

**EGE ÜNİVERSİTESİ  
HEMŞİRELİK FAKÜLTESİ DERGİSİ**

**JOURNAL OF EGE UNIVERSITY  
NURSING FACULTY**

---

---

Cilt/Volume: 28

Sayı/Number: 2

Yıl/Year: 2012

---

---

## **AÇIKLAMALAR**

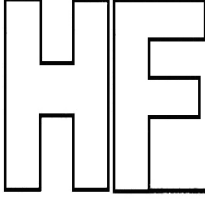
Bu dergi 22 Ekim 1984 gün ve 18553 sayılı Resmi Gazetede yayınlanan "Üniversitelerde Ders Aracı Olarak Kullanılan Kitaplar, Teksirler ve Yardımcı Ders Kitapları Dışındaki Yayınlarla İlgili Yönetmelik" bağlamında yayınlanmaktadır.

### **Yayın Türleri**

Adı geçen yönetmeliğin 2. ve 3. maddeleri uyarınca dergide eğitim ve araştırma 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.



# EGE ÜNİVERSİTESİ HEMŞİRELİK FAKÜLTESİ DERGİSİ

Cilt 28, Sayı 2

2012

## Yayın Sahibi

Prof. Dr. Çiçek FADİLOĞLU Hemşirelik Fakültesi Adına

## Sorumlu Müdür

Prof. Dr. Olcay ÇAM

## Yayın Alt Komisyonu

Prof. Dr. Çiçek FADİLOĞLU (Başkan)      Prof. Dr. Gülümser ARGON  
Prof. Dr. Ayla BAYIK TEMEL              Prof. Dr. Zümrüt BAŞBAKKAL  
Doç. Dr. Meryem YAVUZ

## Dergi Yayın Kurulu

Prof. Dr. Olcay ÇAM (Editör)              Prof. Dr. Leyla KHORSHID (Editör Yrd.)  
Prof. Dr. Ümran SEVİL                      Prof. Dr. Aynur ESEN  
Prof. Dr. Süheyla ÖZSOY                  Prof. Dr. Zümrüt BAŞBAKKAL  
Doç. Dr. Meryem YAVUZ

## Basım Yeri

Ege Üniversitesi Basımevi, Bornova - İzmir

## Baskı Tarihi

18.10.2012

## Yönetim Yeri

Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi

Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi (EÜHF) tarafından  
yılda üç sayı/bir cilt hakemli dergi olarak yayınlanır.

Türkiye Atıf Dizini'nde yer almaktadır. Indexed in Türkiye Citation Index.

## Yazışma Adresi

Özen DURAKOĞLU: ozen.durakoglu@ege.edu.tr  
Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Yayın İşleri 35100 Bornova/İZMİR

## HEMŐİRELIK FAKÜLTESİ DERGİSİ

### DERGİ HAKEM KURULU

#### PROFESÖRLER

AKBAYRAK Nalan	ERDEMİR Firdevs	NAHÇIVAN Nursen
AKYOLCU Neriman	ERDEM Yurdağül	OCAKÇI Ayşe
ARGON Gülümser	ERDOĞAN Semra	OLGUN Nermin
ARSLAN Hediye	EROĞLU Kafiye	ÖZ Fatma
AŐTI Nesrin	ESEN Aynur	ÖZBAŐARAN Ferda
AŐTI Türkinaz	EŞER İsmet	ÖZHAN ELBAŞ Nalan
BAHAR Zuhal	ETİ ASLAN Fatma	ÖZSOY Süheyla
BAŞBAKKAL Zümrüt	FADİLOĞLU Çiçek	PINAR Rukiye
BAYIK TEMEL Ayla	GÖKDOĞAN Feray	SABUNCU Necmiye
BAYRAKTAR Nurhan	GÖRGÜLÜ Selma	SAVAŐER Sevim
BEDÜK Tülin	GÖZÜM Sebahat	SEVİŐ Ümit
BULDUKOĞLU Kadriye	HATİPOĞLU Sevgi	SEVİL Ümran
BUZLU Sevim	KANAN Nevin	ŐENOL ÇELİK Sevilay
ÇAM Olcay	KARADAĞ AyiŐe	ŐİRİN Ahsen
ÇAVUŞOĞLU Hicran	KARADAKOVAN Ayfer	TAŐOCAK Gülsün
ÇİMETE Güler	KARANİSOĞLU Hacer	UZUN Özge
ECEVİT ALPAR Őule	KARATAŞ Nimet	ÜSTÜN Besti
EMİROĞLU Oya Nuran	KHORSHİD Leyla	YILDIRIM Aytolon
ENÇ Nuray	KOCAMAN Gülseren	YILDIZ Suzan
ERCİ Behice	KÖMÜRCÜ Nuran	

#### DOÇENTLER

ABAAN Süheyla	İYİĞÜN Emine	POLAT Sevinç
ACAROĞLU Rengin	KAPTAN Gülten	UÇAR Hülya
AKYOL Asiye	KARACA SAYDAM Birsen	UYSAL TORAMAN Aynur
AKYÜZ Aygöl	KARAÇAM Zekiye	SAN TURGAY AyiŐe
AKTOLUN BALKAYA Nevin	KAVLAK Oya	SOĞUKPINAR Neriman
AKPINAR BALCI Reva	KELLEÇİ Meral	SEREN İNTEPELER Őeyda
ALTUN İnsaf	KOCAMAN YILDIRIM Nazmiye	ŞAHİN Nevin
BAL YILMAZ Hatice	KULAKAÇ Özen	ŐENDİR Merdiye
BAYKAL Ülkü	KUKULU Kamile	ŐENUZUN Fisun
BİLGE AyiŐegül	METE Samiye	TANRİVERDİ Gülbu
ÇEBER Esin	OKANLI AyiŐe	TEL Hatice
DEMİRKİRAN Fatma	ÖĞCE Filiz	TEL Havva
DEMİR KORKMAZ Fatma	ÖZBAYIR Türkan	TERZİOĞLU Füsun
DİNÇ Leyla	ÖZEL EFE Emine	YAVA Ayla
EKTİ GENÇ Rabia	ÖZER Nadiye	YAVUZ Meryem
ENGİN Esra	ÖZKAN Özlem	YILDIRIM Yasemin
ERTEM Gül	ÖZMEN Dilek	ZAYBAK Ayten
GÜNER Perihan	ÖZTÜRK Candan	
GÜNEŐ Ülkü	ÖZTÜRK CAN Hafize	

## İÇİNDEKİLER

Editörden

### Araştırmalar

- Hemşire Öğretim Elemanlarının Örgütsel Bilgi Kültürü Algılarının İncelenmesi  
*Investigating the Perceptions of Nurse Lecturers Related of Organizational Knowledge Culture*  
Fatma ORGUN, Nilay ÖZKÜTÜK, Leyla KHORSHID, İsmet EŞER.....1-11
- Duygusal Özgürlük Teknikleri'nin Dismenore Üzerine Etkisinin İncelenmesi  
*Analysis of the Effects of Emotional Freedom Technigues on Dysmenorrhea*  
Ayşe ERSUN, Ayten ZAYBAK.....13-21
- Hemşirelik Öğrencilerinin Profesyonel Davranışları Uygulayabilme Durumlarının Belirlenmesi  
*Determination of Status of Applying The Professional Behaviours of Nursing Students*  
Kıvanç ÇEVİK, Leyla KHORSHID.....23-30
- Hemşirelik Öğrencilerinin Yaşlı Ayrımcılığına İlişkin Tutumları  
*Attitudes of Nursing Students Towards Ageism*  
Ezgi KARADAĞ, Bahar VARDAR İNKAYA, Gülnaz KARATAY.....31-40
- Tip 2 Diyabetlilerde Ayak Bakım Davranışlarının İncelenmesi ve Karşılaştırılması  
*Examination and Comprasion of Foot Care Behaviors of Individuals Who Have Type 2 Diabetes*  
Emine SÖZEN, Sevgi KIZILCI.....41-53
- Gebelik Öncesi Sigara İçen Kadınların Gebelik Döneminde Sigara İçme Durumlarına Etki Eden Faktörlerin İncelenmesi  
*Analysis of the Factors Affecting Smoker Women to Continue Smoking During Pregnancy*  
Sinem TEZCAN, Oya KAVLAK .....55-62
- Kemoterapi Alan Hastaların Yakınlarının Deneyimleri:  
Niteliksel Bir Çalışma  
*Experiences of Relatives of Patients Receiving Chemotherapy: A Qualitative Study*  
Eda AKTAŞ, Nuray BARIŞ, Seyhan HIDİROĞLU, Dilşad SAVE.....63-78

## Derleme Yazılar

- Hemşirelikte Kariyer Geliştirmede Yeni Bir Yaklaşım: Yönderlik  
*A New Approach on Career Development in Nursing: Mentoring*  
Fahriye VATAN, Ayla BAYIK TEMEL.....79-89
- Göçmen Kadınlarda Sağlık İnanç Modeli ve Sağlığı Geliştirme Modeli  
Kullanımının Meme Kanseri Erken Tanı Davranışlarındaki Değişime Etkisi  
*Effect of Using the Health Belief Model and the Health Promotion Model in  
Migrant Women on Change in Early Diagnosis Behaviors of Breast Cancer*  
Ayla TUZCU, Zuhâl BAHAR.....91-103
- Trafik Kazalarına Karşı Önlemler: Çocuk Oto Koruma Sistemleri  
*Preventions Against Traffic Accidents: Child Auto Protection Systems*  
Elif BİLSİN.....105-112
- Erken Çocukluk Döneminde Masturbasyon Sorunu Olan Çocuğa  
Hemşirelik Yaklaşımı  
*Nursing Approach to the Problem of the Child in the Early Childhood  
Masturbation*  
Selen ÖZAKAR.....113-122

## Olgu Sunumu

- Orem'in Öz Bakım Teorisine Göre Juvenil Dermatomyozitli Hastanın  
Değerlendirilmesi ve Hemşirelik Bakım Planı  
*Case Report: Nursing Care Plan and Evaluation of Patient With Juvenile  
Dermatomyositis According to Orem's Self-Care Theory*  
Gülçin ÖZALP GERÇEKER, Dilek BEYTUT, Gonca KARAYAĞIZ MUSLU,  
Figen YARDIMCI.....123-133

**Editörden Okura,**

**Değerli Okuyucularımız,**

Dergimizin son sayılarında gittikçe artan bir şekilde, derleme ve olgu sunumlarını görmek bizleri mesleğimizin gelişimi adına sevindirmektedir. Yazarlarımızdan dergimizde çıkan makaleleri kaynak olarak kullanmaya özen göstermelerini beklediğimizi tekrarlamak isterim.

Bu sayımızda on bir makale, bir olgu sunumu bulunmaktadır. Bu makalelerin yedisi araştırma, dördü derleme makaledir. Ayrıca her makale özgün ve özgün olduğu kadar da güncel konuları içermektedir. Bu makalelerin içerisindeki bilimsel bilgilerin, mesleğimizin bilimsel bilgi birikimini arttıracığı inancındayım.

Emeği geçen yazarlarımıza, hakemlerimize ve siz okurlarımıza teşekkür eder,, sağlıklı ve verimli günler dileyerek sevgi ve saygılarımı sunarım.

**Prof. Dr. Olcay ÇAM**  
**EDİTÖR**

**m.olcay.cam@ege.edu.tr**  
**olcaycam@yahoo.com**

**İletişim Mail Adresi:**

Özen DURAKOĞLU  
ozen.durakoglu@ege.edu.tr





## HEMŞİRE ÖĞRETİM ELEMANLARININ ÖRGÜTSEL BİLGİ KÜLTÜRÜ ALGILARININ İNCELENMESİ

INVESTIGATING THE PERCEPTIONS OF NURSE LECTURERS RELATED TO ORGANIZATIONAL  
KNOWLEDGE CULTURE

Yard.Doç.Dr. Fatma ORGUN\* Öğr.Gör.Dr. Nilay ÖZKÜTÜK\*  
Prof.Dr. Leyla KHORSHID\*\* Prof.Dr. İsmet EŞER\*\*

\*Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Hemşirelikte Öğretim AD.

\*\*Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Hemşirelik Esasları AD.

Bu araştırma, 4. Uluslararası & 11. Ulusal Hemşirelik Kongresinde (5-8 Eylül 2007, Ankara) sözel bildiri olarak sunulmuştur.

### ÖZET

**Amaç:** Son yıllarda, örgütler bilgi paylaşımını gerçekleştirebilmek için çeşitli yöntemler geliştirmektedirler. Yapılan çalışmalarda, bilginin gerçekleştirilmesi ve çoğaltılmasını sağlayan örgütlerin en etkili ve verimli örgütler olacakları belirtilmektedir. Kendine özgü bilgi kültürü oluşturabilmiş örgütler, gerek örgüt içinde gerekse örgütün çevresinde meydana gelen her türlü bilginin derlenmesi, toplanması, paylaşılması, yeniden üretilmesi ve yayılmasını sağlayarak örgütsel yapıyı güçlendirebilirler. Bu doğrultuda çalışma, ülkemizde bulunan hemşirelik yüksek okullarında görev yapan öğretim elemanlarının bilgiye ulaşma, kullanma, paylaşma ve yayma etkinliklerini ne düzeyde yerine getirdiklerini belirlemek amacıyla yapılan tanımlayıcı tipte bir çalışmadır.

**Gereç ve Yöntem:** Araştırmada veri toplama aracı olarak; çalışmacılar tarafından geliştirilen ve araştırma kapsamına alınan öğretim elemanlarının tanıtıcı özelliklerini içeren "Tanıtıcı Bilgi Formu" ve Tunç ve Başaran (2004) tarafından geliştirilen "Örgütsel Bilgi Kültürü Ölçeği" kullanılmıştır.

Ülkemizde yer alan hemşirelik yüksekokullarında görev yapmakta olan ve araştırmaya katılmayı kabul eden 211 öğretim elemanı araştırma kapsamına alınmıştır. Veriler, araştırma için hemşirelik yüksekokullarından gerekli yazılı izinler alınarak, 01 Mayıs - 31 Aralık 2005 tarihleri arasında posta ve e-mail yolu ile toplanmıştır.

**Bulgular ve Sonuç:** Hemşire öğretim elemanlarının örgütsel bilgi kültürü ölçeği puan ortalamalarının (129.03±31.04) orta düzeyde olduğu, örgütsel bilgi kültürüne ilişkin görüşlerinin ise ünvana ve toplam çalışma yılına göre farklılaştığı, ancak yaşa ve kurumda çalışma yılına göre farklılaşmadığı saptanmıştır.

**Anahtar Sözcükler:** Bilgi kültürü, Örgütsel kültür, Öğretim elemanı

### ABSTRACT

**Objective:** In recent years a number of methods have been developed to execute organizational information share. In the studies performed it was stated that organizations that will able to execute and proliferate information would be the most effective and productive ones.

*Those organizations which are able to form their unique information culture can reinforce organizational structure by enabling compilation, collection, sharing, regeneration and dissemination of all kinds of information. Accordingly, this study is a descriptive type of study carried out to identify the extent to which those nurse lecturers, working in higher schools of nursing, abilities to access, to utilize, share and disseminate information.*

**Methods:** An "Identifiable Information Form", developed by researchers and included in the scope of research and contained introductory characteristics of the nurse lecturers and an "Organizational Knowledge Culture Scale", developed by Tunç and Başaran (2004) were used in research as data collection tools.

*In the scope of research a total of 211 nurse lecturers who were working in higher schools of nursing in our country and accepted to participate in research were included. Data were collected through mail and e-mail between 01 May and 31 December after necessary written approvals were obtained from higher schools of nursing.*

**Results and Conclusion:** It was determined that nurse lecturers mean scores of organizational knowledge culture scale was at medium level (129.03±31.04) and their views related to organizational knowledge culture differed according to title and the total number of years spent in service, however they did not differ according to age and number of years spent in organization.

**Key Words:** Knowledge culture, Organizational culture, Nurse lecturers

## **GİRİŞ**

21. yüzyılda dünyamız ve çevremiz tahmin edilenden, hatta hayal edilenden daha hızlı bir dönüşümle çehresini değiştirmektedir. İnsan bu değişimin sebebi ve sonucu olarak, dönüşümün tam orta yerinde var olmak ve var olanı anlamak üzerine kurulmuş bir sorgulama döngüsünde "bilgi"ye her zamankinden çok daha fazla ihtiyaç duymaktadır. Yaşadığımız çağın isminin bilgi çağı olmasının temel nedeni, var olanı anlamak ve işlemek için bilgiye olan ihtiyacın hızla artmasıdır.

Dünyaya "insan olma olanağı" ile gelmiş bir varlığın, bu olanağı gerçekleştirme sürecindeki temel aracı/malzemesi 'bilgi'dir. Günümüzde yaşanan hızlı değişim süreci, iletişim ve bilişim teknolojisindeki gelişmeler "Bilgi Toplumu" olarak adlandırılan toplumsal bir yapılanmayı gerekli kılmıştır. Bilgi toplumu kavramı bir toplumun bilgi ile olan ilişkisinin düzeyinin ve niteliğinin gelişmişliğini anlatır. Gelişen teknolojiden yararlanmak toplum içindeki zor ve karmaşık algılanan işleri basit hale getirmiş, bireyler arasındaki bilgi alışverişini hızlandırmıştır. Sonuçta ortaya, öğrenen, öğrendiklerini paylaşan karmaşık bir organizasyonel yapı çıkmıştır (Işıklar 2002).

Bilginin gerçekleştirilmesi ve çoğaltılmasını sağlayan örgütlerin en etkili ve verimli örgütler olacakları belirtilmektedir (Thorn 2001). Bilgi ve uzmanlığın önemli olduğu bilincine varan, bunları geliştiren ve kullanan kurumlar, bu alanda attıkları adımların kısa sürede katma değer olarak kendilerine geri döndüğünü görebilmektedirler. Bu nedenle son yıllarda organizasyonel performanslarını artırmak isteyen birçok örgüt, örgütsel bilgisini nitelikli bir biçimde üretmek, paylaşmak ve kullanmak için çaba sarf etmektedir (Odabaş 2003).

Örgütün bilgi kültürü, bilginin elde edilmesi, örgütsel amaçlar yönünde kullanılması ve geliştirilmesi sürecinde bir dizi işlemi gerçekleştirerek örgütsel etkililiği ve verimliliği sağlamada temel etkindir (Akt: Tunç ve Başaran 2004).

Bilginin örgütsel değerini kalıcı kılmak için, bilginin örgütlerde sürekli çeşitli yollarla üretken kılınması gerekmektedir (Barutçugil 2002). Bilginin üretken kılınmasında ise, yeni teknolojinin uygulanmasından bir organizasyonun bilgi temelinden yararlanmasına kadar her şeyin tanımlanmasında bilgi yönetimi kullanılır (Ubon ve Kimble 2002). Örneğin, örgüt içi sosyalizasyon sürecinin sürekli desteklenmesi, örgüt içi iletişim kanallarının devamlı açık tutulması, örgütün performansı için yeni bilgilerin örgüt içerisine girmesine olanak tanınması gibi faaliyetler, örgütün bilgiyi üretken kılmasına yönelik olarak yapılan bilgi yönetimi çalışmaları bu bağlamda değerlendirilebilir (Sağsan 2004).

