Arastirmanin sonuçlari, Aslan ve ark.'nin çalisma sonuç-
larini desteklemektedir. Öğrencilerin %37.6'sinin zaman yoklugu,
%14'ünün ekonomik nedenle, %12.4'ünün ders yogunlugu nedeniyle
zaman bulamama, %6.4'ünün ise daha önce kullandigi bir ilaç oldugu
için reçetesiz ilaç kullandiklari belirlenmistir. Yapilan bir çalismada,
üniversite öğrencilerinin %5.3'ünün sosyal güvence ve maddi sorunlar,
%17.7'sinin zaman yoklugu nedeniyle reçetesiz ilaç kullandiklarini
belirtmislerdir (Avsaroglu ve ark. 1994). Çalisma sonuçlari, Avsaroglu ve
ark.'nin çalisma sonuçlarini destekler niteliktedir.

Öğrencilerin devam ettikleri fakülte ile stres yasandiginda ilaç kul-
lanma ($x^2=3.24$, S.D.=5, $p>0.05$), kullandiklari ilacin kesilmesine karar
verme biçimi ($x^2=1.92$, S.D.=15, $p>0.05$), hekim önerisi disinda analjezik
ilaç kullanma ($x^2=1.96$, S.D.=5, $p>0.05$) ve grip-nezle-kirginlik durum-
larinda yapılan uygulamalar ($x^2=1.87$, S.D.=25, $p>0.05$) arasinda istatis-
tiksel olarak anlamlı bir iliski olmadigi saptanmistir.

Öğrencilerin devam ettikleri fakülte ile kullandiklari ilaçlarin pros-
pektüslerini okuma ve agriyi ilaç kullanmadan geçirmeye çalisma ara-
sinda istatistiksel olarak anlamlı bir iliski oldugu, Hemsirelik Yüksek-
okulu ve Fen Fakültesi'nde okuyan öğrencilerde ilaçlarin prospektüs-
lerini okuma orani ($x^2=27.82$, S.D.= 5, $p<0.05$) ile agriyi ilaç kullanma-
dan geçirmeye çalisma oranininin ($x^2 =29.78$, S.D.=5, $p< 0.05$) daha

yüksek olduğu bulunmuştur. Bu sonuç; Hemşirelik Yüksekokulu'nda bu konuda ve Fen Fakültesi'nde özellikle Kimya Bölümü'nde okuyan öğrencilerin kimyasal maddelerin kullanım alanları konusunda eğitilmelerine, bu eğitimler sonucunda ilaçlar konusunda daha dikkatli olmalarına bağlanabilir.

Öğrencilerin devam ettikleri fakülte ile hekim önerisi dışında antibiyotik türü ilaç kullanımı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu ve Mühendislik ve Ziraat Fakültesi'nde okuyan öğrencilerde hekim önerisi dışında antibiyotik türü ilaç kullanma oranının yüksek olduğu saptanmıştır. ($\chi^2=19.82$, S.D.= 5, $p<0.05$).

Öğrencilerin %18.8'inin stres durumunda ilaç kullandığı saptanmıştır. Öğrencilerin devam ettikleri sınıf ile stres yaşandığında ilaç kullanma ($\chi^2=8.76$, S.D.=3, $p>0.05$), hekim önerisi dışında antibiyotik ($\chi^2=3.51$, S.D.=3, $p>0.05$) ve analjezik ($\chi^2=1.85$, S.D.=3, $p>0.05$) türü ilaç kullanma ve ağrıyı ilaç kullanmadan geçirmeye çalışma ($\chi^2=3.84$, S.D.=3, $p>0.05$) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı saptanmıştır.

Öğrencilerin cinsiyeti ile stres yaşandığında ilaç kullanma ($\chi^2=0.2$, S.D.=1, $p>0.05$), hekim önerisi dışında antibiyotik ($\chi^2=3.12$, S.D.=1, $p>0.05$), ve analjezik ilaç kullanma ($\chi^2=0.15$, S.D.=1, $p>0.05$) ve grip-nezle-kirginlik durumlarında yapılan uygulamalar ($\chi^2=7.07$, S.D.=5, $p>0.05$) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı saptanmıştır.

Tablo 1. Öğrencilerin Cinsiyetleri ile Ağrıyı İlaç Kullanmadan Geçirmeye Çalışma Durumları Arasındaki İlişkinin Dağılımı

CINSİYET	AĞRIYI İLAÇ KULLANMADAN GEÇİRMEMEYE				TOPLAM
	Çalışan		Çalışmayan		
	Sayı	%	Sayı	%	
Kız	129	74.1	45	25.9	174
Erkek	38	50.0	38	50.0	76
TOPLAM	167	66.8	83	33.2	250

$\chi^2 = 13.897$, S.D.=1, $p<0.05$

Kız öğrencilerin %74.1'i ve erkek öğrencilerin ise %50'si yaşadıkları ağrıyı ilaç kullanmadan geçirmeye çalıştıklarını belirtmişlerdir (Tablo 1). Yapılan analizde öğrencilerin cinsiyeti ile yaşadıkları ağrıyı ilaç kullanmadan geçirmeye çalışma arasında anlamlı bir ilişki olduğu ve kız öğrencilerde ağrılarını ilaç kullanmadan geçirmeye çalışma oranının daha yüksek olduğu bulunmuştur ($\chi^2=13.897$, S.D.=1, $p<0.05$). Bu sonuç; araştırmada kız öğrencilerin fazla olmasına, kız öğrencilerin özellikle menstruasyon nedeni ile daha sık ağrı yaşamalarına ve bu yüzden ağrı ile baş etmek için çeşitli yöntemler geliştirmelerine bağlanabilir.

Öğrencilerin yasi, en uzun süre yasadıkları yer, barındıkları yer, aylık gider durumu ve ailesinde sağlık mesleğinde çalışan kimse bulunması ile stres yaşandığında ilaç kullanma, hekim önerisi dışında antibiyotik türü ilaç kullanma ve ağrıya ilaç kullanmadan geçirmeye çalışma arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$).

Öğrencilerin bağlı oldukları sosyal güvenlik kurumu ile hekim önerisi dışında antibiyotik ve analjezik ilaç kullanma arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu ve üniversite tarafından sağlık hizmetlerinin sunulduğu Mediko-sosyal hizmet birimlerinden sağlık hizmeti alan öğrencilerde hekim önerisi dışında antibiyotik (%27.8) ($\chi^2=3.872$, S.D.=5, $p<0.05$) ve analjezik (%100) türü ilaç kullanma oranının daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($\chi^2=20.25$, S.D.=5, $p<0.05$).

Öğrencilerin kronik hastalık nedeniyle ilaç kullanma durumu ile hekim önerisi dışında antibiyotik ($\chi^2=0.53$, S.D.=1, $p>0.05$) ve analjezik ($\chi^2=0.04$, S.D.=1, $p>0.05$) ilaç kullanma ve grip-nezle-kirginlik durumlarında yapılan uygulamalar ($\chi^2=2.76$, S.D.=5, $p>0.05$) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı saptanmıştır.

Tablo 2. Öğrencilerin Kronik Hastalığa Bağlı Sürekli İlaç Kullanımları ile Stres Yaşadıklarında İlaç Kullanımları Arasındaki İlişkinin Dağılımı

KRONİK HASTALIK NEDENİYLE SÜREKLİ İLAÇ	STRES YASANDIĞINDA İLAÇ				TOPLAM
	Kullanan		Kullanmayan		
	Sayı	%	Sayı	%	
Kullanan	13	37.1	22	62.9	35
Kullanmayan	34	15.8	181	84.2	215
TOPLAM	47	18.8	203	81.2	250

$\chi^2=8.970$, S.D.=1, $p<0.05$

Kronik hastalık nedeniyle ilaç kullanan öğrencilerin %37.1'i kullanmayanların ise %15.8'i stres durumunda ilaç kullandıklarını belirtmişlerdir (Tablo 2). Yapılan analizde bu farkın önemli olduğu saptanmıştır. Sonuç olarak kronik hastalık nedeniyle ilaç kullanan öğrencilerin kullanmayanlara göre stres durumunda yaklaşık 2.5 kat fazla ilaç kullandıkları bulunmuştur. Bu sonuç; kronik hastalığın strese yol açmasına ve dolaylı olarak ilaç alimini arttırmasına bağlanabilir ($\chi^2=8.970$, S.D.=1, $p<0.05$).

SONUÇLAR

Bu araştırmada genel olarak aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir:

-Öğrencilerin %51.6'sinin son bir ay içinde ilaç kullandıkları, son bir ay içinde ilaç kullanan öğrencilerin % 55.8'inin bu ilacı hekimin önerisiyle, % 44.2'sinin ise reçetesiz olarak kullandıkları saptanmıştır.

-Kiz öğrencilerde (%74.1) agrilarini ilaç kullanmadan geçirmeye çalisma oraninin erkeklere (%50) göre daha yüksek olduğu bulunmustur.

-Kronik hastalik nedeniyle ilaç kullanan öğrencilerin (%37.1) kullanmayanlara (%15.8) göre stres durumunda yaklasik 2.5 kat fazla ilaç kullandiklari bulunmustur.

-Üniversite tarafından saglik hizmetlerinin sunulduğu Mediko-sosyal hizmet birimlerinden saglik hizmeti alan öğrencilerde hekim önerisi disinda antibiyotik (%27.8) ve analjezik (%100) türü ilaç kullanma oraninin daha yüksek olduğu belirlenmistir

Sonuç olarak; Ege Üniversitesi'ne bagli Fakülte/Yüksekokullarda öğrenim gören öğrencilerde reçetesiz ilaç kullanım oraninin yüksek olduğu ve bu konuda eğitime gereksinimleri olduğu görüsüne varilmistir.

ÖNERILER

Bu araştırmadan ede edilen sonuçlara göre;

1. Öğrencilerin reçetesiz ilaç kullanımının zararları konusunda eğitim programları düzenlenerek eğitilmesi,
2. Kiz ve erkek öğrencilere birlikte saglığın sürdürülmesi ve korunması kapsamında eğitim verilmesi,
3. Derslerine yeterince devam edebilmesi ve saglik hizmetlerine kolayca ulaşabilmesi için saglik hizmetlerinin sunumunda öğrencilere kolaylıkların sağlanması ve sosyal güvenlik kurumları ile Mediko arasin-da var olan anlaşmaların öğrencilere duyurulması,
4. Toplumdaki bireylerin eğitim düzeyinin yükseltilmesi ve bazı ilaçların özellikle antibiyotiklerin reçetesiz kullanımının sakıncaları konusunda bilgilendirilmesi
5. İlaç kullanım alışkanlığının aile içinde geliştiği ve bireylerin kültürel yapıları ile bağlantılı olabileceği düşünülerek ebeveynlerin özellikle annelerin reçetesiz ilaç kullanımının zararları konusunda eğitilmesi,
6. Konu ile ilgili saglik eğitimi verebilmeleri için, Mediko-Sosyal merkezlerde çalışan ve üniversite öğrencisine saglik hizmeti veren hemşirelere yönelik sürekli hizmet içi eğitim programları düzenlenmesi önerilmektedir.

KAYNAKLAR

1. Aslan EF Issever H, Özyalçın S, Isik E, (1997). Agri Ile Basetmede Bireysel Yaklasim ve Toplumsal Egilim. Türk Algoloji Dergisi, 9: 4, 11-16.
2. Avsaroglu F H, Ahun E, Bostan Z ve ark, (2003). Üniversite Öğrencileri Arasinda Reçetesiz İlaç Kullanimi. Öğrenci Sağlık Dergisi, 1: 1, 11-13.
3. Bodur S, Güler S, Demireli O, Dogan N, (1996). Konyadaki evlerde fazla ilaçlar üzerine bir çalışma İlaç ve tedavi dergisi, 9: 10, 619-622.
4. Cabrita J, Ferreira H, Iglesias P at all, (2004). Patterns and Determinants of psychoactive Drug Use in Lisbon University Student - a Population - based Study. Pharm World Sci, 26, 79-82.
5. Dipalma J R, (1989). Temel Tıp Farmakolojisi. Basic Pharmacology In Medicine, Nobel Tıp Kitapevi, Çevirenler:Prof.Dr.Alaeddin Akcasu,Prof.Dr. Zeki Öziner, Prof.Dr. Esat Eskazan, Istanbul,(Sf:27-51, 117-142, 174, 202-217, 235-244).
6. Dökmenci I, (1995). Farmakoloji - Kısaltılmış Temel Bilgiler. Saray Tıp Kitaevi, 191-266.
7. Fadiloglu Ç, Yilmaz D, Yürekli A, (1989). Toplumda Analjezik,Antibiyotik Ve Trankilizan Grubu İlaçların Kullanımlarının Ve Bu Konudaki Bilgilerinin Saptanması, Ege Üniversitesi HYO Dergisi, 5: 1,1-10.
8. HopkinsG L, Freiner, M C, Babikian T at all, (2004). Substance Use Among Students Attending a Christian University That Strictly Prohibits the Use of Substances. Journal of Research on Christian Education, 13: 1, 23-29.
9. Köknel Ö, (1978). İlaç Bağımlılığı Ve İlaçların Kötü Kullanımı.Toplum Ve Hekim,TBB Yayın Organi, Sayı 8,Agustos, 50-57).
10. Licciardiane JC, (2003). Outcome of a Federally Funded Program For Alcohol and Other Drug Prevention in Higher Education. The Americal Journal of Drug and Alcohol Abuse, 29: 4, 803.
11. Meyers HF, Jawetz E, Goldfien A, (1989). Medikal Farmakoloji, Çeviren:Dr.Orhan Hulusi Balkan, 46-453.
12. Önder E, Koçia O, Öztürk S, (2002). Yunus Emre sağlık ocagi bölgesinde yasayan 18 yas ve üstü bireylerin agri kesici kullanimi ve bu konudaki bilgilerin saptanması” Httpp://www. Thb. Hacettepe edu. Tr/2002/20021.shtml 19.08.2002
13. Schiffman RF, (2004). Drug and Substance Use in Adolescents. The American Journal of Maternal/Child Nursing, 29: 1, 21-27.
14. Sümbüloglu K, Sümbüloglu V, (1998). Biyoistatistik, 8. baski, Sahin Matbaasi, Ankara, 249.
15. Syre TR, Martino-Mccalister JM, Vanada LM, (1997). Alcohol and Other Drug Use at a University In The Southeastern United States: Survey Findings and Implications. College Student Journal, 31, September, 373-381.
16. Tuğlular I, (1987). Gereksiz İlaç Kullanimi Ve Toplum Sağligi.Çagdas Hekim-Tabip Odasi Dergisi, 6:2, 10-16.
17. Yüksel N, Dereboy C, Çifter I, (1994). Üniversite öğrencileri arasında madde kullanimi, Türk Psikiyatri Dergisi, 5: 4, 283-286.

TÜBERKÜLOZLU HASTALARIN EVDE BAKIM TERCİHLERİNİN SAPTANMASI*

DETERMINING HOME-CARE PREDILECTION OF PATIENTS WITH TUBERCULOSIS

Sibel KARACA SIVRIKAYA Seher ERGÜNEY

Atatürk Üniversitesi Hemsirelik Yüksekokulu İç Hastalıkları Hemsireliği Anabilim
Dali, Erzurum

Anahtar Sözcükler: Tüberküloz, Evde Bakım, Tercih
Key Words: Tuberculosis, Home-Care, Predilection

* 5. Ulusal İç Hastalıkları Kongresinde Poster Bildiri Olarak Sunulmuştur. 26-30 Eylül
2003, Antalya

ÖZET

Bu araştırma tanımlayıcı bir araştırma olup, 15 Aralık 1999-15 Haziran 2000 tarihleri arasında Erzurum Göğüs Hastalıkları Hastanesinde yatarak tedavisi süren tüberkülozlu hastaların evde bakım tercihlerini saptamak amacıyla yapılmıştır. Araştırmanın evrenini ve örneklemini tüberküloz tanisiyle en az 2. kez hastaneye yatan 56 hasta oluşturmıştır. Veri toplama aracı olarak araştırmacılar tarafından hazırlanan soru formu kullanılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde yüzdeler, ki-kare ve Mann Whitney U testi kullanılmıştır.

Araştırma sonucunda hastaların %80.4'ünün 50 yaş ve altında olduğu, %51.8'inin evde bakımı tercih ettikleri, evde bakım tercih nedeni olarak %51.8'inin evin sakin, rahat, huzurlu ve bilinen bir ortam olmasını gösterdikleri saptanmıştır. Aylık kazanç ortalaması düşük olan hastaların evde bakımı tercih ettikleri belirlenmiştir.

SUMMARY

The present research is a descriptive study and it was conducted to determine the home-care predilections of hospitalized patients with tuberculosis at Erzurum Chest Diseases Hospital between December 15, 1999 and June 15, 2000. The study covered 56 patients hospitalized at least second times with the tuberculosis diagnosis. A questionnaire prepared by the researchers was used as data gathering tool. Percentages, chi-square test, and t-test were used in the evaluation of the data.

As a result of the study, it was determined that 80.4 % of the patients were 50 years old and younger, 51.8 % preferred home-care, and 51.8 % claimed that the reason of their preference of home-care was that their homes were quiet, comfortable, peaceful, and familiar environments. It was seen that the patients with low monthly income preferred home-care.

GIRIS

Tüberküloz binlerce yıldan beri insan sağlığını tehdit eden bir hastalıktır (Tan1996, Bayındır 1990). Gelişmekte olan ülkelerin önemli bir sorunu olmakla beraber gelişmiş ülkeler arasında da hala önemini yitirmemistir (Tan 1996, Akyol, Ergün 1996, Çelik ve ark. 1997, Çam 1989).

Her yıl dünya nüfusunun %1'i tüberküloz basili ile enfekte olmaktadır (Türkiye'de Tüberkülozun Kontrolü İçin Kilavuz SBVSD 1999). Gelişmekte olan ülkelerde ise tüberküloz olgularının %95'i (8 milyondan fazla) tüberküloz olgularidir ve bunların %99'unun ölümlle sonuçlandığı bildirilmektedir (Akyol, Ergün 1996, Çelik ve ark96, Çelik ve ark). Tani konan her üç hastadan birisinin ölüyor olması, dünyada tüberküloz hastalarının yeterince tedavi ve bakım almadığının açık bir göstergesidir (Türkiye'de Tüberkülozun Kontrolü İçin Kilavuz SBVSD 1989, Kocabas 1991). 2015 yılı tahminlerine göre ise tüberküloz gelişmekte olan dünya ülkeleri için önemli bir problem olmaya devam edecektir (Bilgiç 1991).

Ülkemizde ise 1997 verilerine göre morbidite oranı yüz binde 33.1, olgu sayısı ise 20.778'dir. Bu hastaların çoğu da genç yastadır (SBVSD 1999). 1998 verilerine göre ise 12-15 milyon enfekte kişi vardır ve ne yapılırsa yapılsın bu enfekte kitleden her yıl 30-40 bin yeni hastanın çıkacağı kaydedilmektedir (Bilgiç 1991). Bu sonuçlar tüberküloz sorununun ülkemizde halen önemini koruyan ve uzun yıllar önemini koruyacak bir sağlık sorunu olduğunu göstermektedir (Çelik ve ark. 1997).

Tüberküloz sorunu özellikle Doğu Anadolu Bölgesi'nde daha da belirgindir. 1995 yılı verilerine göre Doğu Anadolu'da tüberkülozdan ölenlerin sayısı 26'dir. Aynı yıl Erzurum'da ölenlerin sayısı 8 (Hayati İstatistikler 1995, 1998), 1997'de ise 7'dir (Hayati İstatistikler 1997,1998).

Tüberkülozlu hasta ve yakınları sosyal yönden dışlanma korkusu ile tanılarını saklama eğilimi gösterirler. Bu da tedavinin aksamasına, hastanın üzüntü ve suçluluk duymasına, diğer şahıslar için de enfeksiyon kaynağı olusturmasına neden olmaktadır (Tan 1996, Birol, Akdemir ve Bedük 1991).

Bu tür risklerin ortadan kaldırılması için evde hastanın kendi kendine gereksinimlerini karşılayıp karşılamadığı kontrol edilmeli ve gereksinimi olduğu konularda desteklenmelidir (Birol, Akdemir ve Bedük 1991, Öztekin 1994, Aktas 1992). Fakat sağlık örgütlenmesinde hastane-dispanser ilişkilerinde kopukluk olması nedeniyle hastaların hastaneden taburcu olduktan sonra ev koşullarında izlenip denetlenmesi yapılmamaktadır (Kocabas 1991, Kocabas ve ark. 1994, Aktas ve ark. 1998).

Evde bakım, birey ve ailesinin fiziksel, duygusal, sosyal, ekonomik ve çevresel tüm boyutları ile dikkate alınmasını gerektiren multidisipliner bir ekip çalışmasıdır (Aktas 1992, Nahcivan 1999, Aksayan S 1998). Bakımı alan, sunan ve finanse edenler yönünden kabul gören bu yaklaşım ile birey ve ailesinin sağlık bakımına katılımı artar hastanede yatış süresi ve maliyeti azalır (Nahcivan 1999). Tüberküloz gibi bulaşıcı enfeksiyon hastalıklarında evde bakımın gerekliliği kaçınılmazdır (Rice 1996). Ancak ülkemizde bu konuya yeterince önem verilmediği ve evde hastaların kendi kaderleriyle baş başa bırakıldıkları bilinmektedir (Aksayan ve Cimete 1998).

Tüberkülozlu kişinin tam tedavi olabilmesi etkin ve sürekli hemşirelik bakımını gerektirir. Hemşirenin bu alandaki sorumluluğu hastanın hastalığına ve ilaç tedavisine uyumunu sağlamakla başlar ve bütün tedavi boyunca mesleki bilginin yanında sabır, anlayış ve hoşgörü de gerektirerek sürer. Hemşire hastanın tedaviye başlamasını ve evinde düzenli sürdürmesini sağlamalıdır. Bu noktada hemşire, hasta ve ailesini yakından tanıyarak ailenin olanaklarını belirlemeli ve hastanın tedavisini sürdürmesini sağlamalıdır (Birol, Akdemir ve Bedük 1991, Rice 1996). Yardım gerekiyorsa, hasta ve ailesinin yardım kaynakları ile iletişimini sağlamalıdır (Rice 1996). Hemşire her durumda hasta ve ailesine tüberküloz hakkında bilgi vermeli ve hastalığın bulaşmasını önlemek için hem hasta hem sağlam kişileri bu konuda eğitmelidir (Birol, Akdemir ve Bedük 1991).

Bu düşüncelerden yola çıkarak yapılan bu çalışma tüberkülozlu hastaların evde bakım gereksinimlerini saptamak amacıyla planlanmış ve uygulanmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEM

1. Arastırmanın Tipi

Tanımlayıcı olarak planlanan ve yürütülen bu çalışma Aralık 1999-Haziran 2000 tarihleri arasında yapılmıştır.

2. Arastırmanın Yapıldığı Yer

Erzurum Göğüs Hastalıkları Hastanesi 1968 yılında kurulmuş olup, Doğu Anadolu Bölgesinde tek hastane olarak 11 ile hizmet vermektedir.

Toplam yatak sayısı 200, hemşire sayısı 33, hekim sayısı 19, diğer çalışanları ise 50 kişidir. Göğüs cerrahi uzmanı olmadığı için cerrahi hizmetler verilmemektedir. Göğüs Hastalıkları Hastanesi'ne tüberküloz tanısıyla 2.kez ve daha fazla yatıp çıkan hasta sayısı yılda yaklaşık 110'dur.

3.Arastirmanin Evreni ve Örnek Seçimi

Arastirmanin evrenini Erzurum Gögüs Hastaliklari Hastanesinde en az 2. kez tüberküloz tanisiyla hastaneye yatan 56 hasta olusturmustur. Evren küçük oldugu için herhangi bir örnekleme yöntemine gidilmemis örnege ve evrenin tümü örnege alınmistir.

4.Veritoplama Yöntemi

Arastirma verileri deneklere arastirmacilar tarafından hazirlanan soru formu uygulanarak toplanmistir. Arastirmaya baslamadan önce arastirma yapilacak kurumdan sözel olarak izin alınmistir. Etik kurallara uyularak çalisma kapsamina alinan hastalara arastirmanin amaci açiklandiktan sonra arastirmaya katilmayi kabul edenlere soru formu uygulanmistir.

4.1.Soru Formunun Hazirlanmasi

Soru formu, konuyla ilgili literatür bilgilerinden faydalanarak olusturulmustur. Soru formu hastalarin sosyo-demografik özellikleri, hastaligin bulasmasi, tedavisi, korunmasi ve kontrolü gibi hastalikla ilgili bilgilerini ve evde bakim gereksinimlerinin neler oldugunu belirleyecek toplam 69 sorudan olusmustur. Soru formu uygulanmadan önce 2. kez tüberküloz tanisiyla hastanede yatan 5 hasta üzerinde ön uygulama yapilmis ve alinan sonuca göre gerekli düzenlemeler yapilmistir. Daha sonra bu 5 hasta arastirma kapsamini disinda birakilmistir.

4.2.Soru Formunun Uygulanmasi

Soru formu arastirmacilar tarafından yüzyüze görüsme teknigi ile uygulanmistir.

5.Verilerin Değerlendirilmesi

Elde edilen veriler arastirmacilar tarafından elde kodlandiktan sonra Statistical Package for Social Science (SPSS) for Windows 10.0 istatistik programinda değerlendirilmistir. Verilerin analizinde yüzdellik, ki-kare ve Mann Whitney U testi kullanilmistir (Sümbüloğlu ve Sümbüloğlu 1997, Karasar 1995).

6. Bagimsiz ve Bagimli Degiskenler

Arastirmanin bagimsiz degiskenleri, hastalarin sosyo-demografik özellikleri, tüberkülozla ilgili bilgileri, bagimli degiskeni ise hastalarin evde bakim gereksinimleri olarak belirlenmistir.

BULGULAR VE TARTISMA

Arastirmaya alinan hastalarin sosyo-demografik özellikleri incelendiginde %80.4'ü 50 yas ve alti, %57.1'i erkek, %69.6'si evli, %39.3'ü

orta dereceli okul mezunu olduğu görülmektedir. Hastaların %94.6'sinin sağlık güvencesinin olduğu, %71.4'ünün çekirdek aile aile yapısına sahip olduğu görülmektedir. Ailedeki birey sayısına bakıldığında ise %44.6'sında 5-7 kişi yaşadığı görülmektedir. Hastaların %46.4'ünün serbest meslek sahibi olduğu, %51.8'inin ailesinde bir kişinin çalıştığı görülmektedir. Hastaların %39.3'ünün şehirde oturduğu, %85.7'sinin soba ile ısındığı, %92.9'unun evinin güneş aldığı, %53.6'sinin kendine ait bir odası olmadığı görülmektedir.

Tablo 1. Hastaların Evde Bakimi Tercih Durumlarına Göre Dağılımı

Evde Bakimi Tercih Durumu N=56	Sayı	%
Eden	29	51.8
Etmeyen	27	48.2

Hastaların evde bakimi tercih durumlarına göre dağılımı incelendiğinde %51.8'inin evde bakimi tercih ettikleri belirlenmiştir (Tablo 1). Aksayan ve arkadaşlarının(1998) yaptığı çalışmada bu oran % 63.1 dir.

Tablo 2. Hastaların Evde Bakimi Tercih Etme Nedenlerine Göre Dağılımı

Evde Bakimi Tercih Nedenleri n=29	Sayı	%
Evin sakin, rahat, huzurlu ve bilinen bir ortam olması	15	51.8
Hastane ortamını sevmeme	7	24.1
Evde bakım verecek bir bireyin bulunması	7	24.1

Hastaların %51.8'i evin sakin, rahat, huzurlu ve bilinen bir ortam olması nedeniyle evde bakimi tercih ettikleri görülmüştür (Tablo 2). Evde bakımın maliyet açısından tercih nedeni olarak gösterilmemesi henüz bu yönünün bilinmediğini düşündürmektedir. Araştırma kapsamına alınan hastalar tarafından evde bakımın avantajlarından biri olan maliyet düşüklüğü bilinseydi ve sosyal güvenceleri olmasaydı bu bakimi tercih eden hasta oranı (%51.8) daha da yüksek olabilirdi.

Tablo 3. Hastaların Evde Bakimi Tercih Etmeme Nedenlerine Göre Dağılımı

Evde Bakimi Tercih Etmeme Nedenleri n=27	Sayı	%
Bakım ve tedavinin sürekliliği	20	74.1
Aile üyelerine yük olmama	7	25.9

Hastaların evde bakimi tercih etmeme nedenlerine bakıldığında, hastaların %74.1'i tedavinin sürekliliği nedeniyle evde bakım yerine hastanede bakimi tercih etmektedirler(Tablo3).

Hastaların evde sağlık personeli tarafından ziyaret edilme durumlarına göre dağılımları incelendiğinde, hastaların ancak % 28.6'si evinde sağlık personeli tarafından ziyaret edilmekte, % 71.4'ü ziyaret edilmemektedir. Ziyaret edilen hastaların da % 62.5'i iki ayda bir ziyaret edilmekte, ziyaret esnasında ise hastaların % 62.5'inin ilaçları kontrol

edilmektedir. Bu hastaların % 62.5'inin ise sağlık personelinin daha sık ziyaret edilme beklentisi içinde olduğu görülmektedir (Tablo 4).

Tablo 4. Hastaların Evde Sağlık Personeli Tarafından Ziyaret Edilme Durumları ve Ziyaret İle İlgili Bilgilerinin Dağılımı

Evde Sağlık Personeli Tarafından	N=56	Sayı	%
Ziyaret edilen		16	28.6
Ziyaret edilmeyen		40	71.4
Sağlık Personelinin Ziyaret Sıklığı	n=16		
Ayda bir		6	37.5
İki ayda bir		10	62.5
Sağlık Personelinin Ziyarete Yaptığı İşlem	n=16		
Dispansere davet		6	37.5
İlaç kontrolü		10	62.5
Sağlık Personelinin Ziyaretinden Beklenti	n=16		
Maddi konuda yardım		6	37.5
Daha sık ziyaret		10	62.5

Tüberkülozlu hastalarda tedaviye ara vermemek, hastanın düzenli ilaç kullanmasını sağlamak, hastalığını anlatmak için çok farklı çabalar yürütülmüştür. Bunlardan biri de hastaya evinde dispanser hemşiresi veya sağlık ocağı personeli tarafından ev ziyareti yapmaktır. Verem savaşının örgütlenmesi, kuruluşların ve kişilerin görevlerine bakıldığında, Verem Savaş Dispanseri hemşiresinin ilk görevi, belirli bir programa göre hastaların ev ziyaretlerini yaparak onların tedavilerinden ve izlenmesinden sorumlu olmasıdır (Türkiye'de Tüberkülozun Kontrolü İçin Kilavuz SBVSD 1999). Kocabas ve arkadaşlarının (1994) yaptığı çalışmada hastaların % 32'sine, Aktas ve arkadaşlarının (1998) yaptığı çalışmada ise hastaların % 31'ine ev ziyareti yapılmıştır. Bu çalışma bulguları diğer çalışma bulgularıyla benzerlik göstermektedir. Ancak ev ziyaretlerinin bu kadar az bir oranda yapılmasında Verem Savaş Dispanserlerinde yeterli sayıda eğitimli eleman, araç, akaryakıt temini gibi faktörlerin yetersiz olması, ayrıca bu bölgede kişilerin güç olmasının ve çoğu yolun kapanmasının hastaların izleminde en önemli engellerden biri olduğu düşünülebilir.

Tablo 5. Hastaların Tani Konulduktan Sonra Geçen Süre İle Evde Bakimi Tercih Etme Durumlarına Göre Dağılımı

Tani Konulduktan Sonra Geçen Süre	N=56	Tercih eden		Tercih etmeyen		Toplam	
		S	%	S	%	S	%
1 yıldan az		4	30.8	9	69.2	13	100.0
1-5 yıl		22	66.7	11	33.3	33	100.0
6 yıl ve üstü		3	30.0	7	70.0	10	100.0
Toplam		29		27		56	

$\chi^2=7.127$ SD=2 p<0.05

Hastaların tani konulduktan sonra geçen süre ile evde bakimi tercih etme durumları incelendiğinde tani konulmasının üzerinden bir

yıldan az süre geçenlerin % 69.2'sinin evde bakimi tercih etmedikleri görülmüş ve tercih edenlerle etmeyenler arasındaki fark istatistiksel olarak önemli ($p<0.05$) bulunmuştur (Tablo 5). Aksayan ve arkadaşlarının (1998) kronik hastalıklı bireylerin evde bakım gereksinimleri, olanakları ve tercihlerini saptamak amacıyla yaptıkları çalışmada tanı konulmasından bir yıldan az süre geçen hastaların evde bakimi tercih etmedikleri, 1-6 yıl arasında ise tercih ettikleri bulunmuştur. Araştırma sonuçları diğer çalışma sonuçlarıyla paralellik göstermektedir. Bu çalışmada tanı konulmasından bir yıldan az süre geçen hastaların evde bakimi tercih etmeme nedenleri bu hastaların evde hastalık yönetimini üstlenmekte güçlük çektikleri, hastalığa tam uyum yapamadıkları için durumun daha da kötüleşebileceği endişesi yasadıkları yada evde hastalığın iyileşmesi doğrultusunda bakım verecek birey bulunmamasından kaynaklandığı düşünülebilir.

Tablo 6. Hastaların Evde Bakimi Tercih Etme Durumlarına Göre Aylık Kazanç Ortalamalarının Dağılımı

Hastaların Evde Bakimi Tercih Etme Durumları		N=56	n	X	SD	Sıra Ortalama	"mwu" ve "p" değeri
Eden			29	162.41±94.85		26.4	mwu=331.000
Etmeyen			27	200.74±131.23		30.74	p>0.05

Hastaların evde bakimi tercih etme durumlarına göre aylık kazanç ortalamalarının dağılımları incelendiğinde evde bakimi tercih eden hastaların aylık kazanç ortalaması 162.41±94.85 milyon TL, tercih etmeyen hastaların ise 200.74±131.23 milyon TL olduğu ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamsız olduğu bulunmuştur (Tablo 6). Evde bakım, sağlık hizmetlerinin maliyet-yarar ve maliyet-etkililiğine katkıda bulunur ve evde bakımın avantajlarından biri de maliyet düşüklüğüdür. Bundan dolayı evde bakım ekonomik olması nedeniyle aile ve ülke ekonomisi açısından daha uygun denebilir (Aksayan 1998, Aksayan ve Cimete 1998). Aylık kazanç ortalaması düşük olanların evde bakimi tercih etmesinde evde bakım maliyetlerinin düşüklüğünün rol oynadığı düşünülebilir.

SONUÇLAR

Araştırma sonuçları değerlendirildiğinde hastaların %51.8'i evde bakimi tercih etmişlerdir. Evde bakimi tercih eden hastaların %51.8'i evin sakin, rahat, huzurlu ve bilinen bir ortam olması nedeniyle, evde bakimi tercih etmeyen hastaların ise %74.1'i bakım ve tedavinin sürekliliği için evde bakım yerine hastanede bakimi tercih etmişlerdir. Hastaların %71.4'ü evde sağlık personeli tarafından ziyaret edilmemekte,

ziyaret edilen (%28.6) hastaların ise %62.5'i iki ayda bir ziyaret edilmektedir. Hastaların %62.5'i ise sağlık personelinin daha fazla ziyaret beklemektedirler. Hastaların tanı konulduktan sonra geçen süre ile evde bakımı tercih etme oranı en yüksek 1-5 yıl süre geçen hastalarda bulunmuştur (%66.7). Hastaların hastalık süresinin evde bakımı tercih etmede etkili olduğu sonucuna varılmıştır. Evde bakımı tercih etmeyen hastalarda aylık kazanç ortalamasının yüksek olduğu görülmüştür. Ancak aylık kazancın evde bakımı tercih etme durumuna etkisinin olmadığı sonucuna varılmıştır.

ÖNERİLER

Arastırma sonuçlarına göre su önerilerde bulunulabilir.

- Multidisipliner sağlık hizmetinin evde sunulması ve bu hizmetlerin uygulanmasına hız kazandırılması,
- Yeni gelişmeler doğrultusunda tüberküloz kontrol programlarının yeniden düzenlenmesi ve sorunun önemi hakkında kamuoyunun bilgilendirilmesi,
- Verem Savaş Dispanseri ve Sağlık Ocakları hemşiresinin ve sağlık memurlarının görevleri arasında ilk sırada, belirli bir programa göre hastaların ev ziyaretlerini yaparak onların tedavilerinden, takibinden sorumlu olduğu yer alır. Bu görevin daha sık ve daha bilinçli bir şekilde yapılması,
- Yurt içinde yapılmış araştırmaların yetersizliği de dikkate alınarak, benzer araştırmaların daha geniş gruplarda ele alınarak yapılması önerilebilir.

KAYNAKLAR

1. Aksayan S, Cimete G, (1998). Kronik hastalıklı bireylerin evde bakım gereksinimleri, olanakları ve tercihleri. I.Ulusal Evde Bakım Kongresi Özet Kitabı, İstanbul, 4.
2. Aksayan S (1998) Evde Bakım. I. Ulusal Evde Bakım Kongresi özet kitabı, İstanbul, I-IV.
3. Aktas E, Görgüner M, Sağlam L ve ark. (1998). Erzurum Verem Savaş Dispanserinde kayıtlı aktif tüberkülozlu hastaların değerlendirilmesi (Ön Rapor). Tüberküloz ve Toraks Dergisi, 46:1, 63-68.
4. Aktas N, (1992). Diyabetes mellitus tanisiyla hastaneye yatan hastalara verilen taburculuk eğitiminin hastaların evde bakım gereksinimlerini karşılamaya etkisinin incelenmesi. III. Ulusal Hemşirelik Kongresi, Sivas, 249.
5. Akyol A, Ergün F, (1996). İzmir Kahramanlar Verem Savaş Dispanseri'nde 1980-1996 yılları arasında tüberküloz olgularının durum incelemesi XXI. Ulusal Türk Tüberküloz ve Göğüs Hastalıkları Kongresi Marmaris, 227-233.

6. Bayindir Ü, (1990). Solunum sistemi hastaliklari. Öbek A (ed). İç Hastaliklari. 4.Baski. Istanbul, Karar matbaasi, 425-427.
7. Bilgiç H, (1991). Tüberküloz epidemiyolojisi. Kocabas A (ed). Tüberküloz Klinigi ve Kontrolü. 1.Baski, Adana, Emel Matbaasi, 421-435.
8. Birol L, Akdemir N, Bedük T, (1991). İç Hastaliklari Hemsireligi. 3.Baski, Ankara, Vehbi Koç Vakfi Yayinlari No 6, 155-163.
9. Çam F, (1989). Tüberkülozlu hastalarin tedaviye uyum durumlari ve bunu etkileyen etmenlerin incelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Izmir: Ege Üniv. Saglik Bilimleri Enstitüsü.
10. Çelik P, Akin M, Yensel S ve ark, (1997). Tüberküloz olgularinin yas gruplarina göre klinik ve radyolojik olarak karsilastirilmesi. Heybeliada Tıp Bülteni, 3: 1, 64-67.
11. Hayati Istatistikler 1995, (1998) Devlet Ist1998) Devlet Istü, Ankara, 45.
12. Hayati Istatistikler 1997, (1998) Devlet Istatistik Enstitüsü, Ankara, 78.
13. Karasar N, (1995). Bilimsel Arastirma Yöntemi, 7.Baski, Ankara, Sim Matbaasi.
14. Kocabas A, Burgut R, Kibaroglu E ve ark, (1994). Verem Savasi Dispanserlerinde sürdürülen tüberküloz tani ve tedavi çalismalarinin etkinligi (Ön Rapor). Tüberküloz ve Toraks Dergisi, 42: 2, 99-107.
15. Kocabas A, (1991). Günümüzde tüberküloz sorunu. Kocabas A (ed). Tüberküloz Klinigi ve Kontrolü. 1.Baski, Adana, Emel Matbaasi, 3-10.
16. Nahcivan N, (1999). Evde bakim sürecinde hastada gelisen tehlike belirtilerinin degerlendirilmesi. İnönü Üniv. Saglik Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Dergisi, 5:47, 50.
17. Özterk Z, (1994). Veremle savas'ta hemsirenin yeri. Saglik ve Sosyal Yardim Vakfi Dergisi, 3:18, 10-12.
18. Rice R, (1996). Infection Control In the Home. Rice R (ed). Home Health Nursing Practice: Concepts and Application. Second edition, St. Louis, Baltimore, Mosby-year book inc. 61-63.
19. Sümbüloglu K, Sümbüloglu V, (1997). Biyoistatistik. Ankara, Hatipoglu Yayınevi.
20. Tan M, (1996). Tüberküloz kemoterapisi yan etkileri ve hemsirelik girisimleri. Sendrom, Agustos, 8: 8, 86-88.
21. Türkiye'de Tüberkülozun Kontrolü İçin Kilavuz, (1999). Saglik Bakanligi Verem Savasi Daire Baskanligi yayini, Ankara, 7-10, 51.

**ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARINDA ATRAVMATİK
HEMSİRELİK BAKIMI
(Ağrı ve Ağrılı Uygulamalarda Hemsirelik Yaklaşımı)**

*ATRAVMATIC NURSING CARE OF CHILDREN
(The Approach to the Pain in Nursing)*

***Ayse OCAKCI **Emel YİGEN**

*Zonguldak Karaelmas Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu

**ZKÜ. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Çocuk Sağ. ve Hast. Hemsireliği

Anahtar Sözcükler: Çocuklarda atravmatik bakım, Atravmatik hemsirelik uygulamaları.

Key Words: Atraumatic care in pediatrics, atraumatic pediatric nursing

* I. Uluslar arası ve VIII Ulusal Hemsirelik Kongresinin de Poster Bildiri Olarak Sunuldu.
29 Ekim-2 Kasım 2000 Antalya/ TÜRKİYE

ÖZET

Atravmatik bakım, sağlık görevlileri tarafından terapötik kurallar dahilinde, çocukların hastalıklarının iyileştirilmesi, yaşamlarının sürdürülmesinde hem çocuklar hem de aileleri üzerinde oluşan fiziksel ve psikolojik baskıyı en aza indirmek amacıyla bakım verilmesidir. Atravmatik bakımda ağrı ve ağrılı girişimler önemli yer tutar. Hemsirelerin doğru ağrı değerlendirmesi yapma yeteneğine sahip olmaları gerekmektedir. Atravmatik bakım; çocuğun zarar görmeden, aile ile birlikte en iyi bakım almasını sağlar. Çocuk ve ailesine yönelik stresörlerle yaşamlarını devam ettirmelerinde atravmatik bakım gereklidir.

SUMMARY

Atraumatic care is used to minimize the physiological and psychological threats of the sick children and their families by the health professions. Atraumatic care is necessary in the management of the pain in children. Nurses should know how to appraise correctly the pain of the sick children. Atraumatic care consider the best care with the family without damage. The stressors of the family and the child need atraumatic care to handle their lives.

GİRİŞ

Çocuk sağlığı alanında büyük ilerleme sağlanmasına karşın, çocuk hastalıklarının tedavileri, travmatik, acı ve endişe verici olmaya devam

etmektedir. Hasta olan ya da herhangi bir travma ile karsilasan çocuklar ve ailelerinde meydana gelen stresi azaltmak için, profesyonel bakım gerekmektedir. Profesyonel saglik görevlileri ve yetkilileri planli girisimlerde bulunarak atravmatik bakım uygular ve çocuk sagligi ve hastaliklarında bakima önemli katkı saglarlar (Heckenberry 2003).

Atravmatik bakım, saglik görevlileri tarafından tedavi edici kural- lar dahilinde, çocukların hastaliklarının iyileştirilmesi, yasamlarının sürdürülmesinde hem çocuklar hem de aileleri üzerinde olusan fiziksel ve psikolojik zorlanmayı en aza indirmek amacı ile uygulanmaktadır. Çocuk hemsireleri, terapötik bakima gereksinimi olan çocukları belir- lemeli ve uygun girisimlerini planlamalıdır. Bu girisimler, çocukların psikolojik, fizyolojik yönden zarar görmelerini engeller nitelikte olmalı- dir. Atravmatik bakım, hemsirenin, çocukları hastalığın psikolojik fizik- sel etkisinden; nerede, ne zaman, nasıl, niçin ve ne kadar koruya- bileceğini, bu etkiyi en aza nasıl indirgeyebileceğini inceler (Heckenberry 2003).

Atravmatik bakım ilkeleri:

- Çocugun hastalık boyunca aileden ayrilmasını engellemek ya da en aza indirmek ,
- Kendi kontrol sistemini geliştirmek ,
- Aciyi en aza indirmektir.
- Atravmatik uygulamaya örnek olarak, aile-çocuk ilişkisini hastalık süresince sürdürmek ve çocuğu beklenmeyen bir durum için hazir- lamak gösterilebilir (Gönener 2004).

ÇOCUK VE AILESINE YÖNELİK STRESÖRLER

Çocuk ve ailesine yönelik stresörler; fiziksel stresörler, psikolojik stresörler ve çevresel stresörler olmak üzere 3 grupta toplanır:

Fiziksel Stresörler: Agri ve rahatsızlık oluşturan uygulamalar (Örneğin; enjeksiyon, damar içi uygulamalar, tedaviler, aspirasyon gibi uygulamalar.), hareketsizlik (Örneğin; çocuğun yatak istirahatinde ol- ması), uykusuzluk, yetersiz beslenme, bosaltım alışkanlığında değisik- likler vb.'dir (Gönener 2004).

Psikolojik Stresörler: Ebeveynlerle çocukların ayrı olması, hasta- lığın ciddiyeti, çocuğun hastalığına bağlı dış görünümündeki değisiklik, içinde bulunulan durum hakkında bilgi eksikliği ve durumu algılamada yetersizlik vb.'dir (Gönener 2004).

Çevresel Etkenler: Kalabalık, sürekli isik, alisilmadık insanlar (Örneğin; saglik personeli, hastalar, ziyaretçiler), yeterli ilgiyi alamama vb.'dir (Gönener 2004).

AGRI VE ATRAVMATİK HEMSİRELİK BAKIMI

Agri, vücudun herhangi bir yerinden kaynaklanan, organik bir nedene bağlı olan ya da olmayan, bireyin geçmişteki tüm deneyimlerini kapsayan, hoş olmayan bir uyarın sonucunda, duygusal ve algısal süreçlerin birlikte bulunduğu bir duyu durumudur (Evlice 2004, Uguz 2004).

Agri, çocuğun yasına göre farklı şekillerde algılanır. Konuşamayan çocuklar ağrıyı ayaklarını karnına çekerek, ağrılı bölgeye dokunmaya çalışarak, yüzünü buruşturarak, yüksek sesle düzensiz ağlama ile ifade ederler. 3 yaşındaki çocukta agri, yüz ifadesinden anlaşılırken, okul öncesi çocuk, ağrıyı hatası nedeniyle cezalandırma şeklinde algılar. Okul çağındaki çocuklar ağrının kötü bir uyarın olduğunu bilirler. Ağrının yerini ve şiddetini daha iyi ifade ederler. Ergenler ise agri sonucunda fiziksel görüntülerinin değişmesinden, fonksiyonlarının kısıtlanmasından korkarlar (Neyzi 1982, Kavaklı 1982).

Acı ve ağrının azaltılması, hasta bireyin hakkı ve hemşirenin sorumluluğudur. Terminal dönemde hastalığı olan çocuğun agri çekmesine izin verilmemelidir. Bu nedenle, terminal dönemde hastalığı olan çocuklara bakım veren hemşirelerin, doğru agri değerlendirme yapma yeteneğine sahip olmaları gerekmektedir. Çocuğun agri kontrolünün etkinliğinin periyodik olarak değerlendirilmesi, onun rahatlığını sağlama amacına ulaşılabilir. Ulaşılmadığını belirlemeye yardımcı olur. Terminal dönemdeki agri tedavisinde amaç, ağrıyı azaltmaktır. Ağrıyı ve acıyı en aza indirmekte travmatik bakımın temel ilkelerinden biridir (Keçialan 2001).

Uzun süreli ya da şiddetli ağrıları olan çocukların da ağrıları azaltılmalı ve yaşam kaliteleri yükseltilmelidir. Agri kontrolünde ilaçların verilmesinin yanı sıra, ağrının algılanmasını azaltmak ve çocuğu rahatlatmak için diğer girişim yöntemleri de kullanılır. Bunlar;

- Çocuk ve ana baba ile tedavi edici ilişki kurulması,
- Gürültüsüz ortam sağlanması,
- Çocuğa uygun pozisyon verilmesi,
- Dikkatin başka yöne çekilmesi,
- Cilt stimülasyonu yöntemi gibi gevseme teknikleridir.

Ağrının ele alınmasında ilk aşama çocuk ve ana baba ile iyi bir ilişki kurulmasıdır. Bu ilişki kurulduktan sonra diğer yaklaşımlar uygulanabilir. Dikkati başka yöne çekme tekniği, çocuğun dikkatini ve konsantrasyonunu diğer uyarılara odaklatarak ağrının hafifletilmesi için kullanılır. Bu teknikler; ritmik nefes alma, belirli bir noktaya bakma

(görsel konsantrasyon), ritmik masaj, isitsel uyarılar ve ritim tutarak sarki söyleme gibi eylemlerdir. Çocugun agriya dayanmasını arttıran bu tekniklerin agri yoğunlaşmadan önce uygulanması önemlidir. Agri kontrolünde kullanılan yöntemlerden cilt stimülasyonu; santral sinir sisteminin bazı alanlarında inhibe edici etki yaparak agriyi azaltmaktadır. Cilt stimülasyonu yöntemleri; sıcak, soğuk uyarılar verilmesi ve masajı kapsar. Agriya eşlik eden anksiyete ve kas gerginliğini azaltmak için kullanılan gevseme teknikleri: (Örn: Dikkati başka yöne çekme, hayal kurma, müzik dinleme, resim yapma ve hikaye okuma gibi) çocuğu rahatlatıcı tekniklerdir (Çavusoglu 2001). Bunlara ek olarak hemşire, agrinin algılanmasında da psikolojik değişkenlerin önemli rol oynadığını hatırlamalıdır. Örneğin, kanserli bir çocuk kendini yalnız hissediyorsa ya da hastalığı ve aile ilişkileri konusunda endişeleri ve korkuları var ise narkotik ilaçların verilmesi agriyi tamamen hafifletmez. Bu nedenle hemşire, çocuğun hastalığına ve aile ilişkilerine ilişkin duygusal tepkilerini de dikkate almalıdır. Agri kontrolünde psikolojik değişkenlerle etkili şekilde baş edebilmek için destekleyici danışmanlık yapılması gereklidir. Çocugun rahatsızlığının anlamını algılaması, gelişim düzeyine göre değişebilir. Küçük çocuklar (okul öncesi döneminde) agri ve rahatsızlığı ceza olarak algılayabilirler. Bu çocukları rahatlatmak için oyun programları kullanılabilir. Planlanmış oyun programları, çocuğun dengesini bozan ve tehdit eden olaylar üzerinde kontrol kazanmasına yardımcı edebilir (Çavusoglu 1992).

ILAÇ UYGULAMALARINDA ATRAVMATİK YAKLAŞIM

Atravmatik hemşirelik bakımında kullanılabilecek yöntemler arasında paranasal ilaç uygulamalarından önce agri azaltıcı çeşitli kremlerin kullanılması, çocuğun anksiyetesini azaltmak için ana baba ve hemşirenin çocuğun anlayabileceği bir dille girişimleri açıklaması, çocuğun anksiyetesini azaltıcı uygun bir oyun ortamının oluşturulması gibi yaklaşımlar yer alır. Uygulama ilkeleri ise;

- Oral ilaç uygulamalarında çocuğun emme ve yutma yeteneği dikkate alınır.
- 5 - 6 yaşından küçük çocuklar tabletleri yutmakta güçlük çeker. Bu nedenle küçük çocuklar için oral ilaçların çoğu sıvı hazırlanır. Küçük çocuklara verilecek tablet şeklindeki ilaçlar kırıldıktan sonra ezilerek az miktarda su ile karıştırılır. İlacın tadını değiştirmek için etkisini bozmayacak uygun sıvılardan (Örn; Meyve sularından) yararlanılır. Küçük çocuklarda tablet ilaçların bu şekilde verilmesi çocuktaki anksiyeteyi azalttığından atravmatik hemşirelik bakımına bir örnektir. Önerilmediği sürece ilaçlar süt ya da diğer temel besinlerle karış-

tirilmamalıdır. Çünkü çocuk daha sonra bu besinleri almayabilir. Bebeklik döneminde oral ilaçlar verilirken aspire etmesini önlemek için bebegın basi yükseltilmeli, bebek ağlarken ilaç verilmemelidir. Bebek sakinlestirildikten sonra ilaç verilmelidir (Çavusoglu 2000).

- Çocuklarda ağız incelemesi yapmadan önce çocuğun ayna karşısında kendi ağızını açıp bakması istenir ve kullanılacak malzemelerle neler yapılacağı açık ve basit bir dille anlatılır. Çocuk ayna karşısında kendini izledikten sonra dönmesi istenir ve anlatılanlar olduğu gibi uygulanır ve işlem sonrasında da işbirliği yaptığı için teşekkür edilir (Heckenberry 2003).
- Göze ilaç uygulama, çocuklar için rahatsız edici ve korkutucu bir işlemdir. Çocuga ne yapılacağı yasına uygun olarak açıklandıktan sonra işlem kısa sürede tamamlanmalıdır .
- Çocuğun enjeksiyona nasıl tepki vereceği gelişimsel yasına ve önceki deneyimlerine bağlıdır. Çocuga yaklaşımda ve enjeksiyon bölgesinin seçiminde yas önemli bir etkidir. Bebegın intramüsküler enjeksiyona tepkileri, nörolojik gelişim düzeyine bağlıdır. Enjeksiyondan sonra bebek ağlayarak tepki verir. 6-12 aylık bebekler, ağrıya neden olan nesneyi (enjektörü) görünce ağlamaya baslar. Herhangi bir invazif uygulamadan bir saat önce enjeksiyon bölgesine EMLA (prilocaine + lidocaine karışımı lokal anestetik bir krem) sürülerek işlemin olusturacağı ağrı azaltılabilir. İşlem sonrasında bebek kucaga alınarak rahatlatılır. Enjeksiyon öncesi ve sonrası uygulanan bu işlemler atravmatik hemsirelik bakımındır (Heckenberry 2003).
- 1-3 yas çocuğunu da enjeksiyona hazırlarken önceki deneyimleri ve gelişimsel düzeyi dikkate alınır. Çocuktan önce ana babaya ilaç konusunda bilgi verilir. Çocukta gereksiz korkulara neden olacağından bu hazırlığın çocuğun yanında yapılmamasına özen gösterilmelidir. Oyun (1-3 yas) ve okul öncesi (3-6 yas) çocuğa işlemden 5-10 dakika önce ne yapılacağı ve neler hissedeceği basit kelimelerle açıklanır. Çocuk enjeksiyon yapılacağını anlar anlamaz işlem yapılmalıdır. Böylece çocuğun işleme ilişkin anksiyete geliştirecek zamanı olmaz. İşlem sırasında çocuğu sabillestirmek (tutmak) gerekebilir. Enjeksiyon sonrasında ıgının girdiği yerin bantla kapatılması çocuğu rahatlatır ve vücudunu bütün olarak algılamasına yardım eder. Çocuk kucaga alınarak rahatlatılır ve işbirliği yaptığı için övülür ve teşekkür edilir (Demirsoy 2000).
- Okul dönemi (6-12 yas) çocuğun da enjeksiyona ilişkin korkuları vardır. Bu korkuları ortaya çıkarmak için tedavi edici oyun yararlı olur. Okul çocuğu ile korkuları konusunda konuşma, anksiyete ile bas etmesine yardım eder. Bu dönemde çocuk ilacın verilis nedenine ilişkin

yapılan açıklamaları anlayabilir. Çocuğun olumlu davranışlarının ödüllendirilmesi, işbirliğinin devam etmesini sağlar (Neyzi 1982, Kavaklı 1982).

- Çocuğun gelişimsel özellikleri, hem motor yeteneklerini hem de psikososyal/bilissel davranışlarını ilaç uygulamalarında kullanılan teknikleri ve yaklaşımları etkiler (Çavuşoğlu 2000).
- Çocuğa damar yolu ile bir uygulama yapılacak ise bir saat önce bölgeye EMLA (Lidocaine/prilocaine) sürülerek işlemin acısız yapılması sağlanabilir (Heckenberry 2003).

EMLA Uygulama Protokolü

Yas (Kilo)	Max. Doz (EMLA)	Max. Yüzey
1 - 3 ay.<5kg	1gr	10cm ²
4 -12 ay.>5kg	2gr	20cm ²
1 - 6 yas.>10kg	10gr	100cm ²
7 - 12yas.>20kg	20gr	200cm ²

*Heckenberry, M(2003). *Nursing Care of Infant and Children*.pp:1066.

Genellikle çocuklar rektal yolla vücut ısısının ölçülmesinden korkarlar, İşlem öncesi çocuğun anlayabileceği basit bir dille “Senin isini bilmem gerekiyor ve bu nedenle dereceyi burana koymam gerekiyor.” gibi kısa bir açıklama ile çocuğun anksiyetesini azaltıcı bir konuşma yapılabilir. İşlem öncesi bir oyuncak bebek ile demonstrasyon yapılabilir.

ATRAVMATİK HEMSİRELİK BAKIMINDA BEBEK MASAJININ YERİ ve ÖNEMİ

- Sevgiyi ifade etmenin en güzel yollarından biri olan masaj, bebekte yakınlık duygusu yaratır.
- Güven duygusunu beslediği için bebeğin sevildiğini hissetmesini sağlar.
- Anne babanın bebek bakımı konusundaki özgüvenini geliştirir.
- Kalp fonksiyonlarını ve kan dolaşımını harekete geçirir, solunumu düzenler, kan akımını hızlandırır.
- Sindirim sistemini uyaran masaj böylece gaz ve bebeğin rahatlamasına yardımcı olur.
- Fazla enerjiyi harcamaya yardımcı olur, uykuyu kolaylaştırır.
- Lenf sistemini uyarır ve böylece bağışıklık sistemine destek olur.

Masaj gerek rahatlatmak gerekse de tedavi etmek için etkili bir travmatik bakım örneğidir (Johnson' s baby).

YÜZ: Meme emerken, dis çıkarırken, ağlarken ve dis dünyada olup bitenlere karşı çeşitli tepkiler verirken bebeğin yüz kasları oldukça gerilir. Baş parmaklarla üst ve alt dudagina, yüzünde gülümser bir ifade oluşturacak şekilde sakaklara doğru masaj yapılır.



GÖĞÜS : İki el bebeğin göğsünün ortasına yerleştirir ve göğüs kafesine koltukaltlarına doğru hafifçe bastırılarak, sanki bir kitabın sayfalarını düzeltirmiş gibi masaj yapılır. Eller göğsünden kaldırmadan, bir daire çizerek tekrar göğsün ortasına döndülür. Bir eli göğsün ortasından çaprazlama olarak iki omuza doğru ileri geri kaldırılır.



KOLLAR: Bebeğin kolu havaya kaldırılır ve lenf boğumlarının olduğu koltuk altları hafifçe ovulur. Bebeğin kolu tekrar havaya kaldırılır ve iki elle kavranır. Burma hareketine benzer bir hareketle bileklerini kırarak, elleri bebeğin omzundan bileğine doğru hareket ettirerek çevrilir. Bu hareketi yaparken kolu hafifçe sıkılır. Sonra aynı hareketi bilekten omuza doğru tekrarlanır.



KARIN: Karına uygulanan masaj yalnızca bebeğin rahatlamasını sağlamakla kalmaz, sindirimine, gaz çıkarmasına ve kabızlığın iyileşmesine yardımcı olur. Karın masajı sırasında uygulanan hareketlerin tümü bebeğin göbeğinin sol altında biter. Bu bölge bağırsakların besinleri diskilamaya gönderdiği kısımdır. Karın masajının amacı her şeyi bu kısma yönlendirmektir.



Ellerin yanlarını kullanarak, bebeğin karnından bacaklarına doğru hareket ettirin. Bu hareket karnın rahatlamasını sağlar. Parmaklarla yürüme hareketini taklit ederek bebeğin karnında soldan sağa doğru masaj yapın.

BACAKLAR: Bebeğin bacağı havaya kaldırılır ve iki elle kavranır. Burma hareketine benzer bir hareketle bilekler kırarak ve eller bebeğin kalçasından bileğine doğru hareket ettirerek çevrilir. Bu hareketi yaparken bacağı hafifçe sikilir. Aynı hareket bilekten kalçaya doğru tekrarlanır. Bebeğin bacağı avuç içleriyle dizinden bileğine doğru yuvarlayarak hafif hafif ovuşturulur. Ayrıca bebekler ayaklarına masaj yapılmasından çok hoşlanırlar. Basparmaklarla topuktan başlayarak parmaklara doğru ayak tabanı ovulur.



SIRT: Elleri bebeğin sırtından yanlamasına ileri geri hareket ettirerek masaja başlanır. Bunu yaparken eller yavaşça sırtta aşağı ve yukarı doğru kaydırılır. Daha sonra bir eli bebeğin boynundan yukarı doğru hafifçe bastırarak indirilir. Son olarak da sırtında parmakların uçlarıyla küçük daireler çizilir .