Bilginin üretilmesi bireylere veya birimlere ulaştırılması, yalnızca bilgi ve iletişim teknolojisini uygulamakla mümkün olmamaktadır (Çapar 2003). Örgütsel olanakların yanı sıra, örgütün bilgiye olan yaklaşımı da önemlidir. Örgütsel yapının niteliği, örgütsel kurallar, değerler, gelenekler, yasal düzenlemeler, ödül ve ceza sistemi, insan kaynağının niteliği, yönetimin yaklaşımı vb. örgütsel nitelikler, örgüt içinde ve dışında üretilen bilgiye ulaşma, kullanma, paylaşma ve geliştirme süreçlerinin niteliğinin belirleyicisidir. Kendine özgü bilgi kültürü oluşturabilmiş örgütler, gerek örgüt içinde gerekse örgütün çevresinde meydana gelen her türlü bilginin, derlenmesi, toplanması, paylaşılması, yeniden üretilmesi ve yayılmasını sağlayarak örgütsel yapıyı güçlendirebilirler (Tunç ve Başaran 2004).

Son yıllarda, örgütler bilgi paylaşımını gerçekleştirebilmek için çeşitli yöntemler geliştirmektedirler. İnsanlar artık geçmişe oranla her gün daha çok bilgiye, daha farklı yöntemlerle, sesli, görüntülü, elektronik, basılı vb. dosyalara ulaşmaktadırlar. Her gün okumak durumunda kaldığımız yazışmalar, e-postalar, raporlar, dinlemek ve cevaplamak zorunda kaldığımız diyaloglar, telefonlar artan örgütsel çalışmalara örnek olarak gösterilebilir (Odabaş 2003). Bir grup içindeki insanlar, birbirlerini ne kadar iyi tanırlarsa, birbirlerine danışmaları ve bilgilerini paylaşmaları da o kadar fazla olabilecektir. Fakat, bir araya gelmek sosyal olaylar aracılığı ile olamaz. Çünkü, genellikle bilgiye işle ilgili konularda ihtiyaç vardır. Örgüt içi kıyaslama, arkadaşına yardım etme, görev yeri ziyaretleri, teknoloji fuarları ve sorun çözüme toplantıları gibi etkinliklerin desteklenmesi insanların başkalarının bildikleri hakkında bilgisini geliştirmeye yardımcı olacaktır. Ayrıca yöneticilerin, çalışanların ödünç aldığı bilgileri anlayabilmeleri ve uygulayabilmeleri için zaman tanımaları ve desteklemeleri gerekmektedir (Özçınar ve Karadal 2003).

Öğretim elemanları buldukları kurumun örgüt kültürünü oluşturan ve bu kültürden en çok etkilenen grubu oluşturmaktadır. Öğretim elemanlarının örgüt kültürüne ilişkin algılamaları, onların motivasyonunu, performansını, iş tatminlerini ve işe bağlılıklarını etkilemektedir. Bir eğitim örgütü olarak hemşirelik eğitim kurumları da kendilerine özgü örgüt kültürüne sahiptirler (Kantek 2005).

Bu bağlamda çalışma, ülkemizde bulunan kendine özgü örgüt kültürüne sahip, hemşirelik yükseköğretim kurumlarında görev yapan öğretim elemanlarının bilgiye ulaşma, kullanma, paylaşma ve yayma etkinliklerini ne düzeyde yerine getirdiklerini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

## GEREÇ VE YÖNTEM

Bu araştırma, ülkemizde bulunan hemşirelik yüksekokullarında görev yapan öğretim elemanlarının bilgiye ulaşma, kullanma, paylaşma ve yayma etkinliklerini ne düzeyde yerine getirdiklerini belirlemek amacıyla yapılan tanımlayıcı tipte bir çalışmadır.

Ülkemizde yer alan hemşirelik yüksekokullarında (10) görev yapmakta olan öğretim elemanları araştırma kapsamına alınmıştır (N=433). Araştırmaya katılmayı kabul eden ve anket formuna yanıt veren öğretim elemanları araştırmanın örneklemini oluşturmuştur (n=211). Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu bilimsel etik kurulundan ve araştırma kapsamına alınan Hemşirelik Yüksekokullarından gerekli yazılı izinler alınmıştır. Veriler, 01 Mayıs-31 Aralık 2005 tarihleri arasında posta ve e-mail yolu ile toplanmıştır.

Veri toplama aracı olarak iki bölümden oluşan anket formu kullanılmıştır.

**I. Tanıtıcı Bilgi Formu:** Araştırmacılar tarafından hazırlanan tanıtıcı bilgi formunda yaş, eğitim düzeyi, çalışma yılları gibi sosyo-demografik özelliklere ilişkin 10 soru yer almaktadır.

**II. Örgütsel Bilgi Kültürü Ölçeği (ÖBKÖ):** Tunç ve Başaran (2004) tarafından geliştirilen "Örgütsel Bilgi Kültürü Ölçeği (ÖBKÖ)" kullanılmıştır. Örgütsel Bilgi Kültürü Ölçeği 38 sorudan oluşmakta ve alt ölçeği bulunmamaktadır. Ölçekten toplam puan elde edilebilmektedir. Yüksek puan, örgütsel bilgi kültürünün olumlu yönde algılandığını, düşük puan ise algılamamanın olumsuz yönde olduğunu göstermektedir. Ölçekten alınabilecek en yüksek puan 190 ve en düşük puan ise 38'dir. Cevaplayıcıların görüş ifadelerine katılıp katılmadıkları "tamamen katılıyorum (5 puan)", "çok katılıyorum (4 puan)", "orta düzeyde katılıyorum (3 puan)", "az katılıyorum (2 puan)", ve "hiç katılmıyorum (1 puan)" seçenekleriyle belirlenmiş 5'li dereceleme ölçeği biçiminde düzenlenmiştir. Ölçeğin Tunç ve Başaran (2004) tarafından bulunan Cronbach Alfa güvenirlik katsayısı  $r=.96$ 'dır. Ölçeğe ilişkin tarafımızdan yapılan güvenirlik analizi sonucu bulunan güvenirlik katsayısı ise  $r=.975$ 'dir.

**Tablo 1:** Örgütsel Bilgi Kültürü Ölçeği Puan Aralığı

Örgütsel Bilgi Kültürü Algısı	Puan Aralığı
Düşük	38 - 88,6
Orta	88,7 - 139,3
Yüksek	139,4 - 190

Verilerin çözümlenmesinde, SPSS programı kullanılarak, yüzde dağılımları alınmış ve varyans analizi uygulanmış, önem düzeyi .05 olarak alınmıştır.

## BULGULAR VE TARTIŞMA

### I- Sosyo-Demografik Verilere İlişkin Bulgular

Araştırma kapsamına alınan öğretim elemanlarının yaş ortalamasının  $34.65 \pm 8.27$  olduğu ve çoğunluğunun 24 -30 yaş grubunda (%40.8) yer aldığı, %53.1'inin doktora diplomasına sahip olduğu saptanmıştır. Öğretim elemanlarının görev yaptığı kurumda çalışma yılı ortalaması  $7.85 \pm 6.65$  ve toplam çalışma yılı ortalaması da  $12.93 \pm 8.08$  olarak belirlenmiştir.

Araştırma kapsamına alınan öğretim elemanlarının çoğunluğunu (%57.8) araştırma görevlileri %19.9'unuda yardımcı doçentler oluşturmaktadır.

### II- Sosyo-Demografik Verilerle Örgütsel Bilgi Kültürü Puan Ortalamalarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

**Tablo 2:** Hemşire Öğretim Elemanlarının Yaş Gruplarına Göre Örgütsel Bilgi Kültürü Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

YAŞ	ÖRGÜTSEL BİLGİ KÜLTÜRÜ ÖLÇEĞİ				
	n	X	S	F	P
24 – 30 yaş grubu	86	127.14	30.15		
31 – 37 yaş grubu	60	124.50	32.11		
38 – 44 yaş grubu	36	133.58	28.92	2.79	.085
45 – 51 yaş grubu	16	135.50	32.09		
52 yaş ve üzeri	11	150.10	23.51		

Hemşire öğretim elemanlarının, yaş gruplarına göre ÖBKÖ puan ortalamaları incelendiğinde, yaş grupları ile ÖBKÖ puan ortalamaları arasında yapılan varyans analizi sonucunda istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ( $p>.05$ ). Ortalamalara bakıldığında ise; 52 yaş ve üzeri yaş grubunda ( $x=150.10 \pm 23.51$ ) olan öğretim elemanlarının ÖBKÖ puan ortalamalarının diğer yaş gruplarındaki öğretim elemanlarına göre daha yüksek olduğu, bu durumun deneyim sahibi öğretim elemanlarının kendi bilgi ve deneyimlerini yetiştirmekte olduğu öğretim elemanları ve öğrencileri ile paylaşmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Gold ve ark. 2001 yaptıkları çalışmada yeni bir bilginin elde edilmesinde, üretilmesinde ve bilginin anlaşılmasında son derece deneyim ve işbirliği gerektiğini belirtmektedir. Çakar ve Yıldız 2010 araştırmalarının da örgütsel bilginin yaratılması, kişisel deneyimlerin yayılması ve paylaşılmasının gerekliliğini belirtilmekte olup ilgili literatür ile çalışma bulguları paralellik göstermektedir. Bu durum deneyim arttıkça örgütsel bilgi paylaşımının çoğaldığının bir göstergesi sayılabilir.

**Tablo 3:** Hemşire Öğretim Elemanlarının Ünvanlarına Göre Örgütsel Bilgi Kültürü Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

ÜNVAN	ÖRGÜTSEL BİLGİ KÜLTÜRÜ ÖLÇEĞİ				
	n	X	S	F	P
Profesör	11	144.27	30.48		
Doçent	14	122.14	26.44	2.55	.041*
Yardımcı Doçent	42	133.05	31.28		
Öğretim Görevlisi	21	142.48	31.08		
Araştırma Görevlisi	122	125.48	29.76		

Tablo 3'deki bulgular incelendiğinde; hemşire öğretim elemanlarının ünvanları ile ÖBKÖ toplam puanı arasında yapılan varyans analizi sonucunda istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ( $F=2.55$ ,  $p<.041$ ).

Yapılan analiz sonucu, hemşire öğretim elemanlarının ÖBK algılarına ilişkin ortalamalara bakıldığında, profesör ( $x=144.27\pm 30.48$ ) ve öğretim görevlisi ( $x=142.48\pm 31.08$ ) olan hemşire öğretim elemanlarının ÖBK algılarının yüksek, doçent ( $x=122.14\pm 26.44$ ), yardımcı doçent ( $x=133.05\pm 31.28$ ) ve araştırma görevlisi ( $x=125.48\pm 29.76$ ) olan hemşire öğretim elemanlarının ise ÖBK algılarının orta düzeyde olduğu görülmektedir. Öğretim elemanlarının görüşlerinin ünvana göre farklılaşması hemşirelik yüksekokullarında görev yapan öğretim elemanlarının kurumlarındaki durumu benzer algıladıklarını göstermektedir. Tunç ve Çelikkaleli 2005 tarafından yapılan çalışmada ise tüm ünvanlar da görev yapan öğretim elemanlarının fakültelerindeki durumu benzer algıladıkları bulunmuştur. Bu bulgu bizim araştırma bulgularımızla paralellik göstermemektedir.

**Tablo 4:** Hemşire Öğretim Elemanlarının Kurumda Çalışma Yılına Göre Örgütsel Bilgi Kültürü Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

KURUMDA ÇALIŞMA YILI	ÖRGÜTSEL BİLGİ KÜLTÜRÜ ÖLÇEĞİ				
	n	X	S	F	P
0-5 yıl	111	128.94	32.15		
6-10 yıl	44	124.52	28.84		
11-15 yıl	24	128.25	29.19	1.133	.342
16-20 yıl	19	140.58	28.66		
21 yıl ve üzeri	12	137.17	23.64		

Tablo 4'deki bulgular incelendiğinde; hemşire öğretim elemanlarının kurumda çalışma yılına göre ÖBK Ölçeği toplam puanı arasında yapılan varyans analizi sonucunda istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ( $p>.05$ ). Yapılan analiz sonucu, hemşire öğretim elemanlarının ÖBK algılarına ilişkin ortalamalara bakıldığında, 16-20 yıldır ( $x=140.58\pm 28.66$ ) bu kurumda çalıştığını ifade eden hemşire öğretim elemanlarının ÖBK algılarının yüksek düzeyde, diğer hemşire öğretim elemanlarının ise ÖBK algılarının orta düzeyde olduğu görülmektedir. Nemli ve Özler 2007 yaptıkları çalışmalarında da bu çalışma ile benzer olarak çalışanların çalışma

sürelerinin bilgi paylaşımını etkilemediği bulunmuştur. Bu çalışmada öğretim elemanlarının çalışma sürelerinin çoğunlukla 0-5 yıl arasında olması ve bu yüzden genç çalışanların kurum içinde yükselme isteklerinin bilgi paylaşımını engellediğini düşündürmektedir.

**Tablo 5:** Hemşire Öğretim Elemanlarının Toplam Çalışma Yıllarına Göre Örgütsel Bilgi Kültürü Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

TOPLAM ÇALIŞMA YILLARI	ÖRGÜTSEL BİLGİ KÜLTÜRÜ ÖLÇEĞİ				
	n	X	S	F	P
0-5 yıl	43	136.84	4.43		
6-10 yıl	58	119.26	3.78		
11-15 yıl	34	122.56	4.67	4.233	.003*
16-20 yıl	41	132.34	5.38		
21 yıl ve üzeri	34	140.94	4.69		

Tablo 5'deki bulgular incelendiğinde; hemşire öğretim elemanlarının toplam çalışma yıllarına göre ÖBK ölçeği toplam puanı arasında yapılan varyans analizi sonucunda, toplam çalışma yılı 21 yıl ve daha fazla olan hemşire öğretim elemanlarının ÖBK algılarının yüksek, diğer çalışma yıllarında olan hemşire öğretim elemanlarının ise ÖBK algılarının orta düzeyde olduğu ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir ( $F=4.233, p<.003$ ).

Örgütsel bilgi kültürü algıları, hemşire öğretim elemanlarının bazı sosyo demografik değişkenleri ile karşılaştırıldığında; 52 yaş ve üzerinde olan, profesör ve öğretim görevlisi ünvanına sahip, kurumlarında 16-20 yıldır çalışan ve toplamda 21 ve daha uzun süredir çalışan öğretim elemanlarının örgütsel bilgi kültürü puan ortalamalarının **yüksek** düzeyde olduğu belirlenmiştir. Yeniçeri ve Demirel 2007 yaptıkları çalışmalarında da çalışanların yaşı, görevi, eğitim durumu ve toplam çalışma süreleri ile bilgi paylaşımı arasında ilişki bulunduğu, eğitim düzeyi ve kurumda çalışma süresi arttıkça bilgi paylaşımına yönelik bireysel engellerin azaldığı belirtilmektedir. Bu doğrultuda; uzun yıllar aynı kurumda çalışan ve bu mesleğe emek veren öğretim elemanlarının kurumlarını daha olumlu yönde değerlendirdiklerini, deneyimlerini ve bilgilerini paylaşmaya daha açık olduğunu düşündürmektedir.

*Hemşire Öğretim Elemanlarının Örgütsel Bilgi Kültürü Ölçeği Puanlarının Dağılımı tablo 6 ve 7'de verilmiştir.*

**Tablo 6:** Hemşire Öğretim Elemanlarının ÖBKÖ Maddelerinden En Yüksek Puan Alan İlk Üç Maddenin Dağılımı

MADDELER	X	S
<b>34.</b> Yüksekokuldaki öğretim elemanları, alanlarıyla ilgili seminer, konferans, sempozyum, kongre vb bilimsel etkinliklere katılır	4.06	.90
<b>11.</b> Yüksekokuldaki, öğretim elemanları etik sınırlar içinde, istedikleri konuda araştırma ve yayın yapabilirler	3.91	1.05

3. Yüksekokuldaki öğretim elemanları, eğitsel etkinliklerde yeni bilgi ve teknolojileri kullanırlar	3.82	.91
<b>Toplam ÖBK Ölçeği</b>	129.03	31.04

Örgütsel Bilgi Kültürü Ölçeği ölçek maddelerinin, öğretim elemanlarının her bir maddeden aldıkları puanların aritmetik ortalamaları ve standart sapma sonuçları Tablo 6'da yer almaktadır. Hemşirelik Yüksekokullarında görev yapan öğretim elemanlarının örgütsel bilgi kültürü algılarının (129.03±31.04) orta düzeyde olduğu saptanmıştır.

Tablo 6'da görüldüğü gibi ülkemizde bulunan Hemşirelik yüksekokullarındaki en yüksek olarak değerlendirilen ilk üç durum sırasıyla, "Yüksekokuldaki öğretim elemanları, alanlarıyla ilgili seminer, konferans, sempozyum, kongre vb bilimsel etkinliklere katılır (4.06 ± .90)", "Yüksekokuldaki, öğretim elemanları etik sınırlar içinde, istedikleri konuda araştırma ve yayın yapabilirler (3.91 ± 1.05)" ve "Yüksekokuldaki öğretim elemanları, eğitsel etkinliklerde yeni bilgi ve teknolojileri kullanırlar (3.82 ± .91)" dır.

Hemşirelik Yüksekokullarındaki öğretim elemanlarının bilgiye ulaşma konusunda kongre, sempozyum vb. bilimsel etkinliklere katılım düzeylerinin oldukça yüksek olması, öğretim elemanlarının alanları ile ilgili bilimsel gelişmeleri izlediklerinin göstergesidir. Bu olumlu bir durum olarak görülebilir. Yapılan araştırmalarda; bilimsel etkinliklere katılmama öğretim elemanlarında, gelişmelerden haberdar olamama kaygısı yaratarak stres düzeyini arttırırken (Tunç ve Çelikkaleli 2005), öğretim elemanlarının desteklendikleri ortamlarda akademik etkinliklerin üst düzeye çıktığı sonucuna ulaşılmıştır (Tang ve Chamberlain 2003).

Hemşirelik Yüksekokullarındaki öğretim elemanlarının etik sınırlar içinde yüksek düzeyde araştırma ve yayın yapabilmeleri, etik ilkelerin öğretim elemanlarınca paylaşılması, yüksekokullarda örgütsel kültürün niteliğinin geliştirilmesinin etik sınırlar içinde olacağı biçiminde yorumlanabilir. Kerr (1994)'e göre de öğretim elemanlarının davranışını, mesleki normlar ve değerlerden çok formal yapılar (etik kurallar, yasa maddeleri) kontrol etmektedir. Sonuç olarak, hemşire öğretim elemanlarının etik ilkeler konusunda duyarlı oldukları söylenebilir.

Hemşirelik Yüksekokullarında görev yapan öğretim elemanlarının, eğitsel etkinliklerde yeni bilgi ve teknolojilerini yüksek düzeyde kullandıklarını belirtmeleri, ülkemizdeki Hemşirelik Yüksekokullarında teknolojik alt yapının yeterli olduğunun ve öğretim elemanlarının da eğitsel etkinliklerde yeni bilgi ve teknolojileri kullanma becerisine sahip olduklarının bir göstergesi olduğu söylenebilir.