Johnson's baby broşürü' den " Adım adım bebek masajı" adlı bölümden alıntıdır.

OYUNUN ATRAVMATİK BAKIMDA YERİ VE ÖNEMİ

Oyun, çocuğun evrensel dili ve en etkili iletişim aracıdır. Çocuk, oyun oynarken hem kendini güvende hisseder hem de duygularını rahatça ifade edebilme olanlığı bulur. Çocuğun yasına bağlı olarak oyun, sağlık eğitiminde de yararlı bir araç olarak kullanılır. Oyun, çocuğun bilişsel, psikomotor ve sosyal yeteneklerini geliştiren bir araçtır. Ayrıca oyun, çocuğun yeni deneyimler ve streslerle doğal olarak baş etme aracıdır. Oyun, çocuğun öfkesini, güvensizliğini, korkusunu, fantezilerini ve yaşadığı karmasaları yansıtmalarını ve ifade etmesini sağladığı için travmatik hemsirelik bakımının önemli bir parçasıdır. Oyun, çocuk için vazgeçilmez bir yaşam biçimidir. Hastanede yatan çocuk için küçük bir oyun ortamı oluşturulması hem onları hem de ailelerini rahatlatacaktır. Çocuklar için hastanede çeşitli aktiviteler, zeka geliştirici oyuncaklar bulundurulabilir. Çocuklar oyun oynarken rutin muayaneleri ve acı verici tedavileri daha kolay tolere ederler (Hacıoğlu ve ark. 2003). Oyun, aynı zamanda çocuğun algılamalarını, korkularını, baş etme yeteneklerini ve gelişimsel özelliklerini değerlendirme aracı olarak da değerlendirilebilir (Demirsoy 1991, Hasanoglu 1991).

OYUN ÇESİTLERİ

Tedavi Edici Oyun: Oyun terapisi, stres yaratan olaydan önce, olay sırasında ve sonrasında çocuğun olumlu bas etme yöntemlerini geliştirmek için kullanılan bir tedavi tekniğidir. Bu oyunda çocuğun sözel ve sözel olmayan mesajları yorumlanır.

Enerji Harcamasını Sağlayan Oyun: Çocuklar anksiyetelerini, öfke ve saldırgan duygularını vurarak, yumruklayarak, kosarak ya da bağırarak ifade ederler.

Dramatik Oyun: Özellikle okul öncesi dönemde (3-6 yaş) çok etkili bir oyun tekniğidir. Her travmatik olay ya da agrili işlem sonrası dramatik oyunun kullanılması ile çocuğun işleme ilişkin duyguları, fantazileri ve yanlış algılamaları belirlenebilir.

Yaratıcı Oyun: Çocukların duygularını ve düşüncelerini ifade etmelerini sağlamak için resim çizme, cümle tamamlama ve üç dilek testi gibi teknikler de kullanılmaktadır. Bunlar;

Resim çizdirme tekniği :Bu teknikle çocuğun duygularını ve düşüncelerini bilinç dışı korkularını engellenmeksizin ortaya çıkarılabilir. Resim çizme ve öykü anlatma testi sıklıkla 7-14 yaş grubu için kullanılmaktadır.

Cümle tamamlama testi: Bu test aracılığı ile çocuk, endişelerini dolaylı şekilde ve kendi benlik bütünlüğünü tehlikeye atmadan açıklayabilmektedir. Cümle tamamlama testi daha çok 9-14 yaş grubunda kullanılmaktadır.

Üç dilek testi: Üç dilek testi, çocuğun bugüne ya da geleceğe ilişkin dâşsel isteklerinin araştırılmasına dayanan bir tekniktir. Çocukla iyi ve güvenli bir ilişki kurulduktan sonra ona "eger dünyada üç şey sahip olabilseydin bunlar neler olurdu" diye sorulur. Aynı zamanda çocuğa resim çizme testinde anlattığı öyküdeki çocuğun üç dileğinin neler olabileceği de sorulabilir (Çavuşoğlu 2000).

Sonuç olarak; travmatik bakım aile merkezli hemşirelik bakımının önemli bir uygulamasıdır. Çocuğa uygulanacak işlemlerde stresörleri ortadan kaldırmak için hemşirelerin kullandığı bağımsız fonksiyonların uygulandığı profesyonel hemşirelik bakımının bir parçasıdır. Çocuk ve ailesine yönelik travma yaratan durumlar belirlenmeli, çocuk ve ana baba ilişkisi güçlendirilmeli, alisilmadık tedavi ve işlemlerden önce çocuk hazırlanmalı, ağrı kontrolü yapılmalı, çocuğun kendini ifade edebileceği ortam oluşturulmalı, çocuğun seçimlerine saygı gösterilmelidir. Sağlıklı ve nitelikli bir toplum yaratmak, çocuklar ve ana babaların

yasam kalitelerini yükseltmek için profesyonel hemsirelik bakımında atravmatik bakım yer almalıdır.

KAYNAKLAR

1. Çavusoglu H, (2000). Çocuk sagligi hemsireligi, 5. Basim, cilt 1, Ankara: Bizim Büro, 64-67, 387-389, cilt 2, Ankara: Bizim Büro, 252-261.
2. Çavusoglu H, (1992). Kronik ve ölümcül hastalik kavramlari ile hematolojik ve onkolojik sorunu olan çocuk ve hemsirelik bakimi, Ankara: 188-190.
3. Çavusoglu H, (Temmuz-Aralik 2001). Pediatrik agri yönetiminde etik. Hacettepe Üniversitesi Hemsirelik Yüksekokulu Dergisi, 8: 2, 133-139.
4. Demirsoy S, (2000). Çocuk hastaliklarında pratik uygulamalar, Ankara: Nobel kitapevi, 35-39, 57-61.
5. Demirsoy S, Hasanoglu E, (1991). Çocuk hastaliklarında propetodik ve ayirici tani, Hatipoglu yayinlari, 34-39.
6. Evlice YE, Uguz S, (2004). Çocukta agri, Galenos Tip Dergisi, 11-14.
7. Gönener D, (2004). Atravmatik Bakim. 48.Milli Pediatri Kongresi Özet Kitabi, Samsun: 451-454.
8. Haiat H, Mor G ve ark. (Haziran 2003). The world of the child: A world of play even in the hospital. Journal of Pediatric Nursing, 18 (3).
9. Heckenberry MJ, (2003). Nursing care of infants and children, Mosby7th. ed. Toronto: 15, 454, 470 - 472, 1066.
10. Johnson's baby broşürü, Adim adim bebek masajı.
11. Keçialan R, (Ocak-Haziran 2001). Gerektiginde uygulanan analjezik isteminin çocuk servislerinde kullanım biçimi ile bu istemi doktorların verme ve hemsirelerin uygulama gerekçelerinin incelenmesi. Hacettepe Üniversitesi Hemsirelik Yüksekokulu Dergisi, 8: 1, 92-100.
12. Neyzi O, Kavakli A, (1982). Çocuk hemsireligi bilgisi, 2. Basim, Istanbul: Dünya Tip Kitabevi Ltd. Sti., 219-249.

EV İÇİ SİDDETİN YÖNETİMİNDE ACIL SERVİS HEMŞİRESİNİN ROLÜ

EMERGENCY NURSE ROLE IN DOMESTIC VIOLENCE MANAGEMENT

*Gülseren ÜNAL

**Aysegül Bilge

*Atatürk Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu

**İzmir Atatürk Sağlık Hizmetleri Yüksek Okulu

Anahtar Sözcükler: Ev içi siddet, acil servis hemşireliği, istismar

Key Words: Family violence, emergency nursing, abuse

ÖZET

Siddet; çocukta, gençte, kadında ölüme ve kalıcı fonksiyon bozukluklarına neden olabilmektedir. Pek çok kadın, çocuk, genç polis tarafından siddet riski ya da siddete bağlı yaralanma nedeni ile acil servise getirilmektedir. Benzer olarak çoğunlukla kadın grup ev içi siddete bağlı yaralanma ile acile gelmekte ve uzun zamandır çocuklarının da benzeri kötü davranış ile karşı karşıya olduklarını belirtmektedir. Bu gözden geçirme yazısı ev içi siddete bakış açisi sağlaması açısından önemlidir. Acil bakım profesyonelleri, ev içi siddete bağlı yaralanmaların akut tedavisinde gelecekte ve varolan risk faktörlerinin tanımlanmasında ve siddete verilecek tepkinin ortaya konulmasında önemli rol oynamaktadırlar.

SUMMARY

Violent injury remains a major cause of death and disability for children, youth and women. Most youth and adolescents and women with or who are at risk for violence-related injuries present in emergency department (ED) settings, although some come to the attention of the police. Similarly, many women group present to EDs with injuries related to domestic violence, and it is well described that children exposed to such situations suffer both short- and long-term consequences from these exposures. Given the significance of these review with respect to the domestic violence, it is important for emergency care professionals to consider the roles they can play in the acute management, assessment for future risk, screening for risk, and follow-up services involved in the response to domestic violence injury.

GİRİŞ

Acil servis ortamı çoğu zaman acil psikiyatrik olguların, ruhsal travmaların yani kriz olarak adlandırılan olguların ilk değerlendirildiği yer olmuştur. Strese tepki olarak gelişen bireysel travmalar da çoğu

zaman kriz olarak adlandırılır. Kriz durumu beklenmediktir; kontrol edilmesi güçtür, fiziksel ve psikolojik olarak ani değişiklikler içerir. Bireysel kriz yasantisında devamlı dalgalanmalar ve süregelen tehdit durumu yer alır. Yasanan kriz durumlarından biri de ev içi siddettir. Ev içi siddetten daha çok tıbbi boyutlarıyla söz eden bu yazı siddetten kişi üzerindeki etkilerinin değerlendirilmesinin yani sıra, acil serviste ev içi siddeti tanılayan ilk grup olan acil servis hemşirelerinin bu konudaki temel girişimlerini tanımlamak amacını tasımaktadır (Cooke 1992).

İnsan psikolojisinde evrensel olarak varlığı kabul edilen ve cinsellikle birlikte en güçlü iki dürtüden biri olan saldırganlık ve onun sonucu siddet, toplumda pek çok boyutta gözlemlenen bir olgudur. Siddet, içgüdüsel olarak varolan ve çevresel etkenlerden kaynaklanan bir davranış olarak görülür. Siddet çoğu zaman anne, baba, çocuk, aile ilişkisinde nesillerdir sürdürülen kanıksanmış davranış şekli olarak ortaya çıkar. Siddet bireysel, bireyler arası, aile ve toplum düzeylerinde pek çok faktöre bağlı olarak ortaya çıkabilir. Sosyal, kültürel ve ekonomik faktörler siddet olusumunda rol oynarlar (Türkbay, Söhmen 1998).

Dünya Sağlık Örgütü siddeti şöyle tanımlamaktadır: "Kisinin kendisine, bir baskasına veya bir gruba karşı, yaralanma, ölüm, psikolojik zarar, yoksunlukla sonuçlanan (veya sonuçlanma ihtimali yüksek olan) kasıtlı kuvvet kullanımı veya kuvvet kullanma tehdididir."(Sağlık Bakanlığı web sayfası 2002).

Aile içi siddetin algılanması ve tanımlanması her zaman toplumun ve bireylerin kültürel değerleri üzerinde şekillenmektedir. Bu yüzden, siddet kullanımı toplumun benimsediği ve mesru gördüğü bir amaç için gündeme geldiğinde, o davranışın siddet olarak algılanıp tanımlanması da oldukça güç olmaktadır (Sahin, Beyazova 2001).

Amerika Birleşik Devletleri (ABD)'nde fiziksel istismarın 5-20/1,000 civarında olduğu bildirilmektedir (Arthur 1997). T.C.Basbakanlık Aile Araştırma Kurumunun aile içi siddet ile ilgili olarak yaptığı bir çalışmada her 100 ailenin 34'ünde kadına yönelik fiziksel siddetin var olduğu ortaya konulmuştur (Gözmez ve ark 1997). Mor Çati Kadın Sigınagi Vakfı Dayanışma Merkezine 1992-1995 yılları arasında başvuran 550 kadının % 84'ünün aile içi siddete maruz kaldığı bildirilmiştir. Bursa il merkezinde, 2001 yılında, 506 kadını kapsayan bir araştırmada kadınların % 59'unun aile içi siddete maruz kaldığı, siddeti uygulayanların basında esin geldiği ve bunu anne ve babanın izlediği, siddete maruz kalanların % 14,5'ine fiziksel, % 33,6'sına duygusal, %45,5'ine de hem fiziksel hem de duygusal siddetin birlikte uygulandığı saptanmıştır (Arat 1995). Türkiye'de 1980-1982 yılları arasında sekiz ilde yapılan bir araştırmada, 4-12 yaşları arasındaki 16.000 çocuğun, fiziksel

ve duygusal açıdan istismar edilip edilmediği incelenmiştir. Kız çocuklarının % 34,6'sinin, erkek çocuklarının ise % 32,5'inin ihmal ve istismar kurbanı oldukları saptanmıştır (Bilir 1991).

Toplumda bu kadar yaygın olarak görülen siddetin kaynağına bakıldığında; ruhsal bozuklukların ön sırada yer aldığı görülür. İkinci sırada siddet nedeni eğitimsizliktir. Ekonomik nedenler ve yoksulluk, toplumsal iletişimsizlik ve güvensizlikten sonra sayılmaktadır. Sıkça vurgulanan alkol ve kumar bağımlılığı da siddet nedenleri arasında önemli bir yer tutmaktadır (Gözmez, Bayat, Sezal 1998).

Ev İçi Sıddetinde Dinamikler

Bireyler arası dinamikler de aile içi siddeti etkileyen faktörlerdendir. Bunlar; düşük düzeyde evlilik içi tatmin, bireylerin agresif hareketler sergilemesi, ideolojik, ırk ve din farklılıkları, bir eşin özellikle kadının mesleğinin diğerinden daha iyi olması-daha fazla gelirin olması, iletişim kurma yoksunluğu (özellikle çocuk ve yaşlılarda), evliliğe duyulan asiri bağımlılık, ergenlik döneminde anne olma, yasal olarak evli olmama durumudur (DeKeseredy 1993, Levesque 2001, Dixon 2003).

Ev içi sıddete maruz kalmış kişilerde genelde şu özelliklerin bulunduğu görülmektedir. Aile içinde belirgin bir pozisyonu vardır (en küçük ya da en büyük olma gibi). Aile içinde genelde her şeyin suçlusu görülme eğiliminde, günah keçisi pozisyonundadır. Kurbanlar genelde kadınlar, çocuklar, yaşlılar ve mental ya da bedensel özürlüler arasından seçilmektedir (Aksoy, Çetin, Inanici 2002, Aile Araştırma Kurumu web sayfası 1998, Ristock 1995).

Ev İçi Sıddetin; Sıddet Gören Kisi Üzerinde Kısa Ve Uzun Süreli Yansımaları

Diğer örseleyici yaşam olayları gibi, siddet kullanımının da, her yasa ve her bireye özgü uzun süreli yansımaları vardır ve bireyin intrapsik kaynaklarını zorlayan bir durumdur. Suçluluk, kendisinden öç alınacağı korkusu, ayrılma anksiyetesinin alevlenmesi ve narsistik bütünlüğe tehdit, yetişkinlikte yaşanan sıddete verilen yanıtın psikolojik belirleyicilerinden bazılaridir ve örselenmeye daha sonra verilen yanıtlara katkıda bulunurlar. Örselenmeden sonra sıklıkla görülen suçluluk duygusu, beklenmedik bilinçdışı saldırgan dürtülerin ortaya çıkmasıyla bağlantılı olabilir. Bu saldırgan dürtülerin harekete geçmesi ile özgüvende azalma arasında bir bağlantı olabilir. Çünkü bu dürtüler, üst benlik beklentilerinin çıngınmesine ve özgüvenin kaybına yol açar (Vahip 2002).

Özgüvenin kaybı, kişinin örselenmeye yanıtında değerlendirilmesi gereken önemli bir ögedir. Bilindiği gibi, özgüven, intrapsisik-gelisimsel süreçler ile başarı ya da başarısızlık olarak algılanan yaşam olayları arasındaki karmaşık ilişki tarafından belirlenir. Kişinin, bir örselenmeyle baş etme ya da edememe algısı, örselenmenin çözümünün gidisini değiştirebilir. Ayrıca özgüveni ve gelecekte örselenmelere yanıt verme yetisini etkileyebilir. Başarılı bir yanıt özgüveni arttırırken, etkisiz bir yanıt özgüveni zedeleyebilir (The National Clearing House on Family Violence web sayfası 1994, Ulutasdemir 2002).

Örselenme bir başka şekilde de gerçekleşebilir. Bu türde çocuk siddete maruz kalmaz ancak siddete tanık olur. Aile içindeki siddete görsel ya da işitsel olarak tanık olan çocuklara “sessiz”, “unutulmuş” ya da “görünmez” kurbanlar adı verilmektedir. Annenin siddet gördüğü durumlarda, çocuğun örselenmesi, annenin dövülmesi bittikten sonra da sürmektedir. Bu çocuklar son yıllarda duygusal siddet kullanılma kategorisi içinde düşünölmektedir. Doğrudan siddete maruz kalmasalar da, bu çocuklar diğer siddet görmüş ya da ihmal edilmiş çocuklarla aynı türden belirtileri göstermektedir (Türkbat, Akin, Söhmen 1999).

Annesinin dövöldüğüne şahit olan 3 çöcuktan birinde psikosomatik bozukluklar, anksiyete, korku, uyku bozuklukları, kekemelik, okul problemleri, siddetten kendini sorumlu tutma, sürekli gerginlik, suçluluk duygusu, terk edilme duygusu gibi önemli davranışsal ve emosyonel problemler görölmektedir (Yanikkerem, Arıkan 2001, Ridley 2003).

Kisi üzerinde patolojik etkileri oldukça yoğun olan siddetin önlenmesinde Dünya Sağlık Örgütü yükömlölükleri şu şekilde sıralamıştır: (Dixon, Browne 2003, Health Canada web sayfası 2003):

1. İlk olarak siddet davranışının yaşandığı ailelerde siddetin nedenleri ve olası risk faktörlerinin değerlendirilmesi gereklidir.

2. Siddet davranışını yaşayan olgulara acil tıbbi tedavi verilmeli ve sosyal destek ortamı yaratılmalıdır.

3. Siddet olgularında polis desteği, sosyal servis elemanlarının katılımı, sağlık çalışanlarının ortaklaşa oluşturdıkları merkez yardımı ile işbirliği içerisinde çalışılmalıdır.

Ev İçi Siddette Acil Hemsirelik Girişimleri

Ev içi siddeti ilk tanılayan grup olan acil hemsiresine önemli görevler düsmektedir. Ev içi siddet olgularında varolan parametrelerinin tanımlanması ve önlemeye yönelik girişimlerin uygulamaya konulması gereklidir. Siddeti önlemeye yönelik acil hemsireliği girişimleri primer,

sekonder ve tersiyer olmak üzere üç şekilde ele alınabilir (Lee 1995, Public Health Agency of Canada web sayfası 2003, Cooke 1992):

Primer önleme: Siddeti önlemeye yönelik halka yapılacak eğitim, siddeti tanımlamaya ve kriz durumundaki girişimlere yönelik sağlık ekibine yapılacak eğitim, siddet ve kötüye kullanım risk gruplarının tanımlanması, risk altındaki kişilere danışmanlık ve koruyucu hizmetlerin sağlanması, çatışma ve stres yönetimini içerir.

Sekonder önleme: İkincil önleme çalışmaları daha çok siddet davranışı sonrasında genellikle hastayı ilk gözlemleyen grup olan acil hemşiresinin girişimlerini içerir (Roberts 2001, Potter 2001, Peterson 2002).

1. Problemin büyüklüğüne rağmen, ev içi siddeti tanımlamak çözüm için önemli bir adımdır. Acil hemşiresinin yapacağı ilk girişim siddetin belirtilerini tanıyıp ortaya koymaktır. Bu kriz durumunun tanımlanması; kurbanın aile içindeki yerine ve siddet tipine göre farklılıklar gerektirebilir.