**Tablo 7:** Hemşire Öğretim Elemanlarının ÖBKÖ Maddelerinden En Düşük Puan Alan Son Üç Maddenin Dağılımı

MADDELER	X	S
1. Yüksekokula sürekli alınan süreli yayınlar ve kütüphanedeki kaynaklar bilgiye ulaşmak için yeterlidir	2.43	1.09
30. Yüksekokulda bilgi üreten bireyler ödüllendirilir	2.61	1.15



16. Yüksekokulda, öğretim elemanlarına, bilgiye yaptıkları katkı oranında değer verilir	2.64	1.18
<b>Toplam ÖBK Ölçeği</b>	129.03	31.04

Tablo 7’de görüldüğü gibi, Hemşirelik Yüksekokullarında bilgi kültürü bakımından en düşük olarak değerlendirilen durumlar ise, “Yüksekokulda, öğretim elemanlarına, bilgiye yaptıkları katkı oranında değer verilir (2.64 ± 1.18)”, “Yüksekokulda bilgi üreten bireyler ödüllendirilir (2.61 ± 1.15)” ve “Yüksekokula sürekli alınan süreli yayınlar ve kütüphanedeki kaynaklar bilgiye ulaşmak için yeterlidir (2.43 ± 1.09)” dir (Tablo 7).

Hemşirelik Yüksekokullarına sürekli alınan süreli yayınların ve kütüphanedeki kaynakların bilgiye ulaşmak için yeterli olmaması, öğretim elemanlarının alanları ile ilgili bilimsel gelişmeleri izlemede kaynakların yetersizliği, öğretim elemanlarının iş stresini artırarak onların güçlük yaşamalarına neden olmakta ve bu durum öğretim elemanlarının güdülenmelerini olumsuz yönde etkilemektedir.

Hemşirelik Yüksekokullarında 2. ve 3. sırada en düşük olarak değerlendirilen “öğretim elemanlarına, bilgiye yaptıkları katkı oranında değer verilir” ve “bilgi üreten bireyler ödüllendirilir” maddeleridir. Örgütlerde ödül sistemi, örgüt içi bilgi paylaşımını etkilemektedir. Örgüt içinde ödül, örgütün bireye ödediği ücretten daha büyük anlam taşımaktadır. Kültürel olarak birbirine yakın olan çalışanlar bilgiyi rahatlıkla paylaşarak örgütün diğer örgütlerden avantajlı duruma geçmesini sağlarlar. Bilginin paylaşılmasında kültürel olarak sadece çalışanlar arasındaki ilişki değil, örgütte yer alan yönetimin, örgüt içindeki açıklığın, örgütün değer ve normlarının, paylaşım sonucunda uygulanan ödül sisteminin etkisi bulunmaktadır (Nemli ve Özler 2007). Paylaşım kültürünün oluşturulmasında, örgütteki iletişimin ve etkileşimin niteliği önemlidir.

Öğretim elemanlarının birbirleri ile etkileşim içinde akademik çalışmalarını, öğretim ve idari işlemleri yerine getirmeleri beklenir. Ancak akademisyeni kontrol altında tutmanın bir aracı olarak performans dayalı değerlendirmelerin ve akademik yükseltme kriterlerinin olması, akademide daha çok bireysel amaçların ön plana çıktığı bir mesleki yaklaşımın geliştirilmesine neden olabilmektedir. Bu süreçte öğretim elemanları, hem yoğun bir rekabete yönlendirilmekte hem de sürekli olarak değerlendirilmeye tabi tutulmaktadır (Tunç ve Çelikkaleli 2003).

Sonuç olarak; öğretim kurumlarında, bilgi paylaşımına uygun bir çalışma ortamının yaratılması, gelişme döngüsünü pekiştirecek ve daha fazla güven oluşturacak, iletişim kanallarını daha fazla açacak, örgütsel öğrenmeyi daha da hızlandıracak ve giderek daha yüksek kalitede bilgi paylaşımını gerçekleştirecektir (Barutçuğul 2002).

**Tablo 8:** Hemşire Öğretim Elemanlarının “Örgütsel Bilgi Kültürü” Tanımına Verdikleri Yanıtların Dağılımı

Örgütsel Bilgi Kültürünün Tanımlanmasına İlişkin Verilen Yanıtlar	Sayı	Yüzde
1. Cevap yok	92	43.6
2. Bireylerin açık ve örtülü bilgilerinin örgütlerdeki etkileşim içine girmeleri sonucu büyüme ve gelişme gereksinimine göre yeni örgütsel bilgileri üretmeleri, paylaşmaları ve kullanmalarıdır.	77	36.5

3. Kurumdaki bilginin geliştirilmesi ve yayılması için o örgütü kullanan tüm üyelerin teşvik ve takdir edilmesi, olanakların sağlanması, bilgiyi paylaşma ile ilgili vizyonu, bu doğrultuda bilginin üretilmesi, desteklenmesi, paylaşılması, yaşama geçirilmesi, denetlenmesi, ödüllendirilmesi	31	14.7
4. Bilgi paylaşımı, bilginin etik kurallara uygun kullanımı ve bu konuda örgüt çalışanlarının duyarlı olması	3	1.4
5. Bilimsel bilgiler, süreli yayınlar, internet	8	3.8

Hemşire öğretim elemanlarının “örgütsel bilgi kültürü” tanımına verdikleri yanıtların dağılımı tablo 8’de görülmektedir.

“Örgütsel bilgi kültürü deyince ilk olarak aklınıza ne geliyor?” şeklinde soru yönelildiğinde, hemşire öğretim elemanlarının % 43.6’sı bu soruya yanıt vermemişlerdir. Soruya yanıt verenlerin %36.5’i örgütsel bilgi kültürünü “bireylerin açık ve örtülü bilgilerinin örgütlerdeki etkileşim içine girmeleri sonucu büyüme ve gelişme gereksinimine göre yeni örgütsel bilgileri üretmeleri, paylaşımları ve kullanmalarıdır” şeklinde tanımlamışlardır. Öğretim elemanlarının yapmış oldukları tanımların ilgili alanyazında belirtilen tanımlarla benzerlik gösterdiği düşünülmektedir (Özçınar ve Karadal 2003; Tunç ve Başaran 2004; Çakar, Yıldız ve Dur 2010).

## SONUÇ VE ÖNERİLER

Araştırma kapsamına alınan Hemşirelik Yüksekokullarında görev yapan öğretim elemanlarının örgütsel bilgi kültürü puan ortalamalarının (129.03±31.04) orta düzeyde olduğu saptanmıştır.

Hemşire öğretim elemanlarının örgütsel bilgi kültürüne ilişkin görüşlerinin ise ünvana ve toplam çalışma yılına göre farklılaştığı ancak yaşa ve kurum çalışma yılına göre farklılaşmadığı belirlenmiştir.

Örgütsel bilgi kültürü algıları, hemşire öğretim elemanlarının bazı sosyo demografik değişkenleri ile karşılaştırıldığında; 52 yaş ve üzerinde olan, profesör ve öğretim görevlisi ünvanına sahip, kurumlarında 16- 20 yıldır çalışan ve toplamda 21 ve daha fazla yıldır çalışan öğretim elemanlarının örgütsel bilgi kültürü puan ortalamalarının **yüksek** düzeyde olduğu belirlenmiştir. Bu doğrultuda; uzun yıllar aynı kurumda çalışan ve bu mesleğe emek veren öğretim elemanlarının kurumlarını daha olumlu yönde değerlendirdiklerini düşündürmektedir.

Araştırma bulguları ışığında geliştirilen öneriler aşağıda yer almaktadır:

1. Hemşirelik Yüksekokullarındaki kütüphanelerin bilgiye ulaşma açısından yeterli duruma getirilmesi, süreli yayınların artırılması ve devamlılığının sağlanması,
2. Hemşirelik Yüksekokullarında, bilgi paylaşımına daha uygun bir çalışma ortamının yaratılması,
3. Hemşirelik Yüksekokullarında bilgiye yapılan katkının değerlendirilmesi için ödüllendirme sisteminin benimsenmesi,
4. Her kurumun kendine özgü örgütsel bilgi kültürünün ayrı ayrı araştırıldığı çalışmaların yapılması önerilmektedir.

## KAYNAKLAR

- Barutçuğil İ. Bilgi Yönetimi. İstanbul: Kariyer Yayıncılık İletişim. Eğitim Hizmetleri; 2002
- Çapar B. (2003). Bilgi Yönetimi: Nasıl Bir İnsan gücü? 12.03.2005'de [http://www.bilgiyonetimi.org/cm/pages/mkl\\_gos.php?nt=257#\\_ftnref19](http://www.bilgiyonetimi.org/cm/pages/mkl_gos.php?nt=257#_ftnref19) html adresinden indirildi.
- Çakar N D, Yıldız S, Dur S. Bilgi Yönetimi ve Örgütsel Etkinlik İlişkisi: Örgüt Kültürü ve Örgüt Yapısının Temel Etkileri. Ege Akademik Bakış / Ege Academic Review 2010; 10 (1): 71-93.
- Gold H A, Malhotra A, Segars A H. Knowledge Management: An Organizational Capabilities Perspective. Journal of Management Information Systems. 2001;18:185-214.
- İşıklar K İ. (2002). 21. Yüzyılda Bilgi, Uygarlık ve Değişim. 15.03.2005'de <http://www.aydinlanma1923.org/sayi/40/40-02.htm> html adresinden indirildi.
- Kantek F. Hemşirelik Yüksekokulları İçin Örgüt Kültürü Ölçeğinin Geliştirilmesi ve Uygulanması. Yayınlanmamış Doktora Tezi. İstanbul: İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. 2005
- Kerr C. Knowledge Ethics and the New Academic Culture. Change. 1994;26 (1): 8 -15
- Nemli H, Özler D. Örgüt Kültürü ile Bilgi Paylaşımı Arasındaki İlişkiye Yönelik Bir Araştırma. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Kütahya: Dumlupınar Üniversitesi: İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi İşletme Anabilim Dalı Yönetim ve Organizasyon Bilim Dalı. 2007
- Odabaş H (2003). Kurumsal Bilgi Yönetimi. 12.03.2005'de [http://www.stradigma.com/turkce/kasim2003/makale\\_07.html](http://www.stradigma.com/turkce/kasim2003/makale_07.html) html adresinden indirildi
- Özçınar F, Karadal H. (2003). Örgüt İçi Bilgi Paylaşımı: Bir Örnek Olay Çalışması. 12.09.2011'de <http://www.erpakademi.com/orgut-ici-bilgi-paylasimi-bir-ornek-olay-calismasi.html.html> adresinden indirildi.
- Sağsan M. (2004). Bilgi Yönetiminin Kavramsal Çerçevesi ve Başkent Üniversitesi İletişim Fakültesi Bilgi ve Belge Yönetimi Bölümü. 12.03.2005'de [http://www.bilgiyonetimi.org/cm/pages/mkl\\_gos.php?nt=442.html](http://www.bilgiyonetimi.org/cm/pages/mkl_gos.php?nt=442.html) adresinden indirildi.
- Tang T L, Chamberlain M. Effects of Rank, Tenure, Length of Service, and Institution on Faculty Attitudes Toward Research and Teaching: The Case of Regional State Universities. Journal of Education for Business. 2003;79(2):103-110
- Thorn C A. (2001; 9(47)). Knowledge Management for Educational Information Systems: What is the State of the Field?. Education Policy Analysis Archives. 10.03.2005'de <http://epaa.asu.edu/epaa/v9n47/> html adresinden indirildi.
- Tunç B, Başaran T. Örgütsel Bilgi Kültürü Ölçeği Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. 2. International Balkan Education Congress Kitabı. Edirne: 2004;346-350.
- Tunç B, Çelikkaleli Ö. Üniversitede Bilgi Kültürü: Mersin Üniversitesi Eğitim Fakültesi Örneği. Mersin Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi. 2005; 1(2): 181-195.
- Ubon A N, Kimble C. (2002). Knowledge Management in Online Distance Education. Networked Learning, 10.03.2005'de [http://www.cs.york.ac.uk/mis/docs/km\\_in\\_olde.pdf](http://www.cs.york.ac.uk/mis/docs/km_in_olde.pdf). html adresinden indirildi.
- Yeniçeri Ö, Demirel Y. Örgüt İçi Bilgi Paylaşımına Yönelik Bireysel ve Örgütsel Engeller Üzerine Bir Araştırma. Selçuk Üniversitesi Karaman İ.İ.B.F. Dergisi. 2007; 12 (9):221-233.



## DUYGUSAL ÖZGÜRLÜK TEKNİKLERİ'NİN DİSMENORE ÜZERİNE ETKİSİNİN İNCELENMESİ

### ANALYSIS OF THE EFFECTS OF EMOTIONAL FREEDOM TECHNIQUES ON DYSMENORRHEA

Araş.Gör. Ayşe ERSUN\*

Doç.Dr. Ayten ZAYBAK\*\*

\*Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hast. Hemş. AD.

\*\*Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Hemşirelik Esasları AD.

### ÖZET

**Amaç:** Bu araştırma "Duygusal Özgürlük Teknikleri"nin dismenore üzerine etkisini belirlemek amacıyla yapılmış yarı deneysel bir çalışmadır.

**Yöntem:** Araştırma, Mayıs 2007–Şubat 2008 tarihlerinde, Hemşirelik Yüksekokulu'nda öğrenim gören, dismenore şikayeti olan ve araştırmaya katılmayı kabul eden 30 öğrencide yapılmıştır. Araştırma verilerinin toplanmasında birey tanıtım formu ve "Görsel Kıyaslama Ölçeği" (VAS) kullanılmıştır. Örneklemi oluşturan bütün öğrencilerin ağrı seviyeleri öncelikle "Duygusal Özgürlük Teknikleri" (EFT) uygulanmadan önce değerlendirilmiş, daha sonra uygulama sertifikası bulunan bir araştırmacı tarafından EFT uygulanmıştır. EFT uygulandıktan sonra öğrencilerin ağrı seviyeleri tekrar değerlendirilmiştir. Elde edilen ağrı skor ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak değerlendirilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde yüzdelik dağılımlar ve t testi kullanılmıştır.

**Bulgular:** Araştırma kapsamına alınan öğrencilerin yaş ortalamasının  $22.26 \pm 0.7$  olduğu, % 80'inin adet ağrısının adet ilk günü başladığı, % 56,7'sinin ağrısını alt karın bölgesinde hissettiği, % 76,7'sinin analjeziklerle ağrılarını azaltmaya çalıştığı belirlenmiştir. Araştırma kapsamına alınan öğrencilerin % 96,7'sinin "Duygusal Özgürlük Teknikleri" uygulandıktan sonra adet ağrısında azalma meydana gelirken sadece % 3.3'ünün (1 kişi) ağrısında değişme olmadığı, ağrı skor ortalamasının "Duygusal Özgürlük Teknikleri" uygulanmadan önce 6.16, uygulandıktan sonra 1.96 olduğu belirlenmiş ve iki ortalama arasındaki farkın anlamlı olduğu saptanmıştır ( $p < 0.001$ ).

**Sonuç:** Duygusal Özgürlük Tekniklerinin dismenoreyi azaltmada kullanılabilecek bir yöntem olabileceği düşünülmektedir.

**Anahtar Sözcükler:** ağrı, dismenore, duygusal özgürlük teknikleri

### ABSTRACT

**Objective:** This semiexperimental study aims to investigate the effects of "Emotional Freedom Techniques" on dysmenorrhea.

**Methods:** The study was conducted between May 2007 and February 2008 with 30 students from the Nursing School who had complaints of dysmenorrhea and consented to participate in the study. The study data were collected with a personal information form and Visual Analogue Scale

(VAS). Pain levels of all students participated in the study were evaluated before Emotional Freedom Techniques were implemented. The techniques were implemented by a certified researcher and it was followed a reevaluation of the pain levels of students. The difference between the means of pain levels was statistically assessed. The data analysis was carried out via percentage analysis and t test.

**Results:** The average age of the participants was  $22.26 \pm 0.7$ . 80% of the students complained that they had menstrual pain in the first day, 56.7% of the participant students reported subabdominal pain and 76.7% used analgesics to reduce pain. The results further illustrated that 96.7% of the participants stated having considerably less menstrual pain after the implementation of Emotional Freedom Techniques while 3.3% of the participants (1 student) reported no change in pain levels. It was also found that the mean score of pain levels was 6.16 before implementing Emotional Freedom Techniques whereas it was 1.96 after the implementation, which was considered to be statistically meaningful ( $p < 0.001$ ).

**Conclusion:** In light of the study results, it was concluded that Emotional Freedom Techniques could be an effective method in reducing dysmenorrhea.

**Key words:** Pain, dysmenorrhea, Emotional Freedom Techniques.

## GİRİŞ

Evrensel bir deneyim olan ağrı kavramı Uluslararası Ağrı Araştırmaları Teşkilatı (International Association for the Study of Pain-IASP) tarafından "doku hasarı veya potansiyel doku hasarı ile birlikte olan ya da böyle bir hasar süresince tanımlanan duyuşsal ve emosyonel deneyim" olarak tanımlanmıştır (Merskey ve Bogduk 1994). Dismenore ise kelime anlamıyla ağrılı adet görmeyi ifade etmektedir. Ancak periyodik olan bu ağrı diğer gastrointestinal şikayetler (bulantı, kusma, sık defekasyon) sefalji, emosyonel bozukluklar ve çarpıntı ile de beraber olabilmekte, kadının günlük aktivitesini etkileyerek, tedavi ihtiyacına itmekte, özellikle çalışan ve okuyan kesimde iş günü kaybı ve devamsızlık nedeni olmaktadır (Deligeroroglon 2000; Eschenbach ve Holmes 1975; Yenicesu 2005). Dismenore primer (birincil) ve sekonder (ikincil) olmak üzere iki biçimde görülmektedir. Primer dismenore pelvik organik anormalliğin bulunmadığı ağrılı adet görme olarak tanımlanır. Sekonder dismenorede ise endometriozis, uterin fibroidler, pelvik adezyonlar gibi alta yatan organik bir sebep bulunur (Smith 1993; Saraçoğlu 2002).

Dismenore genellikle menstruasyondan bir gün önce başlamakta ve en çok 2-3 gün sürmektedir. Dismenore alt karın bölgesinde lokalize olup, bele sırta ve bacaklara da yayılabilmektedir. Yapılan araştırmalara göre kadınların % 50'sinin dismenore şikayetleri bulunmaktadır (Erenel ve Şentürk 2007). 11-14 yaş grubu öğrencilerle yapılan bir çalışmada öğrencilerin %72'inin dismoneresinin olduğu bulunmuştur (Turan ve Ceylan 2007). Balbi ve ark. tarafından yapılan çalışmada (2000), kadınlar arasında dismenore sıklığı %85 olarak belirlenmiştir (Balbi 2000). Lise öğrencileri üzerinde yapılan bir çalışmaya göre; öğrencilerin %46.4'unun her menstruel siklusta, %40.5'inin zaman zaman olmak üzere toplam %86.9'unun dismenore yaşadığı saptanmıştır (Erenel ve Şentürk 2007).

Dismenore bireyin iş verimliliği ile çalışma kalitesinin azalmasına, kazalarda artmaya neden ve okul devamsızlığına neden olabilmektedir (Kızılkaya 1994; Çitak ve

Terzioğlu, 2002). Ülkemizde yapılan bir çalışmada genç kızların %28'inde primer dismenore olduğu ve bunların %72'sinin her ay 2 gün okula gitmeyi aksattığı saptanmıştır (Eschenbach ve Holmes 1975; Yenicesu 2005).

Dismenorenin tedavisi için medikal veya cerrahi olarak farklı yaklaşımlar ileri sürülmektedir. Primer dismenoreyi hafifletmek veya ortadan kaldırmak için ise masaj uygulaması, dikkati başka yöne çekme, nefes egzersizleri, bölgesel sıcak uygulama gibi pek çok yöntem bulunmakla birlikte, kadınların dismenoreyle baş etmede ilk başvurdukları yöntemin analjezik kullanımının olduğu bildirilmektedir. Bunların dışında akupunktur ve transkütanöz sinir stimülasyonu (TENS) dismenore ağrısını kontrol etmek için başvurulan diğer yöntemler arasında yer almaktadır (Kaplan ve ark. 1994; Proctor ve ark. 2002).

Dismenorede en temel yardım, bedensel ve ruhsal ortamda gelişen aşırı hassasiyetin kontrol altına alınmasıdır. Bu amaçla bilişsel / davranışçı terapi ile sosyal terapi ve grup terapisinin yararlı olabileceği ve hipnoterapi ile selfhipnoz eğitimine ek olarak acil durumlarda uygulanmak üzere "duygusal özgürlük teknikleri"nden de (EFT) (Emotional Freedom Technigues) fayda sağlanabileceği bildirilmektedir (Craig 2005; Craig 2008; Erkin 2007; Erkin 2008).

EFT, Gary Craig tarafından geliştirilmiş bir enerji tekniğidir ve adını "Duygusal Özgürlük Teknikleri" anlamına gelen "Emotional Freedom Technique" in baş harflerinden alır. Geçmiş 10 yıla dayanan EFT ile ilgili çalışmalar incelendiğinde EFT'nin ağrı ve adet öncesi rahatsızlıkları azalttığı veya ortadan kaldırdığı bildirilmektedir (Craig 2005; Craig 2008; Erkin 2007; Erkin 2008). Ancak EFT'nin dismenore üzerine etkisini incelemek üzere planlanmış bir araştırmaya rastlanmamıştır.

## **EFT**

Akupunkturun iğnesiz ve emosyonel bir biçimi olan EFT, "negatif duyguların kaynağı bedenin enerji sistemindeki bozukluklardır" düşüncesinden ortaya çıkmış bir enerji tekniğidir (Craig 2005; Craig 2008; Erkin 2007; Erkin 2008);

EFT temel olarak 5 adımda uygulanır

### **1. Sorunu belirleme ve odaklanma**

Sorunu keşfetmek ve ona odaklanma.

### **2. Sorunun rakamsal değerini belirleme**

Yaşanan problemin etkisi 0 (hiç) ile 10 (en yüksek) arasında bir değer ile ölçülür.

### **3. Zemini temizlemek – engelleri kaldırmak**

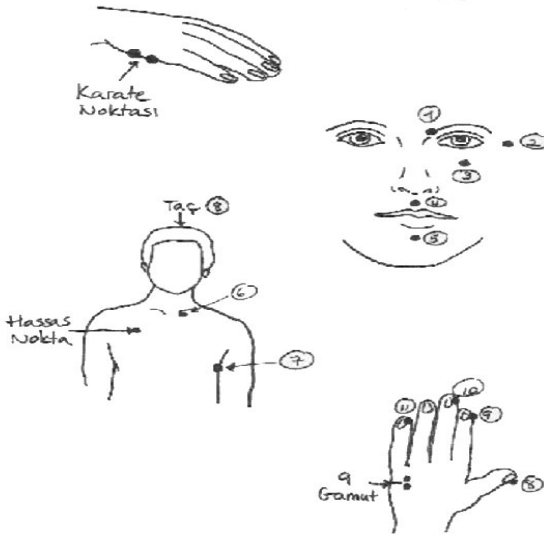
Problemi kabul edilmesi ve bunun dile getirilmesini içerir. Bu aşamada karate noktasına parmakla vurular yaparken kabul cümlesi kurulur. Ör. "Bu ...(problem ifade edilir)... 'e rağmen kendimi olduğu gibi derinden ve sevgiyle onaylıyorum" (Craig 2005; Erkin 2007).

Karate noktasının yerine göğüsün üst tarafında bulunan hassas nokta ovulabilmektedir. Karate noktasına vururken veya hassas noktayı ovarken bir yandan da

problem ifadesini yukarıdaki gibi 3 defa söylenir. Örn; “Hep bu ağrıya sahip olmaktan çok korkuyor olmama rağmen kendimi tamamen ve derinden seviyor ve onaylıyorum” veya “ağrımdan nefret ediyor olmama rağmen kendimi tamamen ve derinden kabul ediyorum”. Karate Noktası elin karate vuruşunun yapılması için kullanılan kısımdır. Göğsün sol ve sağ üst kısımlarında olmak üzere iki “Hassas Nokta” bulunur. Hassas Nokta, Karate noktası ve gamut, dokunmaya hassas, lenf konjesyonunun olduğu bölgelerdendir.

#### 4. Vuruş serisini uygulama

İşaret parmağı ve orta parmak ile acıtmadan ama kesin vuruşlarla EFT noktalarına (Resim 1) vurulur. EFT noktaları enerji meridyenlerinin uç noktalarıdır. Bu uç noktalar vücudun yüzeyine yakındır ve nedenle derinlere gömülü olan diğer noktalara oranla daha kolay bir şekilde erişilebilirler. EFT noktalarına yapılan vuruşlar mevcut olabilecek bozuklukları dengeler. Her noktada problem ifadesi yüksek sesle (mümkünse) tekrarlanır.



**Resim 1:**  
EFT noktaları  
<http://www.123EFT.com>  
sitesinden alınmıştır.

#### 5. Değerlendirme

Başlangıçtaki problemin şiddeti tekrar değerlendirilir (Craig 2005; Craig 2008; Erkin 2007; Erkin 2008).

#### EFT'nin Kullanım Alanları

EFT'nin birçok fiziksel ve psikolojik sorunlar üzerinde olumlu etkisi olduğu bildirilmektedir. EFT'nin etkili olduğu bazı fiziksel sorunlar; Baş ağrısı, sırt/bel/omuz ağrıları, kanser, kronik yorgunluk sendromu (CFS), ülseratif kolit, astım, alerjiler, çeşitli yaralar, kaşıntılar, uyku sorunları, bağırsak problemleri, görme bozuklukları,



kasılmalar, idrar sorunları, sabah bulantıları, adet öncesi rahatsızlıklar, cinsel işlev bozuklukları, terleme, karpal tunel sendromu, artrit, parmak uyuşuklukları, mide ağrıları, diş sancıları, titreme, multipl skleroz, fibromiyalji'dir. EFT'nin etkili olduğu bildirilen psikolojik sorunlar ise; bağımlılıklar (yemek, alkol, sigara, uyuşturucu), allerjiler, öfke, anksiyete, panik atak, saplantılar, depresyon, keder, üzüntü, okuma güçlüğü, fobiler, matem tutma, suçluluk duygusu, uyku sorunları, kötü anılar, kabuslar, ağrılar, performans sorunları (spor, topluluk önünde konuşma, sınav stresi vb), travma sonrası, stres bozukluğu, cinsel taciz ve diğer cinsel sorunlardır (Craig 2005; Craig 2008; Erkin 2007; Erkin 2008; Murat 2010).

Dünyada birçok hastalıkta ve rahatsızlıkta kullanılan EFT, Türkiye'de yeni tanınmaya başlayan bir yöntemdir. Ülkemizde henüz tıp ve hemşirelik literatüründe etkinliği incelenmemiş ve denenmemiş bir enerji tekniğinin, fizyolojik bir ağrı olan dismenorenin tedavisinde etkinliğinin ortaya konmasının, dismenore tedavisinde kullanılabilecek yöntemlerle ilgili literatüre katkıda bulunması ve konuyla ilgili çalışmalara temel oluşturması bakımından yararlı olacağı düşünülmüştür.

Bu araştırma Duygusal Özgürlük Teknikleri'nin dismenore üzerine etkisini belirlemek amacıyla yapılmış yarı deneysel bir çalışmadır.

## **GEREÇ VE YÖNTEM**

Araştırma Mayıs 2007–Şubat 2008 tarihlerinde Ege bölgesindeki bir Hemşirelik Yüksekokulunda yapılmıştır. Araştırmanın tarihlerinde araştırmanın yapıldığı yüksekokulda öğrenim gören kız öğrenciler araştırmanın evrenini oluşturmuştur. Çalışmada basit tesadüfi örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Örneklem büyüklüğüne karar verirken deneysel araştırmalar ile ilgili literatür irdelenmiştir (Arlı ve Nazik 2001). Deneysel araştırmalarda denek sayısının en az 30 olması gerekliliğinden dolayı, çalışmaya Dismenore şikayeti olan ve araştırmaya katılmayı kabul eden 30 öğrenci alınmıştır. Öğrenciler primer ve sekonder dismenore ayrımı yapılmaksızın örnekleme alınmıştır. Araştırmanın yapılabilmesi için gerekli yazılı izin, örnekleme oluşturan öğrencilere EFT ile ilgili bilgi verilmiş ve sözel onam alınmıştır.

### **Verilerin toplanması**

Araştırma verilerinin toplanmasında birey tanııtım formu ve görsel kıyaslama ölçeği (VAS) kullanılmıştır. Birey tanııtım formu araştırmacılar tarafından ilgili literatür doğrultusunda (Yenicesu 2005; Çepni, 2005; Taşkın 2002; Çıtak ve Terzioğlu, 2002) geliştirilmiş ve araştırma kapsamına alınan bireylerin tanıımlayıcı bilgileri ve menstürasyon özelliklerini belirlemeye yönelik sorulardan oluşmuştur.

VAS, bir ucunda ağrısızlık, diğer ucunda olabilecek en şiddetli ağrı yazan 10 cm'lik bir cetvel üzerinde hastanın ağrı şiddeti düzeyini işaretlediği, ağrı değerlendirme ölçeğidir. Bu yöntemde hastaya iki uç nokta olduğu ve bu noktalar arasında herhangi bir noktayı işaretlemede özgür olduğu söylenir. Kullanımı sırasında cetvelin dikey olarak kullanılmasının skalanın anlaşılabilirliğini kolaylaştırdığı ve ölçeğin ağrı şiddetinin ölçümünde en duyarlı ve güvenilir yöntem olduğu belirtilmektedir (Yenicesu 2005).

Araştırma verilerinin toplanması aşamasında, öncelikle araştırmacı tarafından yüzyüze görüşme tekniği ile anket formu doldurulmuş ve VAS aracılığı ile ağrı şiddeti düzeyi belirlenmiştir. Ağrı düzeyi belirlenen bireylere EFT uygulama sertifikası bulunan bir araştırmacı tarafından EFT uygulanmış ve uygulama sona erdiğinde tekrar ağrı değerlendirmesi yapılmıştır. Böylelikle araştırma kapsamına alınan öğrencilerin ağrı düzeyleri EFT uygulamasından önce ve sonra olmak üzere iki kez değerlendirilmiştir.

Elde edilen ağrı skor ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak değerlendirilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde yüzdelik dağılımlar, t testi ve varyans analizi kullanılmıştır.

## BULGULAR

Araştırma kapsamına toplam 30 öğrenci alınmış ve yaş ortalamaları  $22.26 \pm 0.7$  yıldır. Öğrencilerin %73.3'ünün menarş yaşının 12-13 yaş olduğu, %83.3'ünün menstruasyon aralıklarının düzenli olduğu, %80'inin dismenoresinin adet ilk günü başladığı, %43.3'ünün ağrısının ilk gün boyunca devam ettiği, %56.7'sinin ağrısını alt karın bölgesinde hissettiği, ağrısının zonklayıcı tarzda olduğunu bildirenlerle batıcı tarzda olduğunu bildirenlerin 36.7 oranında olduğu ve %76,7'sinin ağrılarını gidermek için analjezik kullandığı saptandı.

**Tablo 1.** Öğrencilerin Menstruasyon ve Dismenore ile İlgili Özelliklerinin Dağılımı

		Sayı	Yüzde %
<b>Menarş Yaşı</b>	10-11	4	13.4
	12-13	22	73.3
	14-15	4	13.3
<b>Adet Dönemleri</b>	Düzenli	25	83.3
	Düzensiz	5	16.7
<b>Dismenorenin Başlama Zamanı</b>	Adetten 1-2 gün önce	4	13.3
	Adetin ilk günü	24	80.0
	Adetin 2. ve 3. günleri	2	6.7
<b>Dismenorenin Süresi</b>	Birkaç saat	4	13.3
	Altı saatten fazla	5	16.7
	İlk gün boyunca	13	43.3
<b>Dismenorenin Lokalizasyonu</b>	İlk 2 gün boyunca	8	26.7
	Alt karın kasık bölgesi	17	56.7
	Bel ve sırt	7	23.3
<b>Dismenorenin Niteliği</b>	Bacaklar	6	20
	Zonklayıcı	11	36.7
	Künt	7	23.3
<b>Dismenorenin Azaltan Faktörler</b>	Bıçak saplanır/batıcı tarzda	11	36.7
	Yanııcı	1	3.3
	Pozisyon değişikliği, sıcak uygulama	7	23.3
	Analjezik ilaç	23	66.7

<b>EFT uygulaması sonrasında dismenorede azalma</b>	Olan	29	96.7
	Olmayan	1	3.3
<b>Toplam</b>		<b>30</b>	<b>100</b>

Araştırmada bireylerin % 96,7'si EFT uygulamasının ağrılarını azalttığını bildirmiştir. EFT uygulanmadan önceki ağrı skor ortalaması  $6.16 \pm 2.03$ , EFT uygulandıktan sonraki ağrı ortalaması  $1.96 \pm 1.9$  olarak bulunmuştur. Gruplar arasında fark olup olmadığını belirlemek için yapılan t testinde iki ortalama arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ( $t:11.179$ ,  $p<0.001$ ).

**Tablo 2:** EFT Uygulanmadan Önce ve Sonra Ağrı Skor Ortalamaları

	<b>N</b>	<b>X</b>	<b>SS</b>	<b>t</b>	<b>p</b>
Önceki Ağrı	30	6.16	2.03	11.179	.000
Sonraki Ağrı	30	1.96	1.9		

## TARTIŞMA

Araştırma kapsamına alınan öğrencilerin % 73.3 ünün menarş yaşı 12-13'dür. Ortalama menarş yaşı 12.5-13 arasında değişmektedir (Öcal 2003). Menarş yaş ortalamaları Taşçı (2006)'nın çalışmasında  $13,27 \pm 1$ , Turan ve Ceylan (2007)'nin çalışmasında da  $12.29 \pm 0.81$  olarak bulunmuştur.

Dismenore genellikle adet kanamasında hemen önce veya kanama ile birlikte ortaya çıkmaktadır ve bir gün içinde sona ermekte ve ağrı genellikle suprapubik bölgede lokalize olmakta kramp ve ya spazm şeklinde ortaya çıkmaktadır (Yenicesu 2005; Çepni, 2005). Araştırma kapsamına alınan öğrencilerin % 80'inin ağrısının adet ilk günü başladığı, % 43,3'ünün ilk gün boyunca adet ağrısının sürdüğü, %56,7'sinin ağrısının karın bölgesinde olduğu, hissedilen ağrının da en yüksek oranlarla (36.7) bıçak saplanır/batıcı veya zonklayıcı özellikte olduğu saptanmıştır (Tablo 1). Erenel ve Şentürk (2007)'ün lise öğrencilerinde yaptığı çalışmaya göre öğrencilerin %42.1'inin ağrısının ilk iki gün devam ettiği belirlenmiştir. Taşçı (2006)'nın çalışmasında, üniversite öğrencilerinin %59'unun adet döneminde karın ağrısı hissettiğini belirlemiştir. Yapılan çalışma sonuçları bu araştırma sonuçlarını destekler nitelikte olup, dismenore sırasında ağrının lokalizasyonu ve süresi kişiye özgü olarak değişmektedir.

Dismenorenin tedavisinde ilaç dışında, sıcak uygulama, uygun beslenme, egzersiz, uyku, dikkati başka yöne çekmek gibi bazı uygulamalarda ağrıyı önlemek veya ağrıdan kurtulmak için yeterli olabilmektedir (Taşkın 2002). Turan ve Ceylan (2007)'nin çalışmasında da dismenoresi olan öğrencilerin; %42.1'inin ağrı kesici kullandığı, %26.1'inin ılık duş aldığı, %19.9'unun sıcak uygulama yaptığı bildirilmiştir. Çıtak ve Terzioğlu (2002)'nin çalışmasında, öğrencilerin %71,7'si mensturasyon ağrısını gidermek için analjezik kullandıkları saptanmıştır. Yeşiltepe ve Şahin (2004)'in çalışmasında da öğrencilerin %59,5'i analjezik kullanmanın ağrıyı geçirdiğini belirt-

mişlerdir. Bu çalışmada öğrencilerin % 76,7'sinin analjezik ilaçlarla, %23.3'ü ise pozisyon değişikliği ve sıcak uygulama ile ağrılarını azaltmaya çalıştığı belirlenmiştir (Tablo 1). Çalışma sonuçlarına bakıldığında, menstruasyon ağrısını gidermede analjezik kullanımının en çok başvurulan yöntem olduğu görülmektedir.

Araştırmada öğrencilerin ağrı skor ortalamaları  $6.16 \pm 2.03$  olarak belirlenmiştir. EFT uygulamasından sonra öğrencilerin %96.7'sinin ağrılarında azalma olmuş ve EFT uygulamasından sonraki ağrı skor ortalaması  $1.96 \pm 1.90$  olarak belirlenmiştir. EFT uygulamasında önce ve sonra elde edilen ağrı skor ortalamaları ile yapılan analizde iki ortalama arasında anlamlı fark olduğu saptanmıştır ( $t:11.179$ ,  $p<0.001$ ) (Tablo 2). EFT; bağımlılıklar, allerji, öfke, anksiyete, saplantılar, panik atak, depresyon, keder, üzüntü, sınav kaygısı, dikkat eksikliği, öz-güven sorunları, korkular, fobiler, matem, suçluluk duyguları, uyku sorunları, kötü anılar, kabuslar, ağrılar, performans sorunları, travma sorunları, cinsel travmalar ve cinsel sorunlar gibi pek çok durumda uygulanabileceği bildirilmektedir (Craig, 2005; Erkin 2007, Murat 2010). EFT uygulamasının yapıldığı çalışmalara bakıldığında dismenore üzerine etkisini inceleyen bir çalışmaya rastlanmamakla birlikte dismenoreyi azaltıcı etkisi olabileceği bildirilmektedir. Bu çalışmadan elde edilen veriler EFT'nin dismenoreyi azaltıcı olabileceği bilgilerini destekler özelliktedir.

Yaygın olarak yaşanan ve her ay tekrarlayan adet ağrısını gidermede, kadınların en yaygın olarak analjezik ilaç kullandıkları sonuçları göz önünde bulundurulduğunda, dismenoresi olan kadınların çoğunluğunda, her ay bir veya birden fazla analjezik ilaç kullanması kaçınılmaz bir sonuç olarak görülmektedir. EFT'nin dismenoreyi gidermede başarılı olduğu sonucu doğrultusunda, ilaç kullanımına gerek kalmadan bireylerin kendi kendilerine de uygulayabilecekleri EFT, dismenoreyi gidermede ve bireyleri rahatlatmada alternatif bir yöntem olarak düşünülebilir.