2. Medikal bulgulara göre siddet içeren soruları hastaya yöneltmek ikinci adımdır.

- Acil Hemşiresi tarafından yaralanma yerini (özellikle baş, bacak ya da göğüs bölgesinde), siddet olgusunu tanımlamayı amaçlayan sorular sorulmalıdır. Yaralanmayla ilişkili olabilecek postür değişiklikleri varsa kaydedilmelidir.
- Siddet gören kişi yakınları tarafından, yaralanma şekli, yaralanma zamanı ile tutarsız seyreden açıklamalar varsa hemşire tarafından dikkate alınmalıdır.
- Hamilelik döneminde yaralanmalar ev içi siddetin belirleyicisi olabilir.
- Hastanın yaralanma nedeni ile sık sık acile gelmesi söz konusu ise ev içi siddet açısından hasta değerlendirilmeye alınmalıdır.
- Siddet gören kişi ve yakınları içerisinde alkol ya da madde kullanımı varsa değerlendirilmelidir.
- Kisinin intihar girişimi ya da tecavüz nedeni ile acile gelmesi söz konusu ise ayrıntılı tanılama yapılmalıdır.

3. Acil hemşiresi, hasta ile birlikte gelen hasta yakınının da davranışlarını gözlemlemelidir. Siddet uygulayan kişi, yaralanma ile ilgili çelişkili uygunsuz cevaplar verebilir, ekibe çözüm yolları sunabilir, hastaya sorulan soruları cevaplayabilir ya da tam tersi açıkça düşmanca tutum sergileyebilir, savunmaya geçebilir, saldırgan tavır sergileyebilir.

4. Bazi siddet tipleri duygusal, sosyal açıdan bilindik türden olmayabilir. Acil hemşiresi hızlı bir tanılama yapmalı, psikososyal faktörleri tespit etmeye çalışmalı ve hastanın sorun alanlarına yönelik danışmanlık hizmetleri uygulamaya geçirilmelidir.

5. Acil hemşiresi tarafından siddeti tanımlayabilecek fiziksel belirtiler dikkate alınmalı ve kaydedilmelidir.

Acile gelen bireyin fiziksel açıdan siddet gördüğüne dair belirtiler su şekilde olabilir; kırıklar, yumusak doku travması, sigaraya bağlı yanık izleri, kemer gibi cisimlerle oluşan darp izleri, ekimozlara rastlanır. Kafa travmasına bağlı olarak koagülasyon çalışmaları bozuk saptanabilir, hatta bazen yaygın damar içi pihtilasma bile gelişebilir. Sallanmış bebek sendromunda mortalite %20-25 civarındadır. Başlangıçta koma tablosunda getirilen olgularda mortalite %60'lara yükselir, yaşayanlarda ağır mental gerilik, spastik kuadripleji veya ağır motor fonksiyon bozukluğu gelişir (Kara ve ark. 2004).

6. Acil hemşiresi tarafından siddeti tanımlayabilecek emosyonel belirtiler dikkate alınmalıdır

Emosyonel siddet belirtileri çoğu zaman daha uzun bir görüşmeyi gerektirir. Yetişkinlerde agresif davranış, korku, konuşma bozuklukları, regresif davranışlar, düşük benlik saygısı, depresyon, intihar girişimi, alkol ve madde kullanımı, psikosomatik hastalıklar gözlenirken; çocuklarda çekingen davranış, 'ben kötüyüm' gibi düşünce biçimleri, ebeveyn figüründen asiri korku, okul performansında düşmeler, öğrenme yetersizlikleri ve çalma gibi belirtiler ortaya çıkmaktadır. Bunun yanında çocuklarda cinsel siddete özel olarak uygunsuz yetişkin cinsel terminolojisinin kullanımı, perianal kızarıklıklar, genitoüriner enfeksiyonlar, yabancı bir cisimle anal ve vajinal penetrasyon, cinsel geçişli hastalıklar, gebelik, juvenil seks karakterlerinin yer alması dikkatle izlenmesi gereken bulgular arasındadır/(Peterson 2002, Burgess 2004, National Clearinghouse on Family Violence Publication 1994). Dr. Behçet Uz Çocuk Hastanesi Psikiyatri Polikliniği'ne başvuran çocuklar arasında yapılan araştırmada da %36 oranında fiziksel ve emosyonel siddet saptanmıştır (Oral 1997).

Tersiyer önleme: Siddet sonrasında oluşan fiziksel ve psikososyal travmanın uzun dönem etkilerini en aza indirmeye yönelik acil hemşirelik girişimleri kapsar.

Siddet gören hastaya girişimde hastanın ekiple iletişimi de önemlidir. Siddeti önleme ve tanılama girişimlerinde önemli bir alan da hemşirelik hizmetleridir. Acil hemşiresinin girişimleri arasında tanılama önemli bir yer tutar/(Levesque 2001, Hart 1997). Tanılama yapılırken

hastanın etnokültürel yapısı dikkat edilmesi gereken önemli bir unsurdur. Bazı kültürlerde şiddet olgusuna bakış açisi farklıdır. Şiddet sonrası acile gelen hasta korku, cehalet ve utanç nedeni ile bunu açığa çıkarmak istemez. Hastaların çoğu korumasız, karasız ve düşük benlik saygısına sahiptirler. Emosyonel kriz yaşarlar. Şiddet olgusuna karşı acil hemşireliği girişimleri şu şekilde tanımlanabilir (Mc.Closkey, Bulechek 2000):

a- Tedavi çok yönlü gerçekleştirilmeli, çocuk, kadın, yaşlı aile ve çevresel etkenler üzerinde ayrı ayrı durulmalıdır. Tedavideki asıl hedef; şiddet gören kadın ya da yaşlı ise aynı evde bulunan çocuğu hasardan korumak ve aile ilişkilerini güçlendirmek olmalıdır. Ev içi şiddet ile ilgili risk faktörlerinin izlenmesi önem tasir. Ev içi şiddet değişik şekillerde gerçekleştirilebilir. Bunlar; geri çevrilme, olumsuz eleştirme, sevilmediği değersiz olduğunun hissettirilmesi, diğerlerine karşı dürüst olmada güçlük çekme, kişisel yetersizliklerinin yardım edileceği söylenerek kişiye sık sık hissettirilmesi, fiziksel ihtiyaçların giderilmemesi, aile içi sorumlulukların yerine getirilmemesi, madde kötüye kullanımına yöneltme şeklindedir. Şiddet gören kişi depresyon, major psikiyatrik bozukluklar, sosyal izolasyon, aile içi ilişkilerin ve bağlılığın zayıflaması, çoğul evlilikler, hamilelikle karşı karşıya kalabilir.

b- Acil serviste yaralanma nedeni ile sıklıkla acile başvurunun yapılması, multiple somatik semptomlar, kronik abdominal ağrı, kronik baş ağrıları, pelvik ağrı gibi semptomlarla gelen hastalar ve anksiyete, depresyon, posttravmatik stres bozukluğu gibi şiddeti ifade edebilecek hastalıkların uzun dönem takibe alınması önem tasir. (Burgess 2004, Roberts 2001).

c- Hemşire fiziksel ve seksüel istismar olgularının tanımlanması, değerlendirilmesi, fotoğraflanması ve kayıtlanmasından sorumludur. Yaklaşımda yaralanma nedenlerinin tespiti ve tanımlanması oldukça önemlidir. Yaralanma tipi ve tanımlanan nedeni arasında karşılaştırma yapılmalıdır. Açık olarak gözlenebilen fiziksel şiddet belirtilerinin hemşire tarafından izlenmesi gerekir.

d- Seksüel şiddet belirtilerinin izlenmesi ve sosyal hizmetlere yönlendirilmesi hemşirelik girişimleri içinde yer alır. Bunlar; vücutta kurummuş meni yada kan izlerinin bulunması, dış genital-anal-penil bölgede yaralanma izleri, seksüel yolla geçen hastalıkların varlığı, tanı konmamış etyolojisi belli olmayan davranış değişiklikleri (sıklıkla hasta tarafından sedüktif davranışların ortaya çıkarılması) olarak sayılabilir (Polat 2002, Tercier 1998, Taner ve Gökler 2004).

e- Düşük benlik saygısı, depresyon, utandırma, hakaret etme davranışlarının gözlenmesi, benliğe karşı agresyon, intihar girişimi gibi

olasi emosyonel siddet belirtileri varsa acil hemsiresi tarafından bu konuda kayıt tutularak, hastanın izlenmek üzere psikiyatriye yönlendirilmesi gerekir.

f-Hemsire kisinin problemlerini dikkatlice dinlemelidir. Partnerin esi kendi çıkarına kullanma belirtilerinin izlenmesi gerekir. Sosyal destek ihtiyacının belirlenmesi oldukça önemlidir. Hasta üzerinde kişisel hükmetme, kisinin değerli esyalarını kişisel kaybı düşünmeksizin kullanma-kisiyi zarara uğratma davranışları var ise kayıtlanmalı ve hasta sosyal hizmetlere yönlendirilmelidir. Süphelenilen siddet durumunda mağdur ile tek basına görüşme yapılmalıdır. Siddet gören kadın ise partnerler arası iletişimin incelenmesi ve kaydedilmesi gerekir.

g-Siddet gören çocuk ise; özellikle fiziksel siddete uğramış çocuklarda sosyal işlevsellik alanında birçok eksiklik fark edilmektedir; bu çocuklar yakın ilişki kurmakta güçlük çekip, daha çatışmalı, duygusal yoğunluğu az, yoğun öfke ve siddet davranışı içeren ilişkiler kurabilmektedir (Kaplan ve ark 1999). Ya da çocuk bu konu ile ilgili konuşmak istemeyebilir, utanma, suçluluk ile karışık ambivalan duygular içinde olabilir ve yalanlayabilir. Kisinin siddetin neden olduğu, benliği suçlama gibi karmaşık hislerle dolu olabilir. Özellikle bu dönemde sözel pozitif onayın sağlanması hasta için oldukça önemlidir. Kisinin kurban rolü ile ilgili davranışlarının değişimi yönünde desteklenmelidir. Stresli durumda bas etme ile ilgili bas etme stratejilerinin geliştirilmesine yönelik girişimler arttırılmalıdır. Birey ve ailesi arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi, güçlendirilmesi gerekir (Taner ve Gökler 2004).

h-Istismara uğramış kişiye siddetle ilişkili bilgilerin gizli kalacağı konusunda teminat verilmelidir. Hasta ile birlikte siddetin arttığı durumlarda kullanılacak güvenlik planları geliştirilmelidir.

SONUÇ

Bir halk sağlığı sorunu olan siddetten korunmada diğer hasar ve hastalıklarda olduğu gibi sistematik, bilimsel tabanlı, multidisipliner ve kalıcı bir yaklaşım izlemek gereklidir. Istismardan bireyi korumak önemlidir. Son dönemde siddetin önüne geçilebilmesi için, 'Ev halkından birine karşı kötü muamelede bulunan kimseye 2 aydan 1 yıla kadar hapis cezası verilecek', 'Aile hukukundan doğan bakım, eğitim veya destek olma yükümlülüğünü yerine getirmeyen kişi, şikayet üzerine 1 yıla kadar hapis cezasına çarptırılacak.', 'Çocuğu fuhusa teşvik eden, bunun yolunu kolaylastıran, bu amaçla tedarik eden veya barındıran ya da aracılık eden kişi hakkında, 4 yıldan 10 yıla kadar hapis ve beş bin güne kadar adli para cezası istenecek' gibi belirli yasal düzenlemeler gerçekleştirilmiştir (Yargıtay bilgi işlem merkezi, 2004).

Acil hemşireleri istismardan şüphelendiklerinde sosyal hizmetler kurumu ve çocuk esirgeme kurumu ile mümkün olan en kısa zamanda iletişim kurmalı, ilgili adli makamlara ve kurumlara birer rapor yazmalıdır. Sosyal hizmetler kurumunun aileyle konuşarak siddet gören kişinin uygun bir ortama transferi konusunda yardımcı olması önem tasir. (Egemen 1993). Korunmadaki yaklaşımlardan biri istismar açısından risk faktörlerini tarayıp bu çocuklarda daha ileri değerlendirme yapılmasıdır. Eğitim ve danışmanlık; koruyucu sağlık hizmetlerinin bir bileşeni olmalıdır. Ev ziyaretlerinin bu hizmetin bir parçası olarak istismar ve ihmal olgularının sayısında azalma sağladığı gösterilmiştir. İstismar şekilleri tanınmazsa (istismara bağlı deri lezyonları vs) daha ağır istismarlar kaçınılmaz olacaktır, acil servislerde çalışan ekip üyeleri çocuk istismarının bulgularını bilmelidir. Ekip üyelerinin çocuk istismarını tanımları istismarın mortalite ve morbiditesini azaltmakla kalmayıp, aynı zamanda etkili korunma olanakları yaratacaktır.

KAYNAKLAR

1. Aksoy E, Çetin G, Inanici MA, (2002). Aile İçi Sıddet. [Http://Www.Ttb.Org.Tr/Adli/6.Html](http://www.ttb.org.tr/adli/6.html). 7. 25.2004.
2. Arat N, Türkiye'de Kadın Olmak. Say Yayınları, İstanbul, 1995.
3. Arthur HG, (1997). Physical abuse of children. In: Wiener JM, ed. Textbook of child adolescent psychiatry. 2. Washington. American Psychiatric Press. 687-98.
4. Bilir S, Ari M, Dönmez N, Güneysu S, (1989). 4-12 Yaşları Arasında 16100 Çocukta Örselenme Durumları ile İlgili Bir İnceleme. Çocuk İstismarı ve İhmali, Çocukların Kötü Muameleden Korunması I. Ulusal Kongresi. Ankara .Ankara.
5. Burgess W A, Roberts A, (2004). Violence And Families. Nursing spectrum. <http://nsweb.nursingspectrum.com/ce/m24a.htm>. 7. 25.2004.
6. Cooke A, Henderson A, Kennedy B, et al, (1992) Family Violence: Clinical Guidelines For Nurses. National Clearinghouse on Family Violence. Canadian Nurses Association. Ottawa, Ontario, Canada.
7. Dekeseredy W, (1993). Four variations of family violence: a review of sociological research. The Family Violence Prevention Division, http://www.cyf.ca/100/private/famcon_famvio.htm. 5.7.2004.
8. Dixon L, Browne K, (2003). The heterogeneity of spouse abuse: A review, aggression and violent behavior. Aggression And Violent Behavior. 8: 1, 107-130 .
9. Egemen A, (1993). Türkiye'de çocuklarda cinsel istismar olgusuna yasal ve sosyal yaklaşım. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi. 36: 285-288.
10. Gözmez K, Bayat B, Sezal I, (1998). Aile İçinde Ve Toplumsal Alanda Sıddet, AAK Yayınları. Ankara.
11. Hart R, (1997). Beginning a long journey: A review of projects funded by the family violence prevention division, Health Canada. Regarding Violence in Aboriginal

- Families. National Clearinghouse on Family Violence. <http://www.hc-sc.ca/nf/cn>. 5.7.2004.
12. Kaplan S, Pelcovitz D, Labruna V, (1999). Child and adolescent abuse and neglect research: a review of the past 10 years. Part I: Physical and emotional abuse and neglect. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 38: 1214-22.
 13. Kara B, Biçer Ü, Gökalp A.S, (2004). Çocuk istismari. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi* .47 (2): 140-151.
 14. Levesque RJR, (2001). *Culture And Family Violence: Fostering Change Through Human Rights Law*. APA Copyright and Permissions Office. Washington DC.
 15. Lee AH, (1995). *Violence issues: an interdisciplinary curriculum guide for health professionals*. Published by Health Promotion and Programs. Canada .
 16. Mc.Closkey,BulechekG, (2000).*Nursing Interventions Classification* Nic.Mosby., Washington DC.
 17. Oral R, Yavuz S, Can D ve ark. (1997). Bir Çocuk Psikiyatrisi Polikliniği'nde Kötü Muamele Edilen Çocuk Sıklığı. *Çukurova Üniversitesi Tıp Fak Derg*. 22: 137-144.
 18. Peterson NR, (2002). Reporting of suspected abuse or neglect of children, disabled adults or the elderly. *Aaos Advisory Statement On Family Violence Of American Academy Of Orthopaedic Surgeons*. http://Orthoinfo.Aaos.Org/Fact/Thr_Report.Cfm?Thread_Id=383&Topcategory=Wellness. 5.7.2004.
 19. Polat O, (2002). *Çocuk Hakları Nedir?: Analiz Yayınları*. İstanbul. 5-39.
 20. Potter BB, (2001). *Youth Violence: A Report Of The Surgeon General*. Prevention and intervention.<http://www.surgeongeneral.gov/Library/Youthviolence/Chapter5/sec1.html>.5.7.2004.
 21. Ridley CA, Feldman C, (2003). Domestic Violence. *Journal Of Family Violence*. 18 (3): 171-180.
 22. Roberts G, (2001). Response of health professionals to domestic violence in emergency departments. www.aic.gov.au/publications/proceedings/27/roberts.pdf. 14.7. 2004.
 23. Ristock JL, (1995). *The impact of violence on mental health: a guide to the literature*. National Clearinghouse on Family Violence Publication. http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/familyviolence/html/fvdiscussion_e.html. 14.7.2004.
 24. Sahin F, Beyazova U, (2001). *Çocugun Siddetten Korunma Hakkı*. Milli Egitim Dergisi. http://yayim.meb.gov.tr/yayimlar/151/sahin_beyazova.htm 18.7.2004.
 25. Taner Y, Gökler B, (2004). Çocuk istismari ve ihmali: psikiyatrik yönleri *Hacettepe Tıp Dergisi*. 35: 82-86.
 26. Tercier A, (1998). Child abuse. In: Maer JA (ed). *Emergency Medicine* (4th ed). St. Louis: Mosby. 1108-1118.
 27. Türkbay T, Akin R, Söhmen G, Söhmen T, (1999). Çocuk ve ergenlerde cinsel kötüye kullanımına klinik yaklaşım. *Sevgi Zihinsel Yetersizlik Arastırma Eğitim ve Haber Dergisi*, 2 :1-2, 15-20.
 28. Türkbay T, Söhmen G, Söhmen T, (1998). Çocuk ve ergenlerde cinsel kötüye kullanım: Klinik bulguları, olası sonuçları ve önleme. *Psikiyatri Psikoloji Psiko-farmakoloji Dergisi*, 6:1, 49-54.
 29. Ulutasdemir N, (2002). Kadına Yönelik Siddet. *Sağlık Ve Toplum Dergisi*. 4(12): 25-30.

30. Yanikkerem E, Arikan A, (2001). Aile İçi Sıddetin Çocuk Sağlığı Üzerindeki Etkileri. 1.Ulusal Aile Hizmetleri Sempozyumu. T.C. Basbakanlık Aile Arastırma Kurumu Başkanlığı Yayınları. Ankara. 286-291.
31. Vahığ I, (2002). Evdeki sıddet ve gelişimsel boyutu: farklı bir açıdan bakış. Türk Psikiyatri Dergisi. 13 (4): 312-319.
32. Breaking the pattern: how communities can help. National Clearinghouse on Family Violence Publication. (1994). http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/familyviolence/html/fvpatrn_e.html. 24.7.2004.
33. Democratizing excellence: the experience of the research centres on family violence and violence against women social sciences and humanities research.National Clearing house on Family Violence, (2003). http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/familyviolence/pdfs/demoexcel_e.pdf. 7.7.2004 .
34. Aile İçinde ve Toplumsal Alanda Sıddet, (1997). <Http://Www.Aile.Gov.Tr/Arastirma18.Htm>. 7.7.2004.
35. Sağlık Bakanlığınca Dünya Sağlık Günü İçin Hazırlanan Basın Bildirisi, (2002).. www.un.org.tr/who/bulten/turk/bulten9.htm - 31k 8.5.2004.
36. Family Violence Awareness Information For People In The Workplace Funded By Mental Health Division And National Clearinghouse On Family Violence, (1994). <Http://Www.Hc-Sc.Gc.Ca/Hppb/Familyviolence/Html/1awwork.Htm>. 7.7.2004.
37. Bilir S, Ari M, Dönmez N ve ark, (1989). 4-12 Yaşları Arasında 16100 Çocukta, Örselenme Durumları ile İlgili Bir İnceleme. Çocuk İstismarı ve İhmali. Çocukların Kötü Muameleden Korunması I. Ulusal Kongresi Ankara.
38. Yargıtay bilgi işlem merkezi, (2004). www.yargitay.gov.tr/bilgi/kanun_liste/kanun_alfabetik.index.html - 101k. 12.11.2004.