## **SONUÇ**

Duygusal Özgürlük Tekniklerinin dismenore üzerine etkilerini belirlemek amacıyla yapılan bu çalışma sonucundan EFT'nin dismenoreyi gidermede etkili bir yöntem olduğu belirlenmiştir.

Bu çalışmanın EFT uygulamasının dismenoreye etkisini inceleyen ilk çalışma olması bakımından, bu bilgilerin yaygınlaştırılması ve desteklenmesi için, EFT'nin dismenore üzerine etkisinin, farklı yaş gruplarını kapsayan farklı örneklem gruplarında araştırılması, randomize kontrollü çalışmalarla EFT'nin etkinliğinin sınanması, EFT'nin diğer ağrı türleri ve çeşitli hastalıklar üzerindeki etkinliğinin de değerlendirilmesi gerekmektedir. Ayrıca bireylere EFT eğitiminin verildiği örneklem gruplarında, kendi kendine EFT uygulamasının dismenoreye etkisini araştıran çalışmaların yapılması önerilmektedir.

### **Teşekkür**

Yürüttüğümüz araştırmanın her aşamasında desteklerini esirgemeyen ve EFT kurslarını almamı sağlayan Türkiye'nin ilk EFT mastırı Dr. İnci Erkin'e sonsuz teşekkürlerimizi sunarız.

## **KAYNAKLAR**

- Arlı M, Nazik H. Bilimsel araştırmaya giriş. Ankara: Gazi Kitabevi, (2001).
- Ayktut M, Günay O, Gün İ ve ark. Biyolojik, Sosyo –Demografik ve Nutrisyonel Faktörlerin Dismenore Prevelansına Etkisi, Erciyes Tıp Dergisi, 2007; 29(5):393-402.
- Balbi N, Musone R, Menditto A ve ark. Influence of menstrual factors and dietary habits on menstrual pain in adolcesce age. Eur J Obstet Gynecol Repord Biol, 2000; 91(2):143-148
- Craig G. Duygusal Özgürlük Teknikleri El Kitabı, Yeni İyileşme Gökdelenine Giriş, Enerji Tıbbı Uygulamaları Derneği, Beşinci Basım, 2005, İzmir.
- Craig G. Emotinal Freedom Techniques, www.emofree.com, Erişim Tarihi: 06.05.2008.
- Çepni İ. Dismenore, İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Adolesan Sağlığı Sempozyum Dizisi, 2005; 43:151-157.
- Çıtak N, Terzioğlu F. Abant İzzet Baysal Üniversitesi'nde öğrenim gören kız öğrencilerin primer dismenoreye ilişkin bilgi ve uygulamaları. Sağlık ve Toplum Dergisi, 2002; 12 (3):69-80.
- Deligeroroglon E. Dysmenorrhea. Ann NY Acad Sci. 2000; 900(237):187-93.
- Erenel A, Şentürk İ. Sağlık Meslek Lisesi Öğrencilerinin Dismenore Yaşama Durumları ve Dismenore ile Baş Etmeye Yönelik Uygulamaları, Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2007; 48–60.
- Erkin İ. EFT Master, EFT Level 1 ve Level 2 Kursu Ders Notları, Enerji Tıbbı Uygulamaları Derneği, 2007, İzmir.
- Erkin İ, Emotinal Freedom Techniques, <http://www.energyturkey.org>, Erişim Tarihi: 06.05.2008.
- Eschenbach DA, Holmes KK. Acute pelvic inflammatory disease: current concepts of pathogenesis, etiology and management, Clin Obstet Gynecol, 1975; 197(18):35-36.
- Kaplan B, Peled Y, Pardo J ve ark. Transcutaneous electrical nerve stimulation (TENS) as a relief for dysmenorrhea. Clin Exp Obstet Gynecol, 1994; 21:87-90.
- Kızılkaya N. Perimenstruel Şikayetlerin Hafifletilmesinde Hemşirelik Girişimlerinin Etkinliği, Doktora Tezi, İ.U. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Ana Bilim Dalı, 1994, İstanbul.
- Merskey H., Bogduk N Classification of chronic pain. 2nd ed. Seattle: IASP Press, 1994.
- Murat M. EFT Duygusal Özgürlük Tekniği, Sistem Yayıncılık, 2010.
- Öcal G. Pediatrik Endokrinoloji. Günöz H, Öcal G, Yordam N, Kurtoğlu S (eds). Pubertal fizyoloji. I. Baskı. Ankara: Kalkan Matbaacılık, 2003; 137-155.
- Proctor ML, Smith CA, Farquhar CM, Stones RW. Transcutaneous electrical nerve stimulation and acupuncture for primary dysmenorrhoea, Cochrane Database Syst Rev, 2002; (1):CD002123.
- Taşçı K. Hemşirelik Öğrencilerinin Premenstruel Sendrom Semptomlarının Değerlendirilmesi, Pamukkale Üniversitesi Denizli Sağlık Yüksekokulu, TAF Preventive Medicine Bulletin, 2006; 5:(6).
- Taşkın L. Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği, V. Baskı, Sistem Ofset Matbaacılık, 2002, Ankara.
- Turan T, Ceylan SS. 11-14 Yaş Grubu İlköğretim Öğrencilerinin Menstruasyona Yönelik Bilgileri ve Uygulamaları, Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 2007; 2(6):41-45.
- Yenicesu C. Akut Pelvik Ağrı Nedeniyle Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Servisinde 2000-2005 Döneminde Yatan Hastaların Yaş, Etiyoloji, Yatış Süresi, Uygulanan Tedavi ve sonuçları Açısından Değerlendirilmesi, Uzmanlık tezi, İstanbul, 2005.
- Yeşiltepe Ü, Şahin N. Genç kızların premenstrual sorunları. Sağlık ve Toplum Dergisi. 2004; 14 (4): 55-59. <http://www.123EFT.com> Erişim tarihi:10.11.2007



## HEMŞİRELİK ÖĞRENCİLERİNİN PROFESYONEL DAVRANIŞLARI UYGULAYABİLME DURUMLARININ BELİRLENMESİ

### DETERMINATION OF STATUS OF APPLYING THE PROFESSIONAL BEHAVIOURS OF NURSING STUDENTS

Öğr.Gör. Kıvanç ÇEVİK\* Prof.Dr. Leyla KHORSHID\*\*

\*Celal Bayar Üniversitesi, Manisa Sağlık Yüksekokulu

\*\*E.Ü. Hemşirelik Fakültesi Hemşirelik Esasları AD. Başkanı

#### ÖZET

**Amaç:** Bu tanımlayıcı çalışma hemşirelik öğrencilerinin profesyonel davranışları uygulayabilme durumlarını belirlemek amacıyla yapılmıştır.

**Gereç ve Yöntem:** Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu'nda eğitim gören araştırmaya katılmayı kabul eden üçüncü ve dördüncü sınıf öğrencilerinden 286 öğrenci araştırmanın örneklemini oluşturmuştur. Araştırmanın verileri, öğrenci tanıtım formu ve Hemşirelik Öğrencilerinin Profesyonel Davranışları Uygulayabilme Durumlarını Belirleme Ölçeği (PDUBÖ) kullanılarak toplanmıştır. Verilerin analizinde ANOVA, t testi ve Kruskal-Wallis testi kullanılmıştır.

**Bulgular:** Araştırmaya katılan öğrencilerin büyük çoğunluğu (%68.5) 20-22 yaş grubundaydı, %14'ü erkekti, %56.6'sı Anadolu/süper liseden mezundu. Ölçek puan ortalaması 116.73+ 13.62 (min. 40, max. 135) olarak saptanmıştır. Dördüncü sınıf öğrencilerinin PDUBÖ puanlarının 3. sınıf öğrencilere oranla daha yüksekti. Mesleği seven öğrencilerin profesyonel davranışları uygulayabilme puanları mesleği sevmeyen öğrencilere oranla daha yüksekti.

**Sonuçlar:** Öğrencilerin profesyonel davranışları uygulayabilme düzeyi yüksek bulunmuştur. Bazı sosyo-demografik etmenler öğrencilerin profesyonel davranışları uygulayabilme düzeyini etkilemektedir.

**Anahtar Sözcükler:** eğitim, hemşirelik öğrencisi, profesyonellik, profesyonel davranış

#### ABSTRACT

**Objective:** This descriptive study was made with the aim to determine the states of apply the professional behaviors of nursing students.

**Methods:** The sample was consisted of 286 students training in 3rd and 4th class of Ege University Faculty of Nursing and agreed to participate in research. The data were collected by using student identification form and Nursing Students Professional Behaviours Scale (PDUBÖ). ANOVA, t test, and Kruskal-Wallis test was used in analysis of the data.

**Results:** The majority (68.5%) of the students participating in the research were in the 20-22 age group, and 14% of them were men, 56.6% of them graduated from anatolian/super high school. The mean score of the scale was found 116.73+ 13.62 (min. 40, max.35).

It was determine that the mean scores of the NSPBS were higher in 4th grade students than 3rd grade students. The mean scores of the NSPBS were higher in students who graduated from

*anatolian /super high school than the other students. The mean scores of the NSPBS were higher in students who love the profession of nursing than students who do not love the profession of nursing.*

**Conclusion:** *It was determine that the nursing students have high level applying the professional behaviours. Some socio-demographic factors had influence on level of applying the professional behaviours of students.*

**Keywords:** *education, nursing student, professionalism, professional behaviors*

## **GİRİŞ**

Günümüzde çağdaş toplumların en çok önem verdiği konulardan birisi profesyonelliktir (Sürücü 2011). Profesyonelliğin birçok tanımı ve ölçütleri olduğu ileri sürülmüştür. Teorisyenlerin çoğu profesyonelliğin ya hep ya hiç olmayan bir olay olduğunu ileri sürmektedirler (Fetzer 2003). Belirli bir alanda “yüksek oranda uzmanlık, bilgi, beceri, tutum ve davranış biçimine” profesyonellik denir (Yıldırım 2001 ve Vicdan 2010). Profesyonelliğin davranış boyutundan yola çıkan Columbia Üniversitesi Sosyoloji profesörü Bernard Barber (1952) profesyonelliği “bireysel çıkardan çok toplumsal çıkarlara yönelme ve yüksek derecede genel ve sistematik bilgi” olarak açıklar (Vicdan 2010).

Fetzer’ın belirttiğine göre Hall (1967), mesleki örgütleri major bir kavram olarak kullanma, toplumsal hizmetlere inanma, öz düzenlemeye inanma, alana çağrıda bulunma duygusu ve otonomi olmak üzere bireylerin profesyonelliğini nitelendiren 5 tutumu tanımlamıştır (Fetzer 2003, Kim-Godwin ve ark.2010). Birçok araştırmacı hemşire profesyonelliğini tanımlamak ve ölçmek için Hall’un modelini kullanmıştır (Fetzer 2003).

Profesyonellik, toplumda iş yapan herkesin benimsemesi gereken bir düşünce ve davranış biçimidir (Sürücü 2011). Profesyonellik yetkinlikleri, dışarıdan zorlama olmadan mükemmellik standartlarını belirlemek, performansını geliştirmek için çalışma tarzını ve yöntemlerini gözden geçirmek, üstlendiği işi tamamlamak için uzun süre çalışmak, gerçekçi hedefler belirleyerek, sonuç alana kadar işi izlemek, fırsat ve tehditleri ortaya çıkmadan önce görmek, olabilecekleri öngörmek, belli bir düzen içinde sistemli çalışmak, maliyet yarar hesabı yapmak, kurum ya da sektöre yenilik getirmek, inisiyatif kullanmak, kriz anlarında stresle baş etmek, yeni bilgilere açık olmak, başkalarının gelişmesinde yol gösterici olmak, destek vermek, başkalarını etkilemek ve harekete geçirmek, plan yapmak, kurumsal farkındalığa sahip olmak, kendini ve duygularını kontrol etmek, yeteneklerine güvenmek, hizmet sunduğu kişilerle iyi ilişkiler kurmak ve onların ihtiyaçlarını takip etmek şeklinde sıralanabilir (Erbil ve Bakır 2009). Profesyonellik yolunda ivme kazanmanın en temel yolu eleştirel düşünme ve bilimsel problem çözme becerilerini kullanarak rutinlerden uzaklaşmak ve yaratıcı güçleri ortaya koymaktır (Sürücü 2011).

Mesleki profesyonellik, mesleğin standartlarının oluşturulmasında ve kaliteli bakım sunulmasında oldukça önemlidir. Mesleki profesyonelliğin etkilenmesi, bireyi çok yönlü etkilemesinin yanında, kurumu da etkileyerek kurumdaki bakım hizmetlerinin aksamasına/ kalitesinin düşmesine, hizmet alan ve hizmet verenlerin



memnuniyetsizliğine buna bağlı kurumsal sorunlara neden olmaktadır (Beydağ ve Arslan 2008, Erbil ve Bakır 2009).

Hemşirelik, bir toplum hizmeti olarak uzun yıllar varlığını korumuş, insanların sağlığını geliştirmek ve hastanın bakımını sağlamak isteği ile ortaya çıkmıştır (Karadağ ve Uçan 2006, Göz ve Geçkil 2010). Hemşirelikte profesyonellik, hızla değişen sağlık bakımı alanında meslekte deneyimli hemşireler yerine profesyonellik düzeyi daha yüksek hemşirelerin olmasını gerekli kılmıştır. Bir başka deyişle profesyonel hemşire; hemşirelik etik değerlerine sahip çıkan, otonomisi yüksek ve bilimsel gelişmeleri takip eden bir meslek üyesi olarak, hasta bakım kalitesinin artmasını da sağlamaktadır (Çelik 2010). Çalışma ortamında var olan sorunların temelinde inme, yargılama, karar verme ve sorun çözme yeteneği olan, iyi bir bakım verebilme yeteneğine sahip, eğitici ve yönetici özelliği olan hemşireliğin, profesyonel bir meslek grubu olarak tanımlanabileceği belirtilmiştir (Özkaraca 2009). Hemşirelik mesleğinde profesyonellik, Miller'ın hemşireliğe özel geliştirdiği bir model ile hemşirelikte profesyonellik ölçütleri tasvir edilmiştir. Mesleğin temel özellikleri tekerleğin merkezinde, destekleyici davranışlar ise tekerleğin basamaklarında yer almaktadır. Bu kavramsal modelde yer alan davranışlar hemşirelikte profesyonelliği göstermektedir. Temel profesyonellik özellikleri; eğitimsel hazırlık, yayın, araştırma, mesleki organizasyonlara katılma, toplumsal hizmet, yeterlik ve sürekli eğitim, hemşirelik kodları, teori ve otonomi'dir (Çelik 2010).

Profesyonel statüye ulaşma tüm disiplinlerde önemli bir başarı olarak kabul edilmektedir. Çünkü profesyoneller hem toplum hem de diğer disiplinler tarafından saygı duyulan kişilerdir (Karadağ ve ark. 2004). Profesyonel hemşirelik hızla değişen sağlık sistemi çevresinde hemşirelik mesleğinin genişleyen rolünü oluşturmaktadır (Çelik 2010). Sosyal, kültürel, bilimsel ve teknolojik gelişmeler hemşireliğin meslek olarak gelişmesini etkilemektedir. Her ne kadar hemşirelik başlangıç tarihinde hizmete çağrı, hekimin yardımcısı ya da kendini başkalarına adamaya yönelik dini bir görev olarak nitelendirilmiş ise de günümüzde bilimsel bir disiplin olarak kabul edilmektedir (Karadağ ve ark. 2009).

Hemşirelikte profesyonel davranışın başta gelen koşulu bilimi ve bilimsel yöntemi yeterince anlamak ve mesleğe yansımaktır. Bir profesyonel olarak hemşirenin, entelektüel bilgi, beceri ve tutum birikiminin doğrultusunda kuramsal olan bilgisini uygulamayla bütünleştirebilen, koruyucu ve tedavi edici sağlık alanlarındaki çalışmalarında bu bilgisinden yararlanabilen bir sağlık personeli olması gerekir (Özkaraca 2009). Kavaklı ve arkadaşlarının belirttiğine göre; Velioğlu, profesyonel olmada gerekli ve önemli bir unsur olan eleştirel düşünmenin, hemşirelik için birçok kaynaktan elde edilen bilgilerin toplanması ve düzenlenmesi, bu bilgiler ışığında neye gereksinim olduğunun saptanması, birçok olası yaklaşımdan birinin seçilmesi, uygulanması ve işlemin sonuçlarının değerlendirilmesi gibi özellikleri içeren vazgeçilmez bir düşünme süreci olduğunu belirtmiştir.

Hemşireliğin profesyonelleşmesinde kaliteli eğitim önemli bir yere sahiptir (Kavaklı ve ark. 2009). Çünkü profesyonel olmak; o mesleğin üstlendiği işin en iyisini

yapabilmek ya da standardı yüksek bir hizmet verebilmeyi gerektirmektedir (Yetkin 1999). Hemşirelik eğitimi bilimsel temele dayalı bilgi, klinik beceri, eleştirel düşünme ve kişiler arası iletişimi kapsmalıdır (Kavaklı ve ark. 2009). İnsan sağlığı ile doğrudan ilişkili olduğundan öğrencinin insanı ve sağlığı vazgeçilmez bir değer olarak gören, insanı bir bütün içinde ele alabilen, genel sağlık sistemi içinde kendi bulunduğu yeri gören ve değerlendirebilen, fiziksel, zihinsel ve ahlaksal bir değişikliği ve gelişmeyi gerektirecek eylemleri ortaya koyan, mesleğe bakış açısında olumlu ve ileriye gören, profesyonel bir kişi olarak işlevlerini yapacak meslek üyelerini yetiştirecek biçimde olmalıdır. Hemşirelik eğitiminde öğrenciler kuramsalla uygulamayı birleştirebildikleri sürece, eğitimlerinden beklenen davranış değişiklikleri ortaya çıkabilir (Sarı 2001).

Hemşirelik ve hemşirelik eğitimi, hemşireliğin rol ve işlevlerindeki değişimleri ve gelişimleri etkilerken, aynı zamanda bu değişimlerden de etkilenmektedir. Bu değişimleri; dünya nüfusunun çok hızlı artması, bunun sağlık hizmetine olan talebi arttırması, yaşam süresinin uzaması ve kronik hastalıklarının artması, hastanın hastanede yatış süresinin kısalması, buna karşın refakatçi eşliğinde evde bakım hizmetlerinin artması, sağlık bakım hizmetinde maliyetin azaltılması eğilimi, bilimsel gelişmelerin özellikle hastalıkların önlenmesi, tanılama yöntemlerinin gelişmesi, tedavi yöntemlerinin değişmesi olarak sayabiliriz. Bu nedenle günümüzde hemşirelik mesleğinin profesyonel olarak uygulanması gerekmektedir. Profesyonel hemşirelik eğitimi, kültürel ve mesleki bilgi, klinik ve kavramsal beceri ve bireyin değerler sistemi üzerine odaklanır (Karadağ ve Uçan 2006, Vicdan 2010). Mesleki profesyonellik o mesleğin standartlarının oluşturulmasında ve kaliteli bakım sunulmasında oldukça önemlidir. Mesleki profesyonelliğin etkilenmesi, bireyi çok yönlü etkilemesinin yanında, kurumu da etkileyerek kurumdaki bakım hizmetlerinin aksamasına/ kalitesinin düşmesine, hizmet alan ve hizmet verenlerin memnuniyetsizliğine buna bağlı kurumsal sorunlara neden olmaktadır (Karamanoğlu ve ark. 2009). İleride sağlık ekibinin bir üyesi olacak olan hemşirelik öğrencilerinin profesyonel davranışlarının belirlenmesine gereksinim olduğu düşünülmektedir.