NEONATAL TETANOZUN (NT) ÖNLENMESİNDE EBE VE HEMSİRENİN ROLÜ

THE ROLE OF MIDWIFE AND NURSE IN PREVENTATION OF NEONATAL TETANUS (NT)

Ummahan YÜCEL Selmin SENOL

Ege Üniversitesi İzmir Atatürk Sağlık Yüksekokulu, Bornova-İZMİR

Anahtar Sözcükler: Neonatal Tetanos, Tetanozun Önlenmesi, Ebe ve Hemsirenin Rolü

Key Words: Neonatal Tetanus, Prevention of Tetanus, Role of Midwife and Nurse

ÖZET

Gelismis ülkelerde artık tarihe karismis olan yenidoğan tetanozu, gelismemis ve gelismekte olan ülke yenidoğanlarının yasamini tehdit etmeyi sürdürmektedir. Neonatal tetanoz(NT) hijyenik olmayan doğum uygulamalarında umlikal kordun tetanoz bakterisine maruz kalması ve sinir sistemine yerleşmesi ile karakterizedir (Özgür, Özgür 1994). NT'den her yıl yaklaşık 400.000 bebegın öldüğü tahmin edilmektedir. Dünyadaki insidansı binde 6 olarak verilirken, mortalite %50 ile 90 arasında degismektedir. Gelismekte olan ülkelerde NT insidansı binde 5 ile 60 arasında olup, bazı bölgelerde mortalitenin % 30-70'ni olusturur (WHO 1999, <http://www.who.int>). Dünya'da yıllık meydana gelen 289.000 NT vakasının 215.000'i infant ölümüyle sonuçlanmaktadır (WHO 1999, UNICEF, WHO, UNFPA 2000, www.basics.org/pdf). Türkiye'de Sağlık Bakanlığına 1997 yılında 20'si Doğu ve Güneydoğu illerinde olmak üzere toplam 33 NT olgusu bildirilmis, bunların 20'si ölümle sonuçlanmıştır (Koç 2000). Türkiye'de tüm bölgelerden yetersiz bildirim yapılmakla birlikte 1999 yılında 30, 2000 yılında 10, 2001 ve 2002 yılında 32 ve 2003 yılında 41 olgu bildirilmiştir. 2003 yılı için NT morbidite hizi yüz binde 3, mortalite hizi yüz binde 1.5'dir (T.C. Sağlık Bakanlığı 2004). Dünya Sağlık Örgütü tüm dünyada ortaya çıkan NT olgularının % 5'inden azının bildirildigini tahmin etmekte ve bu nedenle de hastalığı "sessiz katil" olarak adlandırmaktadır (WHO 1999). Ölüm oranı yüksek ve basit önlemlerle korunabilir bir hastalık olan NT'un önlenmesinde sağlık çalışanları arasında ebe ve hemsirelere önemli sorumluluklar düsmektedir. Ebe ve hemsireler riskli bölgelerdeki 15-49 yas tüm kadınların ve tüm gebelerin bagisiklanması, steril doğum ortamı, uygun göbek bakımı ve vakaların bildirimini ile NT'un önlenmesini sağlayabilirler.

SUMMARY

In developed countries neonatal tetanus was lost in history but it has being have the most dangerous factor for the newborns in developing and undeveloped

countries. Neonatal tetanus is caused by the joining of unhealthy birth conditioned umbilical cord and place in the nerve system of the organism. Nearly 400.000 babies are dead because of NT in every year. Incidence in the world is shown as 6%0 and the mortality is changing between 50% and 90%. In developing countries the NT incidence is between 5%0 and 6% and is same regions it causes the 30-70% of mortality (WHO 1999, <http://www.who.int>). Yearly in world in 289.000 neonatal tetanus cases 215.000 is ended by infant deaths. In Turkey, in 1997, totaly 33 cases reported to Health Ministry and 20 cases from East and Southeast regions; 20% of the reported cases are ended by death (Koç 2000). In Turkey the reporting are not enough but 30 cases in 1999, 10 cases in 2000, 32 cases 2001 and 2002 and 41 cases 2003 are reported. For 2003 year the NT morbidity speed is 3 per a hundred thousand and the mortality speed is 1.5 per a hundred thousand (T.C. Ministry of Healty). World Health Organization thinks that 5% of the NT cases are reported and called this disease "silent killer" (WHO 1999). Midwives and nurses among the health professional have responsible the prevention of NT that has a high mortality rate and be a preventable disease. Midwives and nurses can provide the prevention of NT by vaccinating all of 15-49 age women who live in high risk areas or all of pregnancy, improving clean delivery and umbilical cord care and reporting NT cases.

GIRIS

Tetanos, 2300 yıldır korkunç bir hastalık olarak bilinmektedir. Hippocrates, bu hastalığı bir gemi sahibinde tanımlamıştır. Kapodokya'lı Aretaeus da bu tabloyu, "bir gözlemci için insanlığa yakışmayan felaket, korkunç bir görünüm ve dayanılmaz acı" olarak tarif etmiştir. Tamamen korunabilir olduğu halde ve modern tıptaki gelişmelere karşın, hastalık hala yüzyıllar önce tariflendiği şekliyle görülebilmektedir (Goray ve Çakmakçı 1993).

Gelişmiş ülkelerde artık tarihe karışmış olan yenidoğan tetanozu ekonomik, kültürel ve sağlık koşullarının yetersiz olduğu yörelerde yenidoğanları tehdit eden en büyük tehlikelerden biri olmaya devam etmektedir. Clostridium tetani veya Nicolaier basilli ile oluşan tetanos, yüksek ölüm oranı olan ve gelişmekte olan ülkelerin ciddi bir toksin enfeksiyöz hastalığıdır. Afrika ve Asya gibi bölgelerde yıllık 750 ölümün olduğu tahmin edilmektedir (Guardiola ve ark. 2000, Özgür ve Özgür 1994). Clostridium Tetani ekzotoksin, tetanos toksini ya da tetanos-pazmin ve tetanos toksininin etkisini arttırdığı düşünülen tetanolizin yapımı ile hastalığa neden olur. Bu transsnaptik olarak göç eden ve özellikle inhibitör snapslarda asetilkolin salinimini inhibe eden bir nörotoksindir. Kas kontraksiyonunda karakteristik lokalize spazm ve rijiditeye yol açar. Toksin ayrıca nöromüsküler kavsaklarda geçisi bloke eder ve paraliye neden olur (Kliegmen 2001). Anaerop olan basil toprakta, gübreli yerlerde yasar, koyun, at gibi bir çok ot yiyenlerin

midesinde çoğalır ve hayvanların gübresi ile sporları etrafa saçılır. Evcil hayvanların yaşadığı bütün topraklarda sporlar bulunmaktadır. Tozla evlere, esyalara ve elbiselere bulaşabilir. Tetanos bakterisi normal çevrenin bir parçası olduğundan hastalığın yok edilmesi zordur. Asıl önemli olan bağışıklama ve hijyenik koşullarla hastalığın önlenmesidir. Tetanozdan korunma hem ucuz hem de etkilidir (Esen 2001, Moray ve Çakmakçı 1993, www.doh.gov.za7facts/stats.notes, Özgür ve Özgür 1994).

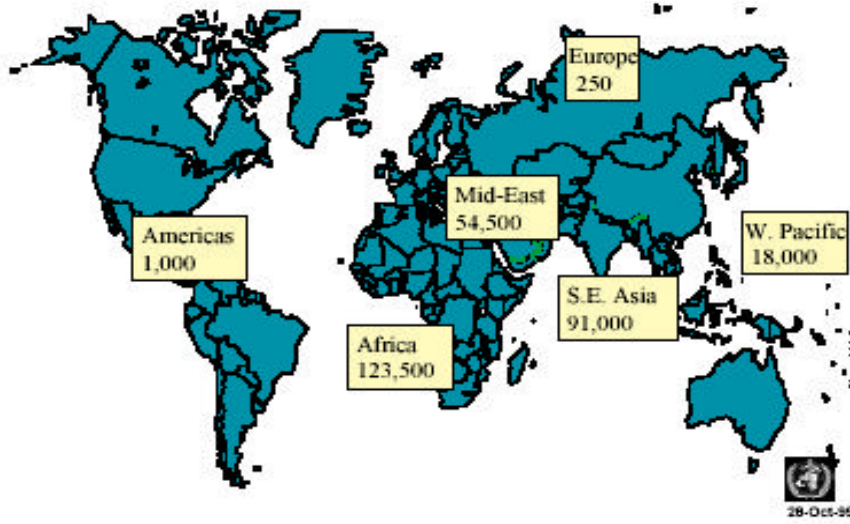
Neonatal tetanos hijyenik olmayan doğum uygulamalarında umlikal kordun tetanos bakterisine maruz kalmasından kaynaklanan, sıklıkla yenidoğan ölümlerine neden olan önlenemez bir hastalıktır (www.unicef.org, TNSA 1998). Ertem ve arkadaşları (2002) 1994-2001 yılları arasında Diyarbakır Çocuk Hastanesine getirilen 56 Neonatal Tetanos vakasının özelliklerini incelemişlerdir. Bu inceleme sonucu vakaların tümünün evde resmi sağlık personeli yardımı olmadan doğmuş oldukları görülmüştür (Ertem ve ark. 2002). Bulaşma göbek kesilirken ya da hemen bir iki gün içinde olursa inkübasyon süresi iki ile oniki gün arasında değişir. Inkübasyon süresi ne kadar kısa olursa hastalığın ciddiyeti o kadar artar (Guardiola ve ark. 2000). Göbek düştükten sonra tam iyileşme olmadan enfeksiyon alınmış klinik bulguların çıkması doğumdan sonra dört haftayı bulabilir. Başlangıçta emmede güçlük, asiri ağlama ve huzursuzluk dikkati çeker. Ates 40-41 C'ye yükselebilir. Bebegan çene kaslarında kısa sürede ememeyecek kadar sertlik, jeneralize kas spazmları ve konvülsiyonlar gelişir. Bebek yumrukları sıkılmış, ayak parmakları yelpaze gibi açılmış durumdadır. Kasılmaların sıklığı değişken olup kendiliginden gelisebilir ya da dokunma, yüksek ses gibi ani uyaranlar sonucu ortaya çıkabilir. Derin tendon refleksleri artmış olabilir ya da bas neredeyse kalçalara degecek kadar geriye doğru kıvrılmış olabilir (epistetanus pozisyonu). Ağlama kısa, yineleyen boguk sesle ağlamaktan, bogulur tarzda sessiz ağlamaya kadar değişir. Tasikardi, takipne, siyanoz gibi solunum ve dolasım güçlükleri oluşabilir. Bebegan rengi normal, siyanotik ya da soktan ötürü soluk olabilir. Kasılmaları anoksi, gevseme ve yorgunluk-bitkinlik izleyebilir. Çok şiddetli olgularda spazmlar sürekli olur ve apneik epizodlar eslik eder (Koç 2002).

DÜNYADAKI DURUMU

Neonatal Tetanos, ölümcül hastalıklar arasında en çok ihmal edilmiş, dünyada bildiriimi olduğundan daha az yapılmış hastalıkların arasında gelir. Bunun önemli bir nedeni, hastalığın bulaşıcı olmaması, epidemiler yapmaması, tek tek ölümlere neden olmasıdır (Koç 2002).

Dünya Sağlık Örgütü tüm dünyada ortaya çıkan NT olgularının % 5'inden azının bildirildiğini tahmin etmekte ve bu nedenle de hastalığı “sessiz katil” olarak adlandırmaktadır (WHO 1999, www.basice.org/pdf/worldsummit).

NT'dan her yıl yaklaşık 400.000 bebeğin öldüğü tahmin edilmektedir. Dünyadaki insidansı binde 6 olarak verilirken, mortalite % 50 ile 90 arasında değişmektedir. Gelişmekte olan ülkelerde NT insidansı binde 5 ile 60 arasında olup, bazı bölgelerde mortalite oranı % 30-70 arasındadır (Koç 2000, WHO 1999, UNICEF, UNFPA 2000). Yıllık meydana gelen 289.000 neonatal tetanoz vakasının 215.000'i infant ölümlüyle sonuçlanmaktadır. Bu ölüm sayılarının bölgelere göre dağılımı şekil 1'deki haritada görülmektedir (www.basice.org/pdf/worldsummit).



Şekil 1. Dünya'da Yıllık NT Olgularının (289.000) Ölümle Sonuçlanan (215.000) Dağılımları, UNO, 28 Ekim 1999.

Dünya Sağlık Asamblesi'nin neonatal eliminasyondan bahsettiği 1989'dan bu yana gelişmekte olan 161 ülkeden 104'ü bu hedefe ulaşmıştır. Global NT ölümlerinin 1990-1997 yılları arasında %39 azaldığı tahmin edilmektedir (www.doh.gov.za/facts/stats.notes). Buna rağmen NT gelişmemiş ülkelerde önemli bir problem olarak devam etmektedir. UNICEF, WHO, ve UNFPA son olarak (1999) tüm dünya da eliminasyon için hedef tarih olarak 2005 yılını kabul etmiştir. NT eliminasyonu; Tüm ülkelerin tüm bölgelerinde NT vakalarının 1000 canlı doğumda 1'den daha az olmasıdır. Eliminasyon hedefine maternal tetanozda dahil edilmistir (Moray ve Çakmakçı 1993).

Haziran-2000'de NT eliminasyon hedefine ulaşamamış olan 57 ülke aşağıdaki şekilde sınıflandırılmıştır.

Class A: A sınıfındaki 22 ülke Maternal Neonatal Tetanoz (MNT) eliminasyonuna yakındır. Bu sınıftaki ülkelerin yüksek riskli bölge oranı %10'dan azdır. Çocukların DBT3 bağışıklanma oranları en az % 70'e ulaşmıştır. Türkiye bu sınıfa dahildir. Bu ülkelerin eliminasyon hedefine 12 aylık bir sürede ulaşabileceği tahmin edilmektedir.

Class B: Riskli bölge oranı % 11 ile % 50 arasında olan 18 ülke bu sınıflamaya girmektedir.

Class C: Bu sınıftaki 17 ülkenin her birinde yüksek riskli bölge oranı % 50'den fazladır. Bu ülkelerde sağlık hizmetleri yetersizdir. DBT3 rutin bağışıklama oranı %50'den azdır. Ciddi sorunları olan bu ülkelerin eliminasyon aktiviteleri için 3-4 yıla gereksinimleri vardır.

Dünyadaki tüm NT vakalarının % 90'i eliminasyonunu tamamlayamamış 57 ülkenin 27'sinde görülmektedir. Bunların 18'i Afrika'dadır. Bu 27 ülkenin üçte birinde DBT3 bağışıklama oranı %50'den azdır (www.unfpa.org/upload/lib-pub-file).

TÜRKİYE'DEKİ DURUM

Türkiye'de NT'nun boyutu tam olarak bilinmemektedir. Türkiye'de Sağlık Bakanlığı'na 1997 yılında 20'si Doğu ve Güneydoğu illerinde olmak üzere toplam 33 NT olgusu bildirilmiş, bunların 20'si ölümlü sonuçlanmıştır. Ancak Devlet İstatistik Enstitüsü'nün ölüm kayıtlarından elde ettiği bilgilere göre tetanoza bağlı ölümler Sağlık Bakanlığı'na bildirilenlerin üstündedir. Bu durumun sağlık birimlerinin bildirim eksikliğinden kaynaklandığı düşünülebilir (Koç 2000). Bildirim eksikliğini neonatal tetanozla ilgili yapılan araştırma sonuçları da ortaya koymaktadır. 1990 yılında rutin bildirim sistemi ile saptanan NT vaka sayısı 67 iken retrospektif olarak hastane kayıtlarına dayanarak yapılan çalışmada 164 NT vakası saptanmıştır. Sağlık Bakanlığı kayıtlarında yer almayan 1991-1996 yılları arasında Dicle Üniversitesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı kliniğine başvuran 55 vaka NT tanisiyle yatırılmıştır 2000 yılında Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalına 16 vakanın yattığı ancak Sağlık Bakanlığı kayıtlarında bu vakaların olmadığının görülmesi, bildirimlerin yetersizliğini ve bu sonuçların WHO'nun NT için kullandığı "sessiz katil" tanımının ne kadar gerçekçi olduğunu göstermektedir. Ayrıca diğer ülkelerde olduğu gibi ülkemizde de NT vakalarında bildirim eksikliğini ortaya koymaktadır. Ülkede tüm bölgelerden yetersiz bildirim yapılmakla birlikte 1999 yılında 30, 2000 yılında 10, 2001 ve 2002 yılında 32 ve

2003 yılında 41 olgu bildirilmiştir. 2003 yılı için NT morbidite hizi yüz binde 3, mortalite hizi yüz binde 1.5'dir (T.C.Sağlık Bakanlığı 2004).

1998 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması'na (TNSA) göre tüm gebeliklerin yüzde 15'inde bir doz ve yüzde 29'unda iki veya daha fazla doz tetanos toksoidi yapılmıştır. Bölgelere göre bakıldığında Tetanos toksoid (TT) asılanmasında önemli farklılıklar olduğu görülür. 1998 TNSA'ya göre annelerin gebeligi sırasında iki veya fazla doz TT ile bağisiklanma oranı Güney Bölgesi'nde 47.2 iken bu oran Doğu Bölgesi'nde 16.1'dir (TNSA 1999). NT açısından bir diğer önemli risk faktörü eğitilmiş sağlık personeli olmadan gerçekleşen doğumlardır. 2003 TNSA'ya göre eğitilmiş sağlık personeli yardımı olmadan gerçekleşen doğum oranı %17'dir. Doğu Bölgesinde bu oran % 40'dir (TNSA 2004).

Neonatal Tetanoz'da Yüksek Riskli Bölge Yada Gruplar

- Son 3 yıl içinde Neonatal Tetanos vakası tespit edilen bölgeler
- Evde sağlık personeli yardımı olmadan kötü şartlarda doğum yapan
- Yenidoğanın bakımında bazı geleneksel uygulamalar (toprakla sarmahöllük uygulama gibi)
- Yenidoğan göbeğinin aseptik koşullar dışında kesilmesi (makas, jilet, tas vb ile kesilmesi)
- Sosyodemografik verilerin yeterince kaydedilmediği bölgeler
- Coğrafik koşullar nedeniyle sağlık hizmetlerinin ulaşamadığı bölgeler
- Bağisiklik oranının düşük olduğu bölgeler
- Vaka bildirimlerin eksik olması
- Yöre hakkında güvenilir verileri olmayan bölgelerdir (T.C. S.B. Genişletilmiş Bağisiklama Programı Genelgesi, 2000).

Neonatal Tetanoz Eliminasyon Programı Temel Stratejileri

- Tüm gebelerin hamileliğin en erken döneminde tespit edilmesi
- Tespit edilen her gebenin en az 4 kez izlenmesi
- Gebelerin izlemeler sırasında asi takvimine uygun olarak asılanması
- Doğumların mutlaka temiz koşullarda bir sağlık personeli eşliğinde yapılması
- Yenidoğan bakımında, göbeğin temiz tutulması konusunda ailelerin bilgilendirilmesi
- Standart Neonatal Tetanos Vaka Tanımı'nin tüm sağlık personeli tarafından kullanılması
- Neonatal Tetanos vakalarının bildirimini düzenli olarak yapılması

- Neonatal ölümlerin “Neonatal Ölüm Bildirim Formu” ile bildirilmesi, Neonatal Tetanos vakasının yasadığı yerleşim birimlerinde oturan gebelerin asılanma durumu kontrol edilerek primer immünizasyon sağlanmasıdır (T.C. S.B. Genişletilmiş Bağışıklama Programı Genelgesi 2000).

NT'UN ÖNLENMESİNDE EBE VE HEMSİRENİN ROLÜ

Neonatal tetanozun önlenmesinde iki etmen önemli rol oynar.

1. Her annenin gebelik sırasında bagisiklanmasi: Gebelik süresince anne düzenli olarak asılandığında yenidoğanın koruyucu miktarda tetanos antitoksiniyle doğması sağlanır. 1983'de Dünya Sağlık Örgütü doğurganlık çağındaki her kadının gebe olsun ya da olmasın sağlık kuruluşuna ilk başvurduğunda asılanması gerektiğini bildirmiştir (WHO 1999). 1987'de Adana Çukurova Üniversitesi tarafından 84 gebede yapılan bir çalışmada gebelerin % 50'sinde, 1989'da aynı ekip tarafından 346 gebede yapılan bir çalışmada gebelerin % 58.5'sinde koruyucu düzeyde tetanos antikoruna bulunmadığı gösterilmiştir. Minimal korunma sağlayan tetanos antitoksin düzeyi 0.01 IU/ml'dir (Kliegmen 2001). Dünya Sağlık Örgütü'nün NT'dan korunmak için gebelik sırasında aralarında minimum 4 hafta olmak üzere 2 doz tetanos toksoidi önerdiği bildirilmektedir. 2. doz doğumdan 4-6 hafta önce olmalıdır. İdeali 5 dozdur (Guardiola ve ark. 2000, <http://www.who.int/vaccines/en/neotetanus.shtml>). T.C. Sağlık Bakanlığının 2000 yılı Genişletilmiş Bağışıklama Programı Genelgesine Göre Gebe Asılama Takvimi (Tablo 1) ebeler tarafından tüm gebelere uygulandığında önlenebilirliğin ilk adımı atılmış olacaktır.

Tablo 1. Sağlık Bakanlığının 2000 yılı Genişletilmiş Bağışıklama Programı Genelgesine Göre Gebe Asılama Takvimi

Doz Sayısı	Uygulama Zamanı	Korunma Süresi
TT1	Gebeliğin 4. ayında	yok
TT2	TT1'den en az 4 hafta sonra	1-3 yıl
TT3	TT2'den en az 6 ay sonra	5 yıl
TT4	TT3'ten en az 1 yıl sonra ya da bir sonraki gebelikte	10 yıl
TT5	TT4'ten en az 1 yıl sonra ya da bir sonraki gebelikte	Doğurganlık çağı boyunca

2. Bebeğin enfeksiyonla karşılaşmasının önlenmesi: Bunun için;

- Tüm gebelerin hamileliği en erken dönemde belirlenmeli
- Saptanan her gebenin en az dört kez izlenmesi

- Gebelerin izlemler sirasinda asi takvimine uygun olarak TT ile asilan-masi,
- Dogumlarin kesinlikle temiz kosullarda , bir saglik çalisani esliginde yapilmasi için gebelerin desteklenmesi
- Yenidoganin göbək kordonunun steril kosullarda kesilmesi, bakiminin yapilmasi
- Yenidogan bakiminda, göbėgin temiz tutulmasi konusunda ailelerin bilgilendirilmesi
- Standart NT olgu taniminin bilinmesi ve kullanilmasi
- NT olgu bildirimlerinin düzenli yapilmasi
- Kadınlar ile yakından çalisma imkani bulan ebe ve hemsirelerin, bagisiklama, dogumlarin uygun kosullarda yapilmasi ve göbək bakimi konusunda kadınlari egitmeleri
- Tüm neonatal ölümlerin “Neonatal Ölüm Bildirim Formu” ile bildirilmesi
- NT vakalarinin görüldüğü yerlesim birimlerinde gebe/15-49 yas kadınlarin tetanoza karsi asilanmalari gerekmektedir (Koç 2000, www.saglik.gov.tr, T.C. Saglik Bakanligi 2000).

Neonatal ölümlerin önlenmesinde ebe ve hemsirelerin hijyenik dogum, gebelikte bagisiklanma ve göbək bakimini düzenli ve nitelikli bir sekilde yapmaları NT'nun önlenmesinde temel adimlardir. Annenin gebelikte asilanmasindan, bulasmanin engellenmesi için dogumlarin temiz kosullarda yapilmasindan, yeni doganin göbėginin hijyenik kosullarda tutulmasindan ve göbək düşünceye kadar göbək bakiminin saglikli bir sekilde sürdürülmesinden sorumlu olan ebelik ve hemsirelik hizmetleri nitelikli ve yaygin bir sekilde sunulduğunda, neonatal tetanos ölümlerin önlenmesine önemli bir katkıda bulunacaktır. Temel saglik hizmetlerinde görev alan ebe ve hemsirelerin olgularin kayıtlara geçmesindeki rolu de unutulmamalıdır.

KAYNAKLAR

1. Esen S, (2001). Tetanoz. Infeksiyon, 91-94, [www.omu.edu.tr/hakan/ders/13 Teta 2001 pdf](http://www.omu.edu.tr/hakan/ders/13%20Teta%202001.pdf).
2. Ertem M, Çakmak A, Saka G ve ark, (2002). Diyarbakir Çocuk Hastanesine Getirilen Neonatal Tetanoz Olgularinin Bazi Özellikleri. www.dicle.edu.tr.
3. Eliminating Neonatal Tetanus. www.basics.org/pdf/worldsummit.
4. Guardiola A, Teixeira AM, Silva CA ve ark. (2000). Neonatal Tetanus. *Jornal de Pediatria* 76: (5). 391-394.
5. Immunization, Vaccines and Biologicals: Neonatal Tetanus, <http://www.who.int/vaccines/en/neotetanus.shtml>.

6. Kliegmen RM, (2001). Nelson Essentials of Pediatrics. Tuzcu S (çev)., 3. Baskı, İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri, 331-332.
7. Koç E, (2000). Neonatal Tetanoz. Sürekli Tıp Eğitim Dergisi, 9: 5, <http://www.ttb.org.tr/STED>.
8. Maternal and Neonatal Tetanus Elimination by, 2005. www.unfpa.org/upload/lib-pub-file.
9. Moray G, Çakmakci M, (1993). Tetanos Hastalığı ve Profilaksisi. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi, 2: 4, 119-120.
10. Neonatal Tetanus: Progress Towards Elimination, (2000). www.doh.gov.za/facts/stats.notes.
11. Neonatal Tetanus, www.unicef.org/specialsession.
12. Neonatal Tetanos, (NT). Eliminasyonu, www.saglik.gov.tr.
13. Özgür S, Özgür T, (1994). Sosyal Pediatri. Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Yayınları. No:102, İzmir, 189-190.
14. TC. Sağlık Bakanlığı, (2000). Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü 19.12.2000 Tarihli 18679 Sayılı Genişletilmiş Bağışıklama Programı Genelgesi.
15. Türkiye Nüfus ve Sağlık Arastirması, 1998 (1999). Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Ankara, 102-107
16. Türkiye Nüfus ve Sağlık Arastirması, 2003 (2004). Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Ankara, 119-131.
17. T.C. Sağlık Bakanlığı,(2004). Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Çalışma Yilligi 2003, www.saglik.gov.tr.
18. UNICEF, WHO, UNFPA, (2000). Maternal and Neonatal Tetanus Elimination by 2005: Strategies for achieving and maintaining elimination, 1-9.
19. Vandelaer J, Birmingham M, Gasse F ve ark, (2003). Tetanus in developing countries: an update on the Maternal and Neonatal Tetanus Elimination Initiative. Vaccine, 21, 3442-3445.
20. World Health Organization, (WHO) (1999). WHO Department of Vaccines and Other Biologicals. Field Manual for Neonatal Tetanus Elimination, 8-14.
21. World Health Organization, (WHO) (1999). Weekly Epidemiological Record Relevé Epidemiologique Hebdomadaire, Geneva: 77, 73-80.

**KRONİK HEMATOLOJİ HASTALARINA “EVDE SAĞLIK BAKIMI”
HİZMETLERİNİN SUNULABİLİRLİĞİ**

*POSSIBILITY OF DELIVERING “HOME HEALTH CARE” TO CHRONIC
HEMATOLOGICAL PATIENTS*

Figen OKÇIN Selmin SENOL

Ege Üniversitesi İzmir Atatürk Sağlık Yüksekokulu, Bornova/İZMİR

Anahtar Sözcükler: Hematoloji Hastası, Evde Bakım, Hemşirelik Bakımı
Key Words: Hematological patient, Home Care, Nursing Care

* Bu çalışma XXX. Hematoloji Kongresi - İstanbul, 2003’de sunulmuştur.

ÖZET

Tedavi olanaklarının artması ile hastalıklara bağlı ölümlerin azalması, doğusta beklenen yaşam süresinin uzaması kronik hastalıklar sorununu da gündeme getirmiştir. Kronik hastalıklar bireyin günlük yaşam aktivitelerinde değişik oranlarda bağımlilik oluşturabildiği, kalıcı sakatlıklara yol açabildiği, geri dönüşümsüz patolojik değişikliklere neden olabildiği için uzun süreli izlem, kontrol ve bakım gerektiren durumlardır. Bu izlem ve bakımın sürekli hastane ortamında gerçekleştirilmesi mümkün olmadığından, evde sürdürülmesi gerekmektedir. Evde bakım hizmetlerinin laboratuvar bulgularının izlemi, intravenöz tedavi, antibiyotik ve kemoterapi uygulamaları, IV yolla beslenme, parenteral beslenme, kan transfüzyonu, solunum desteği, periton diyalizi vb. uygulamaları hemşirelik hizmetleri kapsamındadır. Kronik hastalıklar içinde yer alan kronik hematolojik hastalıklarda; bireylerin evde bakımı, hastanın ve ailenin bakımda aktif rol olması, hastanın yaşam kalitesinin istenen düzeyde olması hasta ve ailesine yeterli düzeyde eğitim verilmesi ile mümkün olabilir.

SUMMARY

Decrease in disease-related mortality due to an increase in treatment possibilities and the prolonged survival rate anticipated during birth, has caused the problem of chronic diseases to become a current issue. Since chronic diseases would cause dependency in patients' daily living activities at varying rates and lead to permanent disabilities and irreversible pathological alterations, they are conditions that require prolonged follow-up, control and care. Since it is not possible to perform these follow-up and care practices in a hospital setting, they should be provided at home. While delivering care at home, the follow-up of laboratory findings,

intravenous treatment, antibiotic and chemotherapeutic applications, feeding through IV., parenteral feeding, blood transfusion, respiratory support, peritoneal dialysis, etc. are among the nursing practices. In hematological diseases which are among the chronic diseases, to deliver care to individuals at home, to have patient and family play an active role in the care, to ensure patient's quality of life is at the desired level, is only possible through giving appropriate level of training to the patient and the family.

GIRIS

“Eski güzel günler”de hastalara evde bakilirdi. Hiçbir sofistike sağlık bakım kurumu mevcut değildi. İhtiyaç hissedildiği zamanlarda ailenin, komsuların ve arkadaşların yardım sağlaması doğaldı. Ev işlerinin yapılmasında, çocukların bakılmasında, yemek hazırlanmasında ve hasta kişiye bakım sağlanmasında yeterli destek bulunurdu.

Evde bakım hizmetlerinin geçmisi 1700'lerin sonunda dini gereklilik nedeniyle fakir hastaların evlerine düzenlenen ziyaretler şeklinde başlamıştır. 1796 yılında kurulan Boston Dispanseri, Amerika'da evde bakım hizmeti sunan ilk kuruluş olmuştur (4,6).

Evde bakım ilk olarak evde bakıma gereksinimi zorunlu kılan bazı hastalıkları çağrıştırmaktadır. Kronik hastalıklar olarak da bilinen bu hastalıklar, bulguların tekrarı, tedavinin sürekliliği ve bakımın özenli olması nedeniyle evde bakımı gerektiren öncelikli hastalıklardır.

Kronik hastalıklar; hastanın fonksiyonlarını yerine getirmede, kapasitesini tehdit eden, gözlenebilen, hissedilebilen değişikliklere neden olan uzun süreli, kendiliginden geçmeyen ve genellikle tam tedavi edilemeyen hastalıklardır (5,7). Kronik hastalıklar bireyin günlük yaşam aktivitelerinde değişik oranlarda bağımlılık oluşturabildiği, kalıcı sakatlıklara yol açabildiği, geri dönüşümsüz patolojik değişikliklere neden olabildiği için uzun süreli izlem, kontrol ve bakım gerektiren durumlardır. Bu izlem ve bakımın sürekli hastane ortamında gerçekleştirilmesi mümkün olmadığından, evde sürdürülmesi gerekmektedir (13).

Kronik hastalıklı bireyin evde bakımı, ülkemizde olduğu gibi evde bakım sisteminin bulunmadığı durumlarda, hasta ve/veya aile üyeleri tarafından gerçekleştirilmektedir. Hastanın bağımlılık düzeyine göre bakım gereksinimlerinin karşılanması hastanın yanı sıra tüm aile için de fiziksel, sosyal, duygusal kaynaklı stres faktörü oluşturmakta, hastanın aile yaşam stilinde yol açtığı değişimle doğru orantılı olarak tükenme sendromları görülebilmektedir (2,3,11).

Ülkemizde kapsamlı taburculuk planlaması hizmetlerinin bulunmaması, kronik hastalıklı birey ve ailenin kendi yaşam ortamlarında hastalığın getirdiği ek problemlerle karşı karşıya kalmalarına yol açmak-

tadır. İstenen düzeyde gerçekleştirilen taburculuk planlaması ile evde bakım hizmetleri, hasta bireyin kendine bakım aktivitelerini üstlenmesini, kısa sürede bağımsız duruma gelmesini destekleyerek ve sık sık hastaneye yatmasını engelleyerek hem hastanın ileride evde bakım hizmeti almaya gereksinim duymayacak düzeye ulaşmasını hem de ekonomik olması nedeniyle aile ve ülke ekonomisine daha az zarar vermesine yardımcı olabilir. Evde bakımın gerçekleştirilmesi için, evde bakım olanaklarının hastanın gereksinimlerine uygun olması ve hasta ile ailesinin bu konudaki istekliliği de önemlidir. (2)

Her bir kronik hastalık kendine özgüdür; kişi, aile ve toplum üzerinde farklı etkileri vardır. Kronik hastalıklar içinde yer alan kronik kan hastalıklarının önlenmesi, kontrolü ve bakımı da günümüzün önemli sağlık sorunları arasındadır. Kan hastalıkları etyolojilerine, cins ve yaşa göre çok çeşitlilik gösterirler. Ayrıca kan hastalıkları toplumda her yaş grubunda görülebilir ve klinik özellikleri açısından hiçbir semptomun görülmediği ya da çok ciddi semptomların izlendiği bir klinik tablo olarak da karşımıza çıkabilir.

Kronik kan hastalıklarının izlemi, tedavisi ve bakımı hastane ortamında yapılabilir ya da hastalığın ve hastanın özelliklerinden dolayı bakım ev ortamında da olabilmektedir.

Evde hasta bakımı asıl olarak hemşirelik tarihindeki geleneklerden ve hemşirelik hizmetlerinden köken almış bir uygulamadır. Hastaların ve hasta ailesinin toplumdaki yaşamları süresindeki ihtiyaçlarını belirlemek ve sonuca ulaştırmaktan sorumludur. Bunların dışında; evde bakım hizmetleri sadece evde verilecek bir bakımla sınırlı değildir, aynı zamanda hastane ile ev arasında bir bağlantı sağlanmalıdır. Bu hizmetlerde hemşirelik disiplini de önemli bir yer tutmaktadır. Kronik hastalıkların bakımında ekip yaklaşımı önem taşımaktadır. Ekibin merkezini oluşturan hastalar ve aileleri ile bakımda yer alan ekip üyeleri arasındaki birçok sorun uyumlu etkileşim yoluyla çözümlenebilmektedir.

Yaklaşımlar;

- klinik durumun tanınması
- hasta ihtiyaçlarının rutin olarak değerlendirilmesi
- etkili tedavinin uygulanması
- bütüncül bakım planının geliştirilmesi
- kendi kendini yönetme desteğinin sürdürülmesi
- zamanı aktif değerlendirme yer almaktadır (8).

Evde bakım hizmetlerinde laboratuvar bulgularının izlemi, intravenöz tedavi, antibiyotik ve kemoterapi uygulamaları, IV yolla bes-

lenme, parenteral beslenme, kan transfüzyonu, solunum desteği, periton diyalizi vb. uygulamalar hemsirelik hizmetleri kapsamındadır (10,12).

Kan hastalıklarındaki evde bakım hizmetlerinin hemsirelik yaklaşımları;

- Evde hasta bireye bütüncül ve hasta merkezli yaklaşım ile bireyin bakıma katılımını ve sorumluluk almasını sağlamak,
- Hastaların yaşamları boyunca sürecek bu durumlarını bireysel olarak yönetebilmesi için hastayı aktif hale getirmek,
- Hasta kendi kendini yönetirken; sağlık durumunu devam ettirmek ve yükseltmek için davranış sistemini günlük yaşamın tüm yönlerine entegre etmesini sağlamak” hedeflenmiştir (5,12).

EVDE SAĞLIK BAKIMININ SUNULABİLİRLİĞİ

Günümüzde bireyler, ilerleyen teknoloji ve artan evde bakım kuruluşları sayesinde evde bakım hizmeti alabilmektedir. Ancak bu hizmet toplumun nüfus ve aile yapısındaki, geri ödeme ve teknolojik ilerlemelerdeki değişiklikler nedeniyle ortaya çıktığı yıllardan daha farklıdır.

Ülkemizde sağlık hizmetlerine yönelik kapsamlı maliyet-yarar, maliyet-etkililik çalışmaları başlamış olmakla birlikte buna ilişkin uygulamalar yetersizdir. Gelişmiş ülke örneklerinde evde bakım sisteminin sağlık hizmetleri maliyetlerini dikkat çeken boyutlarda düşürdüğü, hastanede bakıma göre çok daha ekonomik olduğu bu nedenle aile ve ülke bütçesinden kayıpların fazla olmadığı yoğun bir şekilde vurgulanmaktadır (1,14).

Hastaların, evde bakım yönünde ağırlıklı tercih ettikleri bakım alanları incelendiğinde, diyet ayarlamasının diyetisyenin, özel egzersizlerin fizyoterapistin, araç-gereç satın alma / sağlamanın sosyal hizmet uzmanının, tedavinin planlanması, sürdürülmesi ve kontrollerinin gerçekleştirilmesinin hekimin sorumluluğu alanına girdiği, tüm bakım alanlarında hemsirenin direkt yada destekleyici rolünün bulunduğu söylenebilir. Bu bakışla evde bakımın multidisipliner bir hizmet olması gerektiği görülmektedir. Hemsire hastayı, ailesini ve çevresini tüm yönleri ile tanıma, değerlendirme, bakım gereksinimleri ve problemlerini belirleme, çözüm için girişimleri planlama yada ilgili disiplin üyelerine havale etme, uygulanan girişimlerin sonuçlarını izleme sorumluluk ve fırsatına sahip olduğundan, bakımın koordinasyonu rolünü de üstlenecek pozisyonundadır. Nitekim evde bakım sisteminin uygulandığı ülkelerde hemsireler bu sorumluluğu üstlenmiş bulunmaktadır (2).

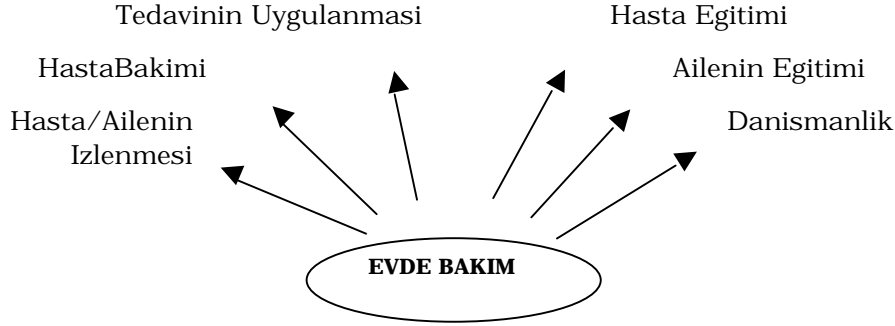
Kronik kan hastalıklarında; hastanın tanı aldıktan sonraki dönemde düzenli izlenmesi, kontrollerinin yapılması, tedavinin sürekliliğinin sağlanması, danışmanlık yapılması ve hasta ile ailede bakım verenlerin eğitimi hastanın yaşamını rahat ve sorunsuz geçirmesinde önem taşımaktadır.

Kronik kan hastalıklarından olan hemofili, talasemi ve orak hücreli anemi gibi tanısı erken yaşlarda konan hastalıklarda, hasta ve ailesinin tanı konduktan sonra bakımının hastanede sağlanması, kontrollerinin izlenmesi, aileye bakımın devamına ilişkin bilgi verilmesi, danışmanlık hizmetinin sağlanması, eğitim gibi konularda destek verilmelidir. Hastanın ev ortamında da istenen düzeyde yaşam kalitesini sağlamasına destek olunmalıdır. Bütün bunlar gözönüne alınacak olursa;

Evde bakımın getirdiği yararlar;

- Evde bakım, sağlık bakımının devamlılığını sağlar.
- Gün gün izlenen hastadaki problemler daha erken saptanır.
- Acil durumlar önlenir.
- İyileşmeyi ve emosyonel iyiliği artırır, bireye özgürlük sağlar.
- Bireyin saygınlığı aile içinde daha fazladır ve ev ortamı daha rahat ve atmosferi daha neselidir.
- Evde kemoterapi uygulanan çocuklarda/yetkinlerde bağımsızlık, kendini iyi hissetme, istah, genel duygusal durum, okula/ise devam konularında hastanede tedavi görenlerden daha iyi durumda oldukları görülmüştür. Aile yaşam biçimleri olumlu yönde etkilenmektedir.
- Bireylerin kendi damak tadına uygun ve alışılagelmiş oldukları yemekleri daha rahat yeme imkanı sağlar.
- Evde bakımda aile ekibin bir parçasıdır.
- Birey günlük yaşamını sürdürebilir. Sosyo-ekonomik konumu etkilenmez.
- Sürekli kan, kan ürünleri, gammaglobulin ve faktör uygulamasına gereksinim duyan hastalar evde bakım hizmetleri ile kendine bakımı öğrenip kısa sürede bağımsızlıklarını kazanırlar.
- Bireyin hastane enfeksiyonlarına maruz kalmasını önler.
- Hasta ve ailesi için eğitimsel yararlar sağlar. Ailenin, hastası ile ilgili konularda özgüveni ve bakıma katılma isteği artar.
- Evde bakım hizmetleri ile hastalarda komplikasyon gelişme oranlarının azaldığı, ortaya çıkan komplikasyonlarında evde tedavi edilebilir nitelikte olduğu için hastaneye başvurmayı gerektirmediği saptanmıştır.
- Gereksiz harcamalar, zaman ve iş gücü kaybı azaltılır.