**Amacı:** Araştırma, hemşirelik öğrencilerinin profesyonel davranışları uygulayabilme durumunu belirlemek amacıyla yapılmıştır.

## **GEREÇ VE YÖNTEM**

Araştırmanın evrenini, 19 Eylül 2011- 15 Ekim 2011 tarihleri arasında Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu üçüncü ve dördüncü sınıfta okuyan 414 öğrenci, araştırmanın örneklemini ise, Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu'nda eğitim gören ve araştırmaya katılmayı kabul eden 106 üçüncü sınıf öğrencisi ve 180 dördüncü sınıf öğrencisi olmak üzere toplam 286 öğrenci oluşturmuştur. Okulda entegre eğitim sistemi uygulanması nedeniyle öğrenciler ilk klinik deneyimlerini 2. sınıfta edindiklerinden ve bu çalışmada profesyonel davranışlar incelendiğinden, araştırmaya ancak klinik deneyimi olan 3. ve 4. sınıf öğrencileri alınmıştır.

Araştırmanın verileri, öğrenci tanıtım formu ve Hemşirelik Öğrencilerinin Profesyonel Davranışları Uygulayabilme Durumlarını Belirleme Ölçeği (PDUBÖ) (Nursing Students Professional Behaviors Scale (NSPBS)) kullanılarak toplanmıştır. PDUBÖ,

Göz ve Geçkil (2010) tarafından geliştirilmiştir. Göz ve Geçkil Cronbach Alfa iç tutarlık katsayısını 0.95 olarak hesaplamıştır ve bu değer ölçeğin iç tutarlığının yüksek olduğunu göstermektedir. NSPBS toplam 27 soru içermektedir. Ölçeğin alt boyutu bulunmamaktadır. Ölçekte öğrencilerin mesleki uygulama davranışlarını değerlendirmek için beşli Likert tipi ölçek kullanılmıştır (5 Kesinlikle yeterli, 4 Kısmen yeterli, 3 kararsız, 2 yetersiz ve 1 Kesinlikle yetersiz). Her madde 0-5 arasında puanla değerlendirilmektedir. Yirmi yedi bileşen puanının toplamı toplam PDUDBÖ puanını verir. Toplam puan 27- 135 arası bir değere sahiptir. PDUDBÖ toplam puanı arttıkça öğrencilerin mesleki uygulama davranış seviyesi artar (Göz ve Geçkil 2010). Bu çalışmada ölçeğin Cronbach Alfa katsayısı 0.94 olarak bulunmuştur.

Araştırmanın yapılabilmesi için Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Etik Kurulu'ndan yazılı izin alınmıştır. Araştırmaya katılmaya isteklilik/gönüllülük ilkesine özen gösterilerek sözlü onamları alınmıştır. Araştırma verileri, 19 Eylül 2011-15 Ekim 2011 tarihleri arasında toplanmıştır. Verilerin analizi Statistical Package for Social Science (SPSS) 15.0 paket programında gerçekleştirilmiştir. Verilerin sayısal ve yüzdelik dağılımı incelendi. Varyans Analizi (ANOVA), t testi ve Kruskal-Wallis Testi kullanılmıştır.

## **BULGULAR**

Öğrencilerin %68.5'i 20-22 yaş grubunda, % 31.5'i 23-26 yaş grubunda olup yaş ortalaması 22.13+ 1.17 yıldır, %14'ü erkektir, %56.6'sı Anadolu lisesi veya süper lise mezunudur, %67.8'i hemşireliği isteyerek seçmiştir, %37.1' i 3. sınıfta, %62.9'u 4. sınıfta okumaktadır, %67.1'i hemşirelik mesleğini sevdiğini, %15.7'si mesleğini değiştirmeyi düşündüğünü, %25.9'u bu konuda kararsız olduğunu belirtmiştir. Ölçek puan ortalaması 116.73+ 13.62 (minimum 40, maximum135) olarak bulunmuştur.

**Tablo 1:** Öğrencilerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Profesyonel Davranışlar Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı ve Karşılaştırılması

<b>Öğrenci Özellikleri</b>	<b>Sayı</b>	<b>Ortalama</b>	<b>t</b>	<b>p</b>
<b>Yaş grubu</b>				
20-22 yaş grubu	196	116.52	-0.41	0.677
23-26 yaş grubu	90	117.21		
<b>Cinsiyet</b>				
Kız	246	117.01	1.04	0.301
Erkek	40	115.02		
<b>Hemşirelik mesleğine isteyerek gelme</b>				
İsteyerek gelen	194	118.24	2.74	0.006
İstenmeden gelen	92	113.56		
<b>Sınıfı</b>				
3. sınıf	106	114.27	-1.99	0.047
4. sınıf	180	118.03		
<b>Hemşirelik mesleğini sevme</b>				
Seven	192	118.87	3.88	0.000
Sevmeyen	94	112.37		
<b>Toplam</b>	<b>286</b>			

Yapılan iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testinde, öğrencilerin yaş grubunun ve cinsiyetinin, Profesyonel Davranışlar Ölçeği puan ortalamalarını etkilemediği bulunmuştur (Tablo 2). Yapılan iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testinde, öğrencilerin sınıfının, hemşirelik mesleğine isteyerek seçmesinin ve hemşirelik mesleğini sevmesinin Profesyonel Davranışlar Ölçeği puan ortalamalarını etkilediği bulunmuştur (Tablo 2).

**Tablo 2:** Öğrencilerin Mesleğini Değiştirmeyi İsteme Durumuna Göre Profesyonel Davranışlar Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı ve Karşılaştırılması

Mesleğini Değiştirmeyi İsteme	Sayı	Ortalama	F	p
Mesleğini değiştirmek isteyen	45	112.40		
Mesleğini değiştirmek istemeyen	167	118.90	5.57	0.004
Kararsız Olan	74	114.48		
<b>Toplam</b>	<b>286</b>			

Yapılan varyans analizinde, öğrencilerin mesleğini değiştirmek istemesinin Profesyonel Davranışlar Ölçeği puan ortalamalarını etkilediği bulunmuştur (Tablo 2).

**Tablo 3:** Öğrencilerin Mezun Olduğu Liseye Göre Profesyonel Davranışlar Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı ve Karşılaştırılması

Mezun olduğu lise	Sayı	Ortalama	Kruskal Wallis Testi	p
Sağlık Meslek Lisesi	10	114.90		
Düz Lise	114	115.64	7.63	0.022
Anadolu/Süper Lise	162	117.62		
<b>Toplam</b>	<b>286</b>			

Yapılan Kruskal-Wallis Testinde, öğrencilerin mezun olduğu lisenin Profesyonel Davranışlar Ölçeği puan ortalamalarını etkilediği, Anadolu/süper Lise mezunu öğrencilerin profesyonel davranış puan ortalamasının en yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 3).

## TARTIŞMA

Ölçek puan ortalaması 116.73+ 13.62 (minimum 40, maximum135) olarak bulunmuştur.

Mesleğini değiştirme konusunda kararsız olan öğrencilerin puan ortalaması, mesleğini değiştirmede istekli olan öğrencilerden daha yüksek, mesleğini değiştirmede istekli olmayan öğrencilerden ise daha düşük bulunmuştur (Tablo 2).

Son sınıf öğrencilerinin üçüncü sınıf öğrencilerine oranla Profesyonel Davranışlar Ölçeği puan ortalaması daha yüksek bulunmuştur. Fetzer'in belirttiği üzere Monning'in 257 hemşire ile yaptığı bir çalışmada 5 yıldan daha deneyimli hemşirelerin, 5 yıldan daha az deneyimli hemşirelere oranla daha yüksek profesyonelliğe

sahip olduğu bulunmuştur. Bu sonuç son sınıf öğrencilerinin daha fazla deneyime sahip olmasına bağlanabilir.

Hemşirelik mesleğine isteyerek seçen, 4. sınıfta okuyan ve hemşirelik mesleğini seven öğrencilerin Profesyonel Davranışlar Ölçeği puan ortalaması daha yüksek bulunmuştur. Öğrencilerin mezun oldukları okul ile profesyonel davranış puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı sonuç bulunmuştur ( $p<0.05$ ) (Tablo 3). Anadolu/Süper Lise mezunu öğrencilerin profesyonel davranış puan ortalamasının en yüksek olduğu saptanmıştır. Karadağ ve arkadaşlarının (2004) "hemşirelikte profesyonelliğe ilişkin davranışsal envanter" oluşturmaya yönelik geçerlilik ve güvenilirlik çalışmalarında, profesyonelliğe ilişkin davranış puan ortalamalarını en düşük düzeyde ön lisans mezunu hemşireler, en yüksek düzeyde puanı ise yüksek lisans/doktora mezunu hemşirelerin almıştır. Beydağ ve Arslan'ın (2008) yapmış olduğu çalışma sonucunda ebe ve hemşirelerin mezun oldukları okula göre Meslekte Profesyonel Tutum Envanteri (MPTE) puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur. Sağlık meslek lisesi mezunlarının meslek profesyonelliği diğerlerine göre daha düşük iken, alınan eğitim düzeyi arttıkça mesleki profesyonellik artmaktadır. Bu sonuç, alınan eğitimin süresinin mesleki profesyonelliğin kazanılmasında etkili olduğu şeklinde yorumlanmıştır. Yapılan çalışmalarda, hemşirelerin aldıkları eğitim düzeyinin mesleki roller ve profesyonellikte etkiliği olduğu belirtilmektedir (Beydağ ve Arslan 2008). Bizim çalışmamızdaki Anadolu/süper Lise mezunu öğrencilerin profesyonel davranış puan ortalamasının en yüksek olduğu saptanmıştır. Bu sonuç Anadolu Lisesi/ Süper Liseleri'nde verilen eğitimin daha kaliteli olmasına, bu öğrencilerin lisedeki çalışma disiplini mesleki eğitimlerinde de uygulamalarına bağlanabilir.

Doğuştan getirilen yetenekler, potansiyeller ve daha sonra öğrenme yolu ile kazanılan bilgi ve becerilerin en iyi şekilde kullanılabilmesi doğru meslek seçimiyle mümkündür. Bireyin hayatında verdiği önemli kararlardan birisi meslek seçimi ile ilgili verdiği karardır (Sürücü 2011). Kişinin başarılı olabilmesi, mesleğini bilerek ve isteyerek seçmiş olmasıyla yakından ilişkilidir.

Öğrencilerin mesleği değiştirmeyi isteme durumu ile profesyonel davranış puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı sonuç bulunmuştur ( $p<0.05$ ) (Tablo 2). Mesleği değiştirmek istemeyenlerin, diğerlerine göre profesyonel davranış puan ortalaması daha yüksektir. Beydağ ve Arslan'ın (2008) yaptığı çalışmada, mesleği değiştirmek istemeyenlerin, diğerlerine göre mesleki profesyonelliklerinin daha iyi olduğu bulunmuştur. Araştırma bulguları bu çalışmanın sonuçlarını desteklemektedir. Karamanoğlu ve arkadaşlarının (2009) yaptığı çalışmada, hemşirelerin mesleğini sevdiğini, mesleğinden memnun olduğunu, mesleğini tam olarak yapabildiğini ve mesleğini değiştirmeyi istediğini ifade edenlerin MPTE puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur. Çalışma bulgularımız Karamanoğlu ve ark.'nın sonuçları ile paralellik göstermemektedir.

Çalışmamızda hemşirelik mesleğine isteyerek seçen öğrencilerin puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur (Tablo 1). Mesleğe severek seçen bireylerin bunu profesyonelliklerine yansıttıkları söylenebilir. Mesleğini seven, mesleğinden memnun

olduğunu, mesleğini tam olarak yapabildiğini ifade edenlerin hemşirelerin MPTE puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur (Karamanoğlu ve ark. 2009).

Rassin'ın (2008) hemşirelerin profesyonel ve mesleki değerleri saptamak ve bunları etkileyen faktörleri incelemek amacıyla yaptığı bir çalışmada, 323 hemşireye 36 mesleki, 20 profesyonel değer ile ilgili sorular sorulmuş ve ilk üç sırada mesleki hemşirelik değeri olarak saptanan değerlerin; insan onuru, hastalar arasında eşitlik ve ızdırabın önlenmesi olduğu bulunmuştur.

### **SONUÇ ve ÖNERİLER**

Sonuç olarak hemşirelik öğrencilerinin profesyonel davranışları uygulayabilme düzeyi yüksek bulunmuştur. Mesleğini istemeyerek seçen, bırakmayı düşünen ve mesleğinin saygın olmadığını düşünen öğrenci hemşireler için motivasyon programlarının oluşturulması ve bu çalışmanın daha geniş bir örnekleme yapılması önerilmektedir.

### **KAYNAKLAR**

- Beydağ KD., Arslan H. Kadın Doğum Kliniklerinde Çalışan Ebe ve Hemşirelerin Profesyonelliklerini Etkileyen Faktörler, *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*. 2008; 3(7): 75-87.
- Çelik S. Hemşirelerin Profesyonellik Davranışlarının İş Doyumuna Etkisi, *Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi*, Ankara: Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. 2010: 1-39.
- Erbil N., Bakır A. Meslekte Profesyonel Tutum Envanterinin Geliştirilmesi, *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*. 2009; 6(1): 290-302.
- Fetzer SJ. Professionalism Of Associate Degree Nurses: The Role Of Self-Actualization. 2003; 24(3): 139-143.
- Göz F., Geçkil E. Nursing Students Professional Behaviours Scale (NSPBS) Validity and Reability, *Pakistan Journal of Medical Sciences*. 2010; 26 (4): 938-941.
- Karadağ A, Hisar F, Özhan Elbaş N. Hemşirelikte Profesyonelliğe İlişkin Davranışsal Envanter, *Hemşirelik Forumu Dergisi*. 2004; 7(4):14-22.
- Karadağ G., Uçan Ö. Hemşirelik Eğitimi ve Kalite, *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*. 2006; 1(3): 42-51.
- Karamanoğlu AY., Özer FG., Tuğcu A. Denizli İlindeki Hastanelerin Cerrahi Kliniklerinde Çalışan Hemşirelerin Mesleki Profesyonelliklerinin Değerlendirilmesi, *Fırat Tıp Dergisi*. 2009; 14(1): 12-17.
- Kavaklı Ö., Uzun Ş., Arslan F. Yoğun Bakım Hemşirelerinin Profesyonel Davranışlarının Belirlenmesi, *Gülhane Tıp Dergisi*. 2009; 51: 168-173.
- Kim-Godwin YS., Baek HC., Wynd CA. Factors Influencing Professionalism in Nursing Among Korean American Registered Nurses, *Journal of Professional Nursing*. 2010; 26(4):242-249.
- Özkaraca R. Hekim Ve Hemşirelerin İşbirliğine İlişkin Tutumları Ve Birbirlerini Profesyonellik Açısından Değerlendirmeleri, *Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi*, Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. 2009: 17-18.
- Rassin M. Nurses' Professional And Personal Values, *Nursing Ethics*. 2008; 15(5): 614-630.
- Sarı D. Hemşirelik Yüksekokulu Öğrencilerinin Klinik Öğrenim Çevrelerini Değerlendirmelerinin İncelenmesi, *Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi*, İzmir: Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. 2001.
- Sürücü Ş, Acıbadem Sağlık Grubu, Acıbadem Fulya Hastanesi, Hemşirelik Hizmetleri Müdürü, <http://www.scribd.com/doc/54161823/hem%C5%9Firelik-ve-profesyonelizm>, Erişim Tarihi: 21.10.2011.
- Yetkin A. Öğrencilerin Hemşire Öğretmede Aradığı Özelliklerin İncelenmesi, *Atatürk Üniv. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 1999; 2(1):11-20.
- Yıldırım A. Meslekleşme Süreci ve Hemşirelik, *Hemşirelik Forumu*. 2001; 4(1):23-25.
- Vicdan AK. Hemşirelikte Profesyonellik, *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, Sempozyum Özel Sayısı, 2010; 261-263.

## HEMŞİRELİK ÖĞRENCİLERİNİN YAŞLI AYRIMCILIĞINA İLİŞKİN TUTUMLARI

### ATTITUDES OF NURSING STUDENTS TOWARDS AGEISM

Yard.Doç.Dr. Ezgi KARADAĞ\* Öğr.Gör. Bahar VARDAR İNKAYA\*\*  
Yard.Doç.Dr. Gülnaz KARATAY\*

\*Tunceli Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu

\*\*Ufuk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu

### ÖZET

**Amaç:** Bu araştırma hemşirelik öğrencilerinin yaşlı ayrımcılığına ilişkin tutumlarının belirlenmesi amacıyla gerçekleştirildi.

**Gereç ve Yöntem:** Tanımlayıcı ve kesitsel tipte olan bu araştırma kapsamına bir sağlık yüksekokulunda okuyan 110 öğrenciden 85'i alındı. Veri toplama aracı olarak tanıtıcı özelliklerin yer aldığı anket formu ve Yaşlı Ayrımcılığı Tutum Ölçeği (YATÖ) kullanıldı. Araştırmadan elde edilen veriler bilgisayar ortamında, student-t testi, Mann-Whitney U testi ve Kruskal Wallis analizleri kullanılarak değerlendirildi.

**Bulgular:** Hemşirelik öğrencilerinin YATÖ puan ortalaması  $83.67 \pm 9.25$  olarak bulundu. YATÖ alt boyutlarından yaşlıya yönelik olumsuz ayrımcılık, yaşlının yaşamını sınırlama ve YATÖ toplam puan ortalamaları ile klinik uygulamalarda yaşlı bireye bakım verme durumu arasında istatistiksel açıdan bir fark saptanmazken, YATÖ alt boyutlarından yaşlıya yönelik olumlu ayrımcılık puan ortalaması ile klinik uygulamalarda yaşlı bireye bakım verme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ( $p < 0.05$ ). Ayrıca ileride anne/baba ya da her ikisiyle yaşamak isteyen öğrencilerin, yaşlının yaşamını sınırlamaya ilişkin alt boyuttan aldıkları puan ortalamasının daha yüksek olduğu saptandı ( $p < 0.05$ ).

**Sonuç:** Genel olarak, hemşirelik öğrencilerinin yaşlı ayrımcılığına ilişkin olumlu tutum sergilediği belirlendi.

**Anahtar Sözcükler:** öğrenci hemşireler, yaşlı, yaşlı ayrımcılığı, tutum

### ABSTRACT

**Objective:** This study was carried out so as to determine the attitudes of nursing students about ageism.

**Material and Method:** A descriptive and cross-sectional type study consisted of 85 of 110 nursing students currently attending at in a nursing department of Health School. A questionnaire which includes defining characteristics and Ageism Attitude Scale (AAS) were used as data collection tools. The data obtained from this study was reviewed in computer environment in the light of, student-t test, Mann-Whitney U test and Kruskal Wallis analyses.

**Findings:** The nursing students AAS mean score was found as  $83.67 \pm 9.25$ . While no statistical difference was detected between the negative ageism from the sub scale of AAS, limiting the life of the elderly, and the total score of AAS and caring of the old person during clinical applications, statistically significant difference was found ( $p < 0.05$ ) between the mean score of the positive

*ageism from the sub-scale of AAS and caring the old person during clinical applications. Moreover, it has been detected that those students who wanted to live with their mother/father or both had higher mean score ( $p<0.05$ ) that they had from the sub-scale regarding limiting the life of the elderly.*

**Result Generally**, it was found out that the nursing students had positive attitudes regarding ageism.

**Key Words:** student nurses, elderly, ageism elderly, attitude

## **GİRİŞ**

Son yıllarda teknolojinin ve yaşam kalitesinin artması, erken tanı ve tedavi yöntemlerinin uygulanması, sağlığı koruyucu ve geliştirici önlemlerin artması, beslenme koşullarındaki iyileşmelerle birlikte ortalama yaşam süresi de artmış ve gelişmiş ülkelerde 65 yaş ve üzeri nüfus %15'lere yükselmiştir (Bongaarts ve Griffith 2002, Gökçe Kutsal 2007). Türkiye'de ise nüfusun %7'si 65 yaş ve üzerindedir (www.tuik.gov.tr, 2011). Türkiye'de bu oranın 2025 yılına kadar %10'lara çıkacağı tahmin edilmektedir (World Population Data Sheet, 2008).

Yaşlanma, ayrıcalıksız her canlıda görülen, tüm işlevlerde azalmaya neden olan evrensel bir süreçtir. Yaşlı, belli bir kronolojik yaşa ulaşan kişileri tanımlarken, yaşlılık Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından çevresel etmenlere uyum sağlayabilme yeteneğinin azalması olarak tanımlanmaktadır (Uncu 2003, Samancıoğlu ve Karadakovan 2010).

Yaşlı nüfusun hızlı artışı ile ilerleyen zamanlarda sağlık bakım hizmetlerinden faydalanma, sağlık harcamalarının karşılanması, sosyal güvenlik kurumlarının örgütlenmesi, finansmanı, yeterli hizmet ve iş olanaklarında sorunların ortaya çıkabileceği öngörülmektedir. Ayrıca yaşlıları, aile ve yakın çevre tarafından sağlanan sosyal destek yaşlanma sürecine uyum, yeterli gelir elde etme, emeklilik ve barınma gibi alanlarda da sorunlar beklemektedir. Yaşlı bireylerin bütün bu sorunlarla karşılaşmasının toplumsal bir sonucu olarak yaşlı ayrımcılığı ortaya çıkmaktadır (Akgun ve ark. 2004, Wold 2004).

Yaşlı ayrımcılığı terimini ilk defa 1969 yılında Amerika Ulusal Yaşlılık Enstitüsü Başkanı Robert Butler, yaşlı insanlara yönelik önyargı ve ayrımcılığı tanımlamak amacıyla kullanmıştır. Butler (1969), yaşlı ayrımcılığını; yaşlı insanlara yönelik bir ayrımcılık, ırk ayrımcılığı ve cinsiyet ayrımcılığı gibi eyleme dönüşebilen bir terim olarak tanımlamıştır. Palmore (1999) ise yaşlı ayrımcılığı; "ileri yaştaki bireylere yönelik ön yargıyı, tutum ve davranışlar aracılığıyla ifade eden bir terim" olarak tanımlamıştır. Yaşlı ayrımcılığı, bir kişiye sadece yaşı nedeniyle gösterilen farklı tavır, ön yargı, davranış ve eylemleri içinde barındıran çok boyutlu bir terimdir. Bu nedenle yaşlı ayrımcılığına ilişkin veriler incelenirken olumlu ve olumsuz tutumlar bir arada ele alınmaktadır. "Yaşlı hastadır, cinsiyetsizdir, çirkindir, güçsüzdür ve zihinsel olarak yetersizdir" türünden önyargılar ve tutumlar sağlık bakım kurumlarında, işyerlerinde, sosyal yaşantıda sıklıkla görülmektedir (Rupp 2005, Akdemir ve ark. 2007).

Günümüzde yaşlı bireylere karşı ayrımcı davranışlar gösterenlerin çoğunluğunu gençlerin oluşturduğu dikkati çekmektedir. Hemşirelik eğitimi alan ve genç grubu



oluşturan, hemşirelik öğrencilerinin yaşlı bireylere karşı olumsuz (Moyle 2003, Rue 2003, Lookinland ve Anson 2008) ve olumlu (McKinlay ve Cowan 2003; Lee ve ark. 2005; Hughes ve ark. 2008) tutumlara sahip olduklarını gösteren bazı yurtdışı çalışmalar bulunmaktadır. Treharne (1990), araştırmasında, öğrenci hemşirelerin yaşlılara yönelik davranışlarının daha olumsuz olduğu, çalışan hemşirelerin yaşlılar hakkındaki tutumlarının ise tarafsız olduğunu saptamıştır. Rue (2003), çalışmasında ise öğrencilerin yaşlı bireylere karşı olumlu tutuma sahip oldukları belirlenmiştir.

Son yıllarda sağlık bakım hizmetinin sunulduğu tüm alanlarda yaşlı insanlara yönelik ayrımcılık yapıldığı görüşü yaygındır (Akdemir ve ark. 2007). Sağlık bakım ekibi içinde yer alan hemşireliğin temel amaçlarından biri de bireyin, ailenin ve toplumun ihtiyaç duyduğu konularda eğitim ve danışmanlık hizmeti vermektir. Toplumun yaşlı ayrımcılığına ilişkin eşitlikçi bakış açısı kazanabilmesi, kendi düşünce ve tutumlarını geliştirebilmesi için hemşirelerin rehberliğine gereksinim vardır (Yılmaz ve Özkan 2010, Vefikuluçay ve Terzioğlu 2011). Hemşirelerin doğru rehberlik becerileri sergileyebilmeleri için hemşirelik müfredatında yaşlılık ve yaşlı ayrımcılığına ilişkin konulara yeterince yer verilmesi gerekir.

İleride sağlık bakım ekibi içinde yer alacak öğrenci hemşirelerin yaşlı ayrımcılığına ilişkin tutumlarının belirlenmesi, yaşlılık ve yaşlanmaya ilişkin daha olumlu, saygılı, hoşgörülü tutum geliştirmelerinin bu öğrencilerin gelecekteki çalışma yaşamında yaşlı bireylere hizmet sunumunda yararlı olacaktır. Bu nedenle bu araştırma; hemşirelik öğrencilerinin yaşlı ayrımcılığına ilişkin tutumlarını ve bu tutumlarını etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla planlandı ve uygulandı.

## GEREÇ VE YÖNTEM

**Araştırmanın Zamanı, Evren ve Örneklem:** Tanımlayıcı ve kesitsel türdeki bu araştırmanın örneklemini 2011-2012 öğretim yılında İç Anadolu Bölgesi'nde yer alan bir sağlık yüksekokulunda okuyan 110 hemşirelik öğrencisi oluşturdu. Araştırmada örneklem seçimi yapılmadan öğrencilerin tamamının çalışma kapsamına alınması düşünüldü. Ancak araştırmaya katılmayı kabul etmeyen öğrencilerin olması ve veri toplama tarihlerinde öğrencilerin devamsızlık yapmaları nedeniyle 85 (%77.2) öğrenci araştırmanın örneklemini oluşturdu. Örneklem sınıflara göre dağılımı, birinci sınıf (n:31), ikinci sınıf (n:22), üçüncü sınıf (n:17), dördüncü sınıf (n:15) tir.

**Veri Toplama Araçları:** Veri toplama aracı olarak tanıtıcı özelliklerin yer aldığı anket formu ve Yaşlı Ayrımcılığı Tutum Ölçeği (YATÖ) kullanıldı.

**Anket formunda;** Öğrencilere ait sosyodemografik özellikler (1-13. sorular) ve öğrencilerin yaşlı/yaşlılar ile yaşamaya ilişkin düşüncelerinin sorgulandığı sorular (14-19.sorular) yer almaktadır.

**Yaşlı Ayrımcılığı Tutum Ölçeği (YATÖ);** YATÖ, yaşlının yaşamını sınırlama, yaşlıya yönelik olumlu ayrımcılık ve yaşlıya yönelik olumsuz ayrımcılık konularını içeren üç alt boyutlu, 23 maddeden oluşan bir ölçektir. YATÖ, Vefikuluçay tarafından 2008 yılında geliştirilmiş ve geçerlilik-güvenirlilik (cronbach alfa güvenirlik katsayısı 0.80) çalışması yapılmıştır. Bu çalışmada ise cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı 0.76

olarak belirlenmiştir. Ölçek yaşlıya ilişkin ifadelerin yer aldığı her madde için “kesinlikle katılmıyorum”, “katılmıyorum”, “kararsızım”, “katılıyorum”, “tamamen katılıyorum” seçenekleri olan 5’li likert tipi bir ölçektir. Ölçekte yaşlı ayrımcılığına ilişkin olumlu tutum cümlelerine; tamamen katılıyorsa “5” puan, katılıyorsa “4” puan, kararsızsa “3” puan, katılmıyorsa “2” puan, kesinlikle katılmıyorsa “1” puan olacak şekilde puanlandırılmıştır. Yaşlı ayrımcılığına ilişkin olumsuz tutum cümleleri ise; tamamen katılıyorsa “1” puan, katılıyorsa “2” puan, kararsızsa “3” puan, katılmıyorsa “4” puan, kesinlikle katılmıyorsa “5” puan olacak şekilde puanlandırılmıştır. Ölçekten alabilecekleri maksimum puan “115”, minimum puan ise “23”dür. Ölçekten alınan puan arttıkça yaşlı ayrımcılığına ilişkin olumlu tutum da artmaktadır. Yaşlı Ayrımcılığı Tutum Ölçeği üç boyuttan oluşmaktadır. Bunlar;

**1. Yaşlının Yaşamını Sınırlama:** Toplumun yaşlı bireyin sosyal yaşamını sınırlamaya ilişkin inanç ve algıdır. Bu boyuttan alınabilecek maksimum puan “45”, minimum puan ise “9”dur.

**2. Yaşlıya Yönelik Olumlu Ayrımcılık:** Toplumun yaşlı bireye yönelik olumlu inanç ve algıdır. Bu boyuttan alınabilecek maksimum puan “40”, minimum puan ise “8”dir.

**3. Yaşlıya Yönelik Olumsuz Ayrımcılık:** Toplumun yaşlı bireye yönelik olumsuz inanç ve algıdır. Bu boyuttan alınabilecek maksimum puan “30”, minimum puan ise “6”dir. (Vefikuluçay ve Terzioğlu 2011).

### **Veri Toplama Araçlarının Uygulanması:**

Veri toplama araçlarının uygulanmasına ders sorumlu öğretim elemanlarından sözel izin alınarak derslerin son 5-10 dakikasında başlanmış ve ders araları de kullanılarak öğrencilerin anket formunu doldurmaları sağlanmıştır. Araştırmanın yapılabilmesi için Sağlık Yüksekokulu Müdürlüğü’nden yazılı izin ve YATÖ’nin Türkiye’deki geçerlik ve güvenirlik çalışmasını yapan yazardan kullanım izni alındı (Vefikuluçay ve Terzioğlu 2011). Öğrencilere araştırma ile ilgili gerekli açıklamalar yapıldıktan sonra, gönüllü olanlar çalışma kapsamına alındı.

### **Verilerin Değerlendirilmesi:**

Araştırmadan elde edilen veriler SPSS 16.0 bilgisayar ortamında, student-t testi, Mann-Whitney U testi ve Kruskal Wallis analizleri kullanılarak değerlendirildi. Öğrencilerin sosyo-demografik özellikleri bağımsız değişken, YATÖ puanları ise, bağımlı değişkenleri oluşturmaktadır.

## **BULGULAR**

YATÖ toplam ve alt boyut puan ortalamaları ve minimum – maksimum puanları Tablo 1’de görülmektedir. Bu sonuçlar, öğrencilerin yaşlı ayrımcılığına ilişkin olumlu tutuma sahip olduklarını göstermektedir.

**Tablo 1:** Yaşlı Ayrımcılığı Tutum Ölçeği (YATÖ) Toplam ve Alt Boyutlarının Puan Ortalamaları (n:85)

Ölçekler	Ort±SS	Min-Max
Yaşlılığın Yaşamını Sınırlama	36.31±4.67	26.00 - 44.00
Yaşlıya Yönelik Olumlu Ayrımcılık	29.80±5.08	15.00 - 39.00
Yaşlıya Yönelik Olumsuz Ayrımcılık	17.56±2.99	11.00 - 27.00
<b>YATÖ toplam puan</b>	<b>83.67±9.25</b>	<b>65.00 -104.00</b>

Araştırmaya katılan öğrencilerin %51.8'inin 21 yaş ve üstünde (yaş ortalaması 20.70±1.70 yıl), %36.5'inin birinci sınıfta okuduğu, %55.3'ünün genel liseden mezun olduğu, %77.6'sının ilkokulu bitirinceye kadar ilçede yaşadığı, %58.8'inin klinik uygulamalarda yaşlıya bakım verdiği ve %50.6'sının yaşlılarla olan sosyal ilişkilerinde doyum aldığı saptandı (Tablo 2).

Yaşlı Ayrımcılığı Tutum Ölçeği (YATÖ) toplam ve alt boyut puan ortalamalarının, öğrencilerin tanıtıcı özelliklerine ilişkin bağımsız değişkenlerle ilişkisi incelendiğinde; YATÖ toplam ve alt boyut puan ortalamaları ile yaş, devam edilen sınıf, en son bitirilen okul ve ilkokulu bitirinceye kadar en uzun kaldığı yer arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı.

YATÖ alt boyutlarından yaşlıya yönelik olumlu ayrımcılık puan ortalaması ile *klinik uygulamalarda yaşlı bireye bakım verme* durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu (p:0.031). Klinik uygulamalarda yaşlı bireye bakım vermeyen öğrencilerin puan ortalaması daha yüksek çıkmıştır. Bununla birlikte YATÖ alt boyutlarından yaşlılığın yaşamını sınırlama (p:0.012), yaşlıya yönelik olumlu ayrımcılık (p:0.029) puan ortalamaları ve YATÖ toplam puan ortalamaları (p:0.017) ile *yaşlı ile olan sosyal ilişkilerden doyum alma durumu* arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark saptandı.

YATÖ alt boyutlarından yaşlıya yönelik olumsuz ayrımcılık (p:0.706), yaşlılığın yaşamını sınırlama (p:0.243) ve YATÖ toplam puan (p:0.068) ortalamaları ile *klinik uygulamalarda yaşlı bireye bakım verme durumu* ve yaşlıya yönelik olumsuz ayrımcılık puan ortalaması ile *yaşlı ile olan sosyal ilişkilerden doyum alma* (p:0.241) durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamadı. İstatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte yaşlılarla olan sosyal ilişkilerinden doyum sağlayan öğrencilerin puan ortalamaları (yaşlılığın yaşamını sınırlama, yaşlıya yönelik olumlu ayrımcılık ve YATÖ toplam puan) daha yüksektir (Tablo 2).

**Tablo 2:** Öğrencilerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Yaşlı Ayrımcılığı Tutum Ölçeği'nden Aldıkları Puan Ortalamaları (N:85)

Değişkenler	N (%)	Yaşlılığın Yaşamını Sınırlama Ort±SS	Yaşlıya Yönelik Olumlu Ayrımcılık Ort±SS	Yaşlıya Yönelik Olumsuz Ayrımcılık Ort±SS	YATÖ toplam puan Ort±SS
<b>Yaş</b>					
20 ve altı	41(48.2)	36.56±4.81	30.67±4.26	17.05±3.11	83.98±8.99
21 ve üstü	44(51.8)	36.07±4.64	29.27±5.73	18.04±2.82	83.39±9.57
		t:0.48 p:0.632	t:0.991 p:0.324	t:-1.548 p:0.125	t:0.292 p:0.771

<b>Sınıf</b>					
1. sınıf	31(36.5)	37.41±4.91	31.35±4.13	17.32±3.26	86.09±8.83
2. sınıf	22(25.9)	35.22±4.61	29.54±5.36	17.45±3.12	82.22±9.96
3. sınıf	17(20.0)	36.11±4.60	28.29±5.58	18.17±2.96	82.59±10.02
4. sınıf	15(17.6)	35.80±4.42	28.66±5.44	17.53±2.32	82.00±7.86
		KW:3.158 p:0.368	KW:3.158 p:0.368	KW:1.093p:0.779	KW:3.425 p:0.331
<b>En son bitirilen okul</b>					
Normal lise	47(55.3)	36.72±4.42	29.59±5.81	17.72±2.88	84.04±9.49
Anadolu-süper-fen	26(30.6)	36.88±4.58	30.03±3.16	17.76±3.47	84.69±8.45
Özel/kolej	3(3.5)	34.66±7.02	26.33±10.96	16.66±1.52	77.66±18.58
Meslek lisesi	9(10.6)	33.00±5.07	31.33±2.82	16.44±2.35	80.77±6.57
		KW: 5.121p:0.163	KW:1.158p:0.763	KW:1.509 p:0.680	KW:2.173p:0.537
<b>İlkokulu bitirinceye kadar en uzun kaldığı yer</b>					
İl	66(77.6)	36.07±4.56	29.66±5.26	17.33±2.80	83.07±9.02
İlçe	15(17.6)	36.40±5.48	30.86±3.70	18.00±3.07	85.26±9.58
Köy	4(4.7)	39.75±2.87	28.00±6.87	19.75±5.25	87.50±12.66
		KW:2.564p:0.278	KW:0.379p:0.827	KW:1.113p:0.573	KW:0.812p:0.666
<b>Klinik Uygulamalarda Yaşlıya Bakım Verme Durumu</b>					
Evet	50(58.8)	35.78±4.59	28.64±5.61	17.68±2.93	82.10±9.69
Hayır	35(41.2)	37.05±4.80	31.45±3.67	17.40±3.11	85.91±8.19
		MWU:744.500 p:0.243	MWU:633.500 <b>p:0.031</b>	MWU:833.000 p:0.706	MWU:670.500 p:0.068
<b>Yaşlı ile olan sosyal ilişkilerden doyum alma durumu</b>					
Nadiren	42(49.4)	35.16±4.34	28.78±4.88	17.19±2.26	81.14±8.21
Sık sık	43(50.6)	37.41±4.81	30.79±5.12	17.93±3.54	86.13±9.61
		MWU:618.000 <b>p:0.012</b>	MWU:655.500 <b>p:0.029</b>	MWU:770.500 p:0.241	MWU:631.000 <b>p:0.017</b>

Öğrencilerin %63.5'i şimdiye kadar 65 yaş ve üzeri yaşlı ile birlikte aynı evde yaşadığını, %64.5'i 5 yıl ve daha az sürede yaşlılar ile birlikte yaşadığını, %52.9'u şu anda büyükanne ve büyükbabanın kendi evlerinde tek başlarına yaşadıklarını ve %51.8'i ileride üniversiteyi bitirdikten sonra anne/baba ya da her ikisiyle birlikte yaşamak istemediğini ifade etti (Tablo 3).