Kronik Hematolojik Hastalıklara Bir Örnek:
Hemofilide Evde Bakım Modeli



I. Çocugun/yetiskinin ve ailesinin hemofili tedavisine uyumunun sağlanması

(hastaligi hakkında bilgi verilmesi, hemofili hastasi çocugu olan aileye çocugun kaza riskini azaltacak degisik oyun ve ugraslarin önerilmesi, öğretilmesi gibi.)

II. Tedavi hizmetini aldığı saglik kurumunda düzenli izlemlerin sağlanması (hemofili hastasi/ailesinin APTZ, PZ, faktör düzeyi izlemlerini düzenli olarak yaptirmasinin hatirlatilmasi, faktörünü düzenli olarak yaninda tasimasinin öneminin anlatilmasi)

III. Hemofili komplikasyonlarının önlenmesi (örneğin inhibitör gelişmesi olasiligi, hareket kisitliliği gibi.)

- Faktör uygulamasinin dogru dozda, dogru zamanda, dogru yolla yapılmasının sağlanması)
- Bulguların zamanında ve dogru değerlendirilmesi (inhibitör testlerinin düzenli yapılması)
- Hemofili hastalarına kas içine enjeksiyon yapılmaması (yanlis yönlendirmelerde hekimin ve meslektaşların uyarılması)
- Hemofili hastalarına aspirin gibi (asetil salisilik asit içeren) ilaçların verilmemesi
- Hemofili hastalarına ağrı kesici, ateş düşürücü ilaçlar olarak gereğinde parasetamol (asetaminofen) grubu ağrı kesicilerin verilmesi
- Komplikasyonların erken tanınması (sonuçların iyi değerlendirilmesi /hekime zamanında yönlendirilmesi)
- Zamanında müdahale olanaklarından yararlanılmasının (kanama durumunda erken müdahale için hastanın veya anne/babanın kendi kendine faktör uygulayabilmesi, self-infüzyon tekniğinin öğretilmesi gibi) sağlanması

- Hekimin zamanında girişim olanaklarını kullanması (sinoviyektomiye uygun görmesi)
- IV. Deformitelerin önlenmesi (bu izlemlerin düzenli olması halinde deformite gelişme riski azalacaktır)
- Hareket kısıtlılığı olmaması (yüzme, yürüyüşler, masa tenisi vb. önerilen sporları yapmasının sağlanması).
- V. Çocğun büyüme-gelişmesinin izlenmesi
- Yeterli beslenmenin sağlanması (büyüme eğrisinin izlenmesi, diş sağlığının izlenmesi, diş hekimi kontrollerinin planlanması ve uygulanması)
 - Akranlarıyla olmasının desteklenmesi (okula/ise gitmesinin sağlanması/sünnet olayının planlanması ve uygulanması)
 - İzolasyon duygusuyla baskınlığın öğretilmesi ve desteklenmesi
- (çocukluk döneminde temel güven duygusunun desteklenmesi, adolesan dönemde de öz yeterliliklerinin desteklenmesi sosyal izolasyonla baskınlıkta etkindir)
- VI. Kan ve kan ürünleri transfüzyonuyla enfeksiyon hastalıklarının bulaşının önlenmesi
- HBV/HCV/HIV bulaş yollarının öğretilmesi
 - Ailelerin bu konuda eğitilmesi (self-infüzyon eğitimi, infüzyon materyallerinin steril kullanılması ve infüzyon sonrası atıkların çevreyi kontamine etmeyecek şekilde toplanması ve yok edilmesi)
- VII. Kendilerini ifade etme yollarının öğretilmesi (destek grubu toplantıları; spor kulüpleri, hobi kulüpleri ve yaz okulları uygulamaları vs.) (9,14,15)

SONUÇ

Kronik hematoloji hastalarına, birlikte yaşamak zorunda kaldıkları hastalıklarının özellikleri doğrultusunda "Evde Bakım" organizasyonları başlatılmalıdır ve yaygınlaştırılmalıdır.

Hemsirelik disiplininin hastalara kendi ortamlarında güvenilir bir tedavi ve izlem sağlanması, hasta ve ailesinin memnuniyetini arttıracaktır. Ayrıca multidisipliner bir yaklaşımla organize edilecek "Evde Bakım" hizmeti hasta yaşam kalitesini yükseltirken, sağlık hizmetleri bakım kalitesini de yükselteceği inancındayız.

KAYNAKLAR

1. Aksayan Ç, (1998). Cimete, G, "Evde Bakim Kavramı"-I.Ulusal Evde Bakim Kongresi Kitabı-Istanbul, ss: 1-6.
2. Aksayan S, Cimete G, (1998). "Kronik Hastalıklı Bireylerin Evde Bakım Gereksinimleri, Olanakları ve Tercihleri"-I.Ulusal Evde Bakım Kongresi Kitabı- Istanbul, ss: 79-90.
3. Berr JK, et. al, (1992). "Supporting the Elderly: Workplace Programs for Employed Caregivers", Milbank Quartely. 70 (3), 509-533.
4. Cimete G, (1998). "Evde Sağlık Bakımı Hizmetlerinin Tarihsel gelişimi ve Evde Bakımda Hemsirelerin Yeri"-I.Ulusal Evde Bakım Kongresi Kitabı- Istanbul, ss: 7-16.
5. Fadilolu Ç, (2002). "Kronik Hastalıklarda Bakım"-I.Ege Dahili Tıp Günleri Kronik Hastalıklarda Bakım Kursu Kitapçığı, Intertip, İzmir, ss: 45-66.
6. Harris MD, Parente, C, (1991). "ACancer Nursing Acomprehensive Textbook"-ss: 1023-1031.
7. Hazinski FM, (1994). "Nursing Care of The Critically III Child, The C.V.Mosby Company, 12-16.
8. www.improvingchroniccare.org/
9. Kavaklı K, (2001). "Hemofili Rehberi"-Ege Hemofili Derneği Yayınları No: 6, Meta Basım, 279-281.
10. Kutlu F, Kutlu Y, (1998). "Evde İnfüzyon Tedavisi Gören Hastalar İçin Bir Uygulama: Implante Edilebilen Venöz Port Sistemleri"-I.Ulusal Evde Bakım Kongresi K-itabı-Istanbul, ss: 275-276 .
11. O'Brien MT, (1993). "Multiple Sclerosis:Stressors and Coping in Spousal Caregivers", Journal of Community Health, 10 (3), 123-135.
12. Potter AP, Perry G, (1997). "A Fundamentals of Nursing Concepts, Process and Practice" Fourth edition, Mosby Comp, Baltimore, Boston, 55-56 .
13. Hwu YJ, (1995). " The Impact of Chronic Illness on Patients", (1995), Rehabilitation Nursing, 20 (4), p: 221-225.
14. Smith K, Coleman V., Bradshaw M. (2002). "Family Centered Care", Palgrave,105-107.
15. Senol S, (2003). (Ed: Kaan Kavaklı), "Hemofili Hasta Okulu" Bölüm (8-9), Ege Hemofili Derneği yayınları. No: 7, Meta Basım, Bornova-Izmir, 143-154.

2003 YILINDA DERGİMİZDE YAYINLANAN MAKALELER

Arastirmalar

- Isparta Gazi Lisesi Son Sinif Öğrencilerinin
AIDS Hakkındaki Bilgi Düzeylerinin Incelenmesi
Emel TAŞÇI, Türkan ÖZBAYIR..... 1-9
- Koroner Bypass Sonrasi Üç Farkli Isitma Yönteminin
Hipotermisinin Önlenmesi Üzerine Etkilerinin Incelenmesi
Nurcan ÖZTAS GÜZELAY, Senay KAYMAKÇI..... 11-17
- Inmeli Hastaların Yasam Kalitesinin Degerlendirilmesi
Asiye DURMAZ AKYOL, Belgin ÖZPOGAÇ, Yücel BOZTÜRK,
Kiraz ÇAKICI..... 19-33
- Inmeli Hastaların Öz-Bakim Güçlerinin Degerlendirilmesi
Asiye DURMAZ AKYOL, Belgin ÖZPOGAÇ, Yücel BOZTÜRK,
Kiraz ÇAKICI..... 35-45
- Izmir İli Hastanelerindeki Ameliyathanelerde Hemsirelerin Çalışma
Durumları ve Karşılaştıkları Risklere Yönelik Durum Saptama
Senay KAYMAKÇI, Fatma DEMİR, Yelda CANDAN
Alev DRAMALI..... 47-61
- Hemsirelik Eğitiminde Bireysel Öğretim Yönteminin Etkililiğinin
Incelenmesi
Fatma ORGUN 63-77
- Sigara İçen Hemsirelerin Sigarayı Bırakma Konusundaki
Düşünceleri
Serap PARLAR, Aynur SARUHAN..... 79-90
- Hemsirelik Yüksekokulu Öğrencilerinin Problem Çözme ve
Atılabilir Becerilerinin Karşılaştırılması
Fatma ORGUN, Nilay ÖZKÜTÜK- Münevver YALÇINKAYA..... 91-101
- Hemsirelerde Benlik Saygısı ve İç-Dis Kontrol Odagi Arasındaki
İlişkinin Incelenmesi
Nezihe UGURLU, Ayse SAYAN, Mehtap TAN..... 103-113
- Öğrenci Hemsirelerin Gelistirdikleri Sağlık Eğitimi Materyallerini
Degerlendirmeleri
Fatma ORGUN, Nilay ÖZKÜTÜK..... 115-126

Derleme Yazilar

- Kesici-Delici Tibbi Aletlerle Yaralanmalar ve Alinmasi Gereken Önlemler
Ayse San TURGAY, Dilek SARI 127-134
- Yenidogan Bebeklerde Agri Tanilamasi ve Yönetimi
Banu AKYÜREK 135-153
- Enürezis Nokturna ve Hemsirelik Yaklasimlari
Bengü ÇETINKAYA, Ilgün ÖZEN ÇINAR 155-165
- Osteoporoz: Bir Gözden Geçirme
Emre YANIKKEREM, Cemile ÇALIK 167-178

DERGI YAZIM KURALLARI

Yayinin Kabulü: Basilmasi istenen yazilar, asagida belirtildiği şekilde, 3 kopya halinde hazirlanip dergi editörlüğüne gönderilecektir. Adres: **Ege Üniversitesi Hemsirelik Yüksekokulu Dergisi Editörlüğü, Ege Üni. Hemsirelik Yüksekokulu, 35100 Bornova/İZMİR.** Makaleler üç bagimsiz hakem tarafından incelenip, onaylari alindikten sonra yayınlanabilir. Hakemler, gerekli gördükleri yazilara degisiklik önerebilirler. Makalenin yayınlanmasinda son karar, editör görüşü ile Yayin Alt Kuruluna aittir. Dergiye gönderilen yazilar geri gönderilmez. Dergide yayınlanan yazilar için, herhangi bir ücret yada karsilik ödenmez. Gönderilen yazilarin kabul edilip edilmeyeceği yazarlara bildirilir. Makalenin kabulü halinde, basliklarin altina yazar ad(lar) i eklenip diskete kaydedilerek gönderilmelidir.

Makalenin Hazirlanisi: Makale A4 boyutlarinda beyaz kagida yazilmalidir. Macintosh bilgisayarda Design Studio programinda, satir araligi 13, paragraf araligi 7'e ayarlanmalı, üstten 4, soldan 4, en az 12.5, boy 20 olacak şekilde formatlanarak; baslik 10 punto Bookman, Özet 9 punto Bookman, ana metin 10 punto, tablo ve kaynaklar 8 punto olacak şekilde yazilmalidir. IBM formatli bilgisayarda yazilmasi halinde; Ms Office Version 5.0'da üst-alt bosluklar 2.54 cm, sag-sol bosluklar 3.17 cm, en az 19 cm, boy 26.5 olacak şekilde formatlanarak; baslik 10 punto bold, özetler 9 punto bold, ana metin 10 punto, tablo ve kaynaklar 8 punto olacak şekilde hazirlanmalıdır. Arastirma raporlari 16, derleme ve olgu sunumlari 10 sayfayi (kaynakça dahil) geçmemelidir.

Makalenin yazilisi su sirayi izlemelidir:

1. Baslik Sayfasi

- * Türkçe baslik (Büyük harf ile),
- * İngilizce baslik (Büyük harf ile),
- * Yazar (lar) in ad ve soyad (lar) i, (Soyadi büyük harf ile),
- * Yazar(lar) in yazisma adres (ler) i;
- * Makale bir kongrede bildiri olarak sunulmus ise, sunulduğu toplantı ve yılı belirtilmelidir.

2. Özet Sayfasi

- * Türkçe baslik (Büyük harf ile),
- * İngilizce baslik (Büyük harf ile),
- * Anahtar sözcükler (2-5 sözcük),
- * Keywords (2-5 words)

- * Özet (50-200 sözcük)
- * Summary (50-200 words)

Arastirma türü makale özetlerinde, amaç, yöntem, ana bulgular ve sonuç kısaca belirtilmiş olmalıdır.

3. Metin

Dil ve biçem (üslup): Yayinlarda;

- * Açık, güncel ve rahat anlaşılır Türkçe kullanılmış,
- * Gramer ve yazım kurallarına uyulmuş,
- * Yeni, alışılmadık ve yabancı terimler kullanılmıssa yanlarında Türkçe eş anlamlarına yer verilmiş,
- * Kısaltmalar kullanılmıssa, ilk kullanımda terimin yanında parantez içinde kısaltması belirtilmiş olmalıdır.

Derlemeler: Konuyu yeterince irdeleyen kapsamlı literatür taramasına dayandırılmış olmalı; giriş anlatımını izleyen alt başlıklarda toplanmış ve uygun bir sonuç anlatımıyla bağlanmış olmalıdır. Kaynakça kullanım kurallarına uyulmalıdır.

Arastirma Raporlari: Giriş, gereç ve yöntem, bulgular, tartışma, sonuç ve öneriler, kaynakça başlıklarını taşıyan bölümlerden oluşmalıdır. Arastirmaya katılmamış, ancak destek sağlamış olan kişi ve kuruluşlara teşekkür başlığı altında teşekkür edilebilir. Verilerin toplanmasında, örneklem gruplarının haklarının korunması açısından etik kurallara uyulduğu açıkça belirtilmeli, kritik gruplarla yürütülen çalışmalarda etik kurul veya kurum izin belgelerinin fotokopileri eklenmelidir.

Tablo ve şekiller: (Grafik, fotoğraf ve çizimler) 'e sıra numarası verilmelidir. Her tablonun üstünde ve şekillerin altında sıra numarası ve şekilleri kısaca açıklayan bir anlatım bulunmalıdır. Arastirma raporlari, derleme ve olgu sunumlari için en çok 4 şekil kabul edilmektedir. Tablo, şekil ve grafikler, bilgisayarda çizilip metin içinde olması gereken yere yerleştirilmelidir. Baska bir kaynaktan alınan tablo ve şekillerin altına, alındığı kaynak şu şekilde belirtilmelidir.

Güvenç B (1970) Kültür kuramında bütüncülük sorunu üzerine bir deneme. Ankara, s. 51'den alındı.

Fotografların eni 11 cm. boyu 15 cm.'i asmamalı, metin içinde fotoğrafın yerleştirileceği yer boş bırakılıp fotoğraf altına gerekli açıklama yapılmalıdır. Fotoğrafın dergide basım ücreti, yazara aittir.

4. Kaynak Kullanimi

Metin içinde: Yazarin soyadi ve yazinin yayın tarihi ile birlikte belirtilmeli, yazar ve tarih arasina virgöl konmamalidir. Iki yazarli kaynaklarda, yazarların her ikisinin soyadi, ikiden fazla yazarlılarda ise, birinci yazarin soyadi ve “ve ark.” seklinde belirtilmelidir.

Örnekler

Graydon (1988), depresyonun...

Sarna ve Mc Corkle (1996), araştırmalarında...

Lasry ve ark. (1987), yaptıkları çalışmada...

... saptanmıştır (Graydon 1988).

... ortaya çıkarmışlardır (Bard ve Sutherland 1955).

Aynı yazarın, aynı yıldaki değişik yayınları (Bayık 1996 a, Bayık 1996 b) şeklinde belirtilmelidir.

Birden çok yazar aynı anda gösterileceği zaman, aynı parantez içinde virgülle ayrılarak gösterilmelidir.

Örnek: (Argon 1992, Karadakovan 1992).

Kaynakçada: Kaynaklar, alfabetik sıra ile dizilmelidir. Yazar ad (lar) için baş harfleri arasına noktalama işaretleri konulmamalıdır. Üç yazara kadar çoğul yazarlı kaynaklarda, yazar soyadı ve adının baş harfini izleyerek aralarına virgöl konulmalıdır. Üçten fazla yazarlı kaynaklar, ilk üç isimden sonra “ve ark.” şeklinde belirtilmelidir.

Dergi isimleri, Index Medicus'a uygun olarak kısaltılmalıdır. Dergi makalesi, kitap isimleri yazılırken, ilk kelimenin baş harfi büyük, diğerleri küçük harfle yazılmalıdır.

Kaynakların Yazılışı ile İlgili Örnekler

Dergi Makalesi

Lorig K, Gonzales VM, Ritter P ve ark. (1997). Comparison of three methods of data collection in an urban Spanish-speaking population. Nurs Res, 46: 4, 230-234.

Dergi Eki (Supplement)

Weiss ME (1991) Tympanic infrared thermometry for fullterm and preterm neonates. Clin. Pediatr, 30 (Suppl. 4), 42-45.

Kitap

Karasar N (1995) Araştırmalarda rapor hazırlama. 8. Basım, Ankara: 3A Araştırma Eğitim Danışmanlık Ltd., 101-112.

Kitap Bölümü

Kaufman CA, Wyatt RJ, (1987). Neuroleptic malignant Syndrome. (içinde) Melszer HY (ed). Psychopharmacology. New York: Raven Press, 1421-31.

Kitap Çevirisi:

Bauer M, Bosh G, Freyberger H ve ark. (1985). Psikiyatri. Koptagel G (çev)., 3. Baskı, Kırklareli: Sermet Matbaası, 75-83.

Yazar Adi Olmayan Yayınlar

American Heart Association (198). Recommendations for human blood pressure determination by sphygmomanometers: Report of a special task force appointed by the steering committee. American Heart Association, Circulation, 77, 501, 514.

Kongre Bildirileri

Kayir A (1986). Tek ve kardeşli ergenlerde şahsiyet yapısı. XXI. Ulusal Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Kongresi Kitabı, İstanbul: Mimeray Ofset, 546-52.

Kongre bildirileri kitap haline getirilmemişse, sunulduğu kongrenin adı, yeri, yılı ve sözel ya da poster bildiri olduğu belirtilmelidir.

Yayınlanmamış Tez

Yavas Ö (1993). Bir üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerin iş doyumu ve örgütsel gereksinimlerine ilişkin bir inceleme. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İzmir: Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 53-55.

Yazarı Editör Olan Yayınlar

Uyer G (Ed) (1986). Yeni bir birimin planlanması ve organizasyonu. (içinde) Hemşirelik hizmetleri yönetimi el kitabı. 1. Baskı, İstanbul: Birlik Ofset Ltd. sti., 52-61.

Basılmamış Yayınlar:

Gordes G, Cole JO, Haskell D ve ark. The natural history of tardive dyskinesia. J. Clin Psychopharmacol, (Baskıda).

Gazete Makalesi

Akbal O (1992). Bilimin özgürlük savaşı. Milliyet Gazetesi, 7 Temmuz, 12.