YATÖ toplam ve alt boyut puan ortalamaları ile öğrencilerin yaşlı ile yaşama ve yaşamak isteme durumları arasındaki ilişki incelendiğinde; YATÖ toplam ve alt boyut puan ortalamaları ile şimdiye kadar 65 yaş ve üzeri yaşlı ile aynı evde yaşama durumu, yaşlı ile aynı evde yaşama süresi ve büyükanne ya da büyükbabanın şu an yaşadığı yer arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı (Tablo 3). İleride üniversiteyi bitirdikten sonra anne/baba ya da her ikisiyle birlikte yaşamak isteme durumu ile *yaşlının yaşamını sınırlama* puan ortalaması arasında anlamlı fark saptandı(p:0.006). İleride anne/baba ya da her ikisiyle yaşamak isteyen öğrencilerin puan ortalaması daha yüksektir. Aynı değişkenin, Ölçeğin diğer alt boyutları (yaşlıya yönelik olumlu ayrımcılık, yaşlıya yönelik olumsuz ayrımcılık) ve YATÖ toplam puan ortalamaları arasında ise anlamlı fark saptanmadı (Tablo 3).

**Tablo 3:** Öğrencilerin Yaşlı ile Yaşama ve Yaşamak İsteme Durumlarına Göre Yaşlı Ayrımcılığı Tutum Ölçeği'nden Aldıkları Puan Ortalamaları (N:85)

Değişkenler	N (%)	Yaşlının Yaşamını Sınırlama Ort±SS	Yaşlıya Yönelik Olumlu Ayrımcılık Ort±SS	Yaşlıya Yönelik Olumsuz Ayrımcılık Ort±SS	YATÖ toplam puan Ort±SS
<b>Yaşlı ile aynı evde yaşama durumu</b>					
Evet	31(36.5)	36.41±3.98	30.06±4.26	17.35±2.61	83.83±9.10
Hayır	54(63.5)	36.24±5.09	29.64±5.73	17.68±3.20	83.57±9.41
		MWU:820.500 p:0.880	MWU:826.000 p:0.920	MWU:776.000 p:0.575	MWU:776.000 p:0.575
<b>Yaşlılar ile birlikte aynı evde yaşama süresi</b>					
5 yıl ve altı	20(64.5)	35.55±4.04	28.55±5.23	16.85±2.39	80.95±9.09
6 yıl ve üstü	11(35.5)	38.00±3.52	31.45±3.88	18.09±3.01	87.54±8.41
		MWU:820.500 p:0.880	MWU:75.000 p:0.157	MWU:86.000 p:0.338	MWU:64.000 p:0.060
<b>Büyükanne ya da babanın şu an yaşadığı yer</b>					
Ailele birlikte	18(21.2)	36.61±4.72	29.44±5.10	16.94±2.26	83.00±9.92
Birinci derece yakınlarıyla birlikte	16(18.8)	37.18±3.70	28.68±4.85	17.81±2.63	83.68±8.16
Kendi evlerinde tek başlarına	45(52.9)	35.84±4.90	30.08±5.35	17.97±3.16	83.91±9.42
Huzurevinde	6(7.1)	36.50±6.05	31.66±3.61	15.66±4.03	83.83±10.87
		KW:1.054 p:0.778	KW:1.791 p:0.617	KW:3.629 p:0.304	KW:0.103 p:0.991
<b>İleride anne baba ile yaşamak isteme durumu</b>					
Evet	41(48.2)	37.73±4.02	30.17±4.99	17.41±2.96	85.31±8.53
Hayır	44(51.8)	34.97±4.92	29.45±5.19	17.70±3.03	82.13±9.71
		t:2.810 p:0.006	t:0.647 p:0.519	t:-0.445 p:0.658	t:1.599 p:0.114

## TARTIŞMA

Bu araştırmada YATÖ kullanılarak hemşirelik öğrencilerinin yaşlı ayrımcılığına ilişkin tutumları değerlendirilmiş ve genel olarak tutumlarının olumlu yönde olduğu saptanmıştır. Bu olumlu tutum hemşirelik öğrencilerinin lisans eğitimi sırasında, yaşlılık ve fizyolojisini de kapsayan derslerde, bu döneme ilişkin empatik becerilerinin artırılmış olmasına ve kendi kültürlerinde yaşlıya saygı/sevgi gösterilmesi gerektiğinin öğretilmesine bağlanabilir.

Literatürde, tıp ve hemşirelik öğrencileri ile yapılan çalışmalarda, öğrencilerin yaşlılara yönelik olumlu tutuma sahip oldukları saptanmıştır (Wilkinson ve ark. 2002; Fitzgerald ve ark. 2003; McKinlay ve Cowan 2003; Lee ve ark. 2005; Hughes ve ark. 2008; Vefikuluçay 2008, Yılmaz Özkan, 2010).

Özdemir (2009) tarafından, hemşirelik 3. ve 4. sınıf öğrencisi (495) ile yapılan çalışmada, öğrencilerin yaşlı ayrımcılığına ilişkin olumlu tutum sergiledikleri görülmüş olup sonuçları bizim bulgularımızla örtüşmektedir. Aynı çalışmada klinikte yaşlıya

bakım veren öğrencilerin, bakım vermeyen öğrencilere göre YATÖ puan ortalamasının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Haight ve ark. (1994) ile McLafferty ve Morrison'nın (2004) hemşirelik öğrencileri ile yaptıkları çalışmalarda da; öğrencilerin yaşlı bireylere yönelik klinik deneyim sonrası tutumlarının daha olumlu olduğu belirlenmiştir. Bu çalışmada Özdemir, McLafferty ve Morrison ile Haight ve ark.'nın bulgularının tersine, yaşlıya bakım vermeyen öğrencilerin YATÖ puan ortalaması daha yüksek bulunmuştur. Bu durum, çalışmaya katılan öğrencilerin çoğunluğunun birinci ve üçüncü yarıyıl öğrencilerinden oluşması, dolayısıyla, yaşlılığa ilişkin dersleri yeterince almamış olmasına bağlanabilir. Literatüre bakıldığında da öğrenim görülen sınıf düzeyi yükseldikçe öğrencilerin yaşlı bireylere karşı tutumlarının daha olumlu olduğu saptanmıştır (Vefikuluçay 2008; Hughes ve ark. 2008; Yılmaz, Özkan 2010; Özdemir 2009). Ayrıca bu çalışmada, Özdemir'in (2009) çalışmasına benzer olarak, yaşlıya yönelik olumlu ayrımcılık alt boyutu puan ortalaması ile klinik uygulamalarda yaşlı bireye bakım verme durumu arasında anlamlı fark bulunmuştur.

Bu araştırmada, üniversiteyi bitirdikten sonra anne/baba ya da her ikisiyle birlikte yaşamayı isteme durumu ile yaşlının yaşamını sınırlama puan ortalaması arasında anlamlı fark saptandı (p:0.006). Gelecekte anne/baba ya da her ikisiyle yaşamayı isteyen öğrencilerin puan ortalaması daha yüksek bulundu. Yılmaz ve Özkan (2010)'ın çalışmasında ise farklı olarak anne/baba ya da her ikisiyle birlikte yaşamayı isteme durumu ile yaşlının yaşamını sınırlama puan ortalaması arasında anlamlı fark saptanmamıştır. Vefikuluçay (2008) ise çalışmasında ileride ebeveynleri ile yaşamayı isteme durumu ile YATÖ puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulmamıştır.

Bu araştırmada YATÖ alt boyutlarından yaşlının yaşamını sınırlama, yaşlıya yönelik olumlu ayrımcılık puan ortalamaları ve YATÖ toplam puan ortalamaları ile yaşlı ile olan sosyal ilişkilerden doyum alma durumu arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark saptanmıştır (p:0.017). Yılmaz ve Özkan (2010) çalışmalarında hemşirelik öğrencilerinin yaşlı ile olan sosyal ilişkilerden doyum alma durumu ile YATÖ alt boyutlarından yaşlının yaşamını sınırlama arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptamıştır (p:0.012). Bu sonuç öğrencilerin yaşlılarla farklı ortamları, zamanları ve deneyimleri paylaştıkça doyum alma durumlarının arttığı ve bu durumdan memnun oldukları anlamında yorumlanabilir.

Araştırmamızda, istatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte yaşlı ile birlikte aynı evde yaşama süresi arttıkça YATÖ puan ortalamasının arttığı belirlendi. Bu durum, yaşlı ile yaşama deneyimi olan öğrencilerin empati becerilerinin daha fazla gelişmiş olmasıyla açıklanabilir. Ayrıca bu sonucu, öğrencilerin birlikte yaşadıkları yaşlılardan etkilendikleri, birlikte yaşama süresi arttıkça yaşlı ve yaşlılık sürecine ilişkin olumlu tutumlarının da arttığı şeklinde açıklanabilir. Yılmaz ve Özkan'ın (2010) bulgularında ise farklı olarak altı yıl ve daha az süre yaşlı ile aynı evde yaşayan öğrencilerin YATÖ'den daha yüksek puan aldıkları belirlenmiştir.

## **SONUÇ VE ÖNERİLER**

Bu araştırma sonucunda hemşirelik öğrencilerinin yaşlılara ilişkin olumlu tutuma sahip oldukları belirlendi. Bu tutumun yaş, öğrenime devam edilen sınıf, en son

bitirilen okul ve ilkokulu bitirinceye kadar en uzun kaldığı yer gibi faktörlerden etkilenmediği saptandı. Bu bulgular doğrultusunda;

- Hemşirelik teorik eğitimi ve uygulamalarında, yaşlı ve yaşlı ayrımcılığına ilişkin konulara daha fazla yer verilmesi,
- Bu konuda öğrencilerin yaşlılara ilişkin tutumlarının daha büyük örneklemlerle çalışmaları bölgesel karşılaştırmalı olarak değerlendirilmesi önerilerinde bulunuldu.

## **KAYNAKLAR**

- Akdemir N, Çınar FA, Görgülü Ü, (2007 ) Yaşlılığın algılanması ve yaşlı ayrımcılığı, Turkish Journal of Geriatrics; 10 (4): 215-222.
- Akgun S, Bakar C, Budakoğlu İ, (2004) Dünyada ve Türkiye’de yaşlı nüfus eğilimi, sorunları ve iyileştirme önerileri, Türk geriatri dergisi, 7: 105-110.
- Bongaarts J, Griffith F. (2002) How long do we live? Population and development Review; 28(1): 13-29.
- Fitzgerald JT, Wray LA, Halter JB, Williams BC, Supiano MA (2003) Relating medical students knowledge, attitudes, and experience to an interest in geriatric medicine. Gerontologist, 43: 849-855.
- Butler, R. N. (1969). "Age-ism: Another form of bigotry." The Gerontologist, 9, 243-246.
- Gökçe Kutsal Y. (2007) Yaşlanan Dünyanın Yaşlanan insanları (The Ageing World's Ageing People). Geriatri. Türk Tabipler Birliği Yayınları, Ankara, pp 13-9.
- Haight KB, Christ AM, Dias KJ. (1994) Does nursing education promote ageism? Journal of Advanced Nursing; 20: 382-390.
- Hughes NJ, Soiza RL, Chua M. ve ark. (2008) Medical student attitudes toward older people and willingness to consider a career in geriatric medicine. Journal of the American Geriatrics Society, 56(2): 334-338.
- Lee M, Reuben DB, Ferrell B (2005) Multidimensional attitudes of medical residents and geriatrics fellows toward older people. Journal of the American Geriatrics Society, 53(3): 489-494.
- Lookinland S, Anson K. (2008) Perpetuation of ageist attitudes among present and future health care personnel: implication for older care. Journal of Advanced Nursing; 21(1): 47-56.
- McLafferty I, Morrison F. (2004) Attitudes towards hospitalized older adults. Journal of Advanced Nursing; 47(4): 446-453.
- McKinlay A, Cowan S (2003). Student nurses'attitudes towards working with older patients. Journal of Advanced Nursing, 43(3): 298- 309.
- Moyle W. (2003) Nursing students perceptions of older people continuing society's myths. Australian Journal of Advanced Nursing; 20(4):15-21.
- Özdemir Ö. (2009) Hemşirelik Öğrencilerinin Yaşlı Ayrımcılığına İlişkin Tutumları. Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Programı Yüksek Lisans Tezi.
- Palmore EP. (1999) Ageism: Negative and Positive. New York: Springer Publishing Company; pp: 3-19.
- Population Reference Bureau. 2008 World Population Data Sheet. Demographic Data and Estimates for the Countries and Regions of the World. 2008. Available at: <http://www.scribd.com/doc/12588685/2008-World-Population-Data-Sheet>. Cited June 2, 2009.
- Rue BM. (2003) Preventing ageism in nursing students: An Action theory approach. Australian Journal of Advanced Nursing; 20(4): 8-14.
- Rupp DE, Vodanovich SJ, Crede M. (2005) The multidimensional nature of ageism: Construct validity and group differences. The Journal of Social Psychology; 145(3): 335-362.
- Samancıoğlu S, Karadakovan A. (2010) "Yaşlı sağlığının korunması ve geliştirilmesi. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 5 (13): 125-241.

- Treharne G. (1990) Attitudes towards the care of elderly people: are they getting better?. *Journal of Advanced Nursing*; 15(7): 777-781.
- Uncu Y. (2003) Yaşlı Hastaya Birinci Basamakta Yaklaşım. *Turkish Journal of Geriatrics*, 6:1, 31-37.
- Vefikuluçay D. (2008) Üniversitede öğrenim gören öğrencilerin yaşlı ayrımcılığına ilişkin tutumları. *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara*.
- Vefikuluçay D. ve Terzioğlu, F. (2011) Development and psychometric evaluation of ageism attitude among the university students. *Turkish Journal of Geriatrics*, 14(3): 259-268.
- Yılmaz E. Özkan S. (2010) Hemşirelik öğrencilerinin yaşlı ayrımcılığına ilişkin tutumları. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi, Cilt:3,Sayı:2: 35-53*.
- Wilkinson TJ, Gower S, Sainsbury R (2002) The earlier, the better: the effect of early community contact on the attitudes of medical students to older people. *Medical Education*, 36(6): 540-542.
- Wold GH. (2004) *Basic Geriatric Nursing*. Philadelphia: Mosby; pp:3-20.
- [www.tuik.gov.tr](http://www.tuik.gov.tr) (erişim tarihi 10.12.2011).



## TİP 2 DİYABETLİLERDE AYAK BAKIM DAVRANIŞLARININ İNCELENMESİ VE KARŞILAŞTIRILMASI

EXAMINATION AND COMPARISON OF FOOT CARE BEHAVIORS OF INDIVIDUALS  
WHO HAVE TYPE 2 DIABETES

Araş.Gör. Emine SÖZEN\* Yard.Doç.Dr. Sevgi KIZILCI\*\*

\*E.Ü. İzmir Atatürk Sağlık Yüksekokulu

\*\*D.E.Ü. Nevvar Salih İşgören Hemşirelik Fakültesi

### ÖZET

**Amaç:** Bu çalışma, diyabetik ayak problemi olan ve olmayan diyabetli bireylerin ayak bakımı davranışlarını incelemek amacıyla yapılmıştır.

**Gereç ve Yöntemler:** Veriler, İzmir'de bir üniversite hastanesinin endokrinoloji polikliniğinde Haziran-Ağustos 2008 tarihleri arasında toplanmıştır. Araştırma örneklemini 68'i diyabetik ayağı olan, 70'i diyabetik ayağı olmayan toplam 138 tip 2 diyabetli birey oluşturmuştur. Veriler; sosyo-demografik özellikler ve ayak bakım davranışlarını içeren bir formla toplanmış, ki-kare, yatest ve t testi ile değerlendirilmiştir.

**Bulgular:** Diyabetik ayağı olan bireylerin ayak bakım davranışı puanının; diyabetik ayağı olmayanlara göre düşük olduğu saptanmıştır ( $p<0.05$ ). Diyabetik ayağı olan bireylerin; ayaklarını her gün yara oluşumu yönünden kontrol etme, yıkama sonrası kurulum, nemlendirme, ayak tırnaklarını düz kesme, ayakkabıyı giymeden önce yabancı cisim yönünden kontrol etme ve yuvarlak burunlu, alçak topuklu, ortopedik ayakkabı giyme davranışlarını, diyabetik ayağı olmayanlara göre daha düşük oranda uyguladığı bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Ayakta nasır oluştuğunda sağlık personeline başvurma, düzenli ayak muayenesine gitme, düzenli ayak-bacak egzersizleri yapma ve ayakkabıları öğleden sonra satın alma davranışlarının her iki grupta yetersiz uygulandığı saptanmıştır.

**Sonuç:** Çalışmada, diyabetik ayağın önlenmesinde özellikle bazı ayak bakımı davranışlarının önemli olduğu görülmektedir. Diyabetli bireylerin ayak bakım davranışlarını uygulamama nedenlerinin araştırılması önerilmektedir.

**Anahtar Sözcükler:** diyabetik ayak, ayak bakımı, ayak ülserleri

### ABSTRACT

**Purpose:** This study was made for the examination of diabetes mellitus individuals who have diabetic foot and non-diabetic foot.

**Method:** Data had been collected in an University Hospital's endocrinology department in İzmir, during the June-August 2008. Sample of study includes 68 diabetic foot individuals, 70 non-diabetic individuals, totally 138 types individuals who have type II diabetes. Data were collected by a form which includes the social-demographic features and foot care behaviors; it was evaluated with chi-square, yatest and t test.

**Results:** *It was determined that foot care score is more in individuals who have non-diabetic feet than individuals who have diabetic feet ( $p<0.05$ ). Between the foot care behaviors; controlling the feet' injuries everyday, drying after washing, wetting, nail care, controlling the shoes before the wearing for any unknown object and wearing suitable shoes behaviors were less in the individuals who have diabetic feet than the individuals who have non-diabetic feet ( $p<0.05$ ). Standing to apply to medical personnel when calluses, check-up for feet regularly, to exercise and buying shoes in the afternoon behaviors were poorly applied in both two groups.*

**Conclusions:** *In this study, especially some behaviors were found to be important in preventing diabetic foot. It is offered that the researching of the reasons of non-applying foot care behaviors who have diabetes.*

**Key Words:** *diabetic foot, foot care, foot ulcers*

## GİRİŞ

Diyabetik ayak, diyabet görülme sıklığına paralel olarak artan iyileşme süreci uzun ve zor olan önemli bir sağlık sorunudur (ADA 2009). Geliştirilen tedavi yöntemlerine ve eğitim programlarına karşın, tüm diyabetli bireylerin yaklaşık %15'inin hayatlarının bir döneminde diyabetik ayak ile karşılaştığı diyabetik ayağı olan bireylerin ise %60-70'inin alt ekstremitte amputasyonuna maruz kaldığı görülmektedir (ADA 2009; Abbas ve ark. 2002; Altındaş ve ark. 2006; Tükenmez ve ark. 2005; Miyojima ve ark. 2006; Özkan ve ark. 2004). Türk Diyabet ve Obezite Vakfı diyabetli bireylerin hastaneye başvurma nedenlerinin %20'sinin ayak problemleri olduğunu belirtmektedir (Yetkin 2009).

Diyabetik ayak ve yaşanan alt ekstremitte amputasyonlarına bağlı tedavi güçleşmekte, hastanede yatış süresi artmakta (Altındaş ve ark. 2006, Tükenmez ve ark. 2005) ve tedavi maliyeti yükselmektedir (Ali ve ark. 2008, Altunbaş ve ark. 1999, Ortegon ve ark. 2004). Bu durum ise, diyabetli bireyin yaşam kalitesini düşürmekte (Gönen ve ark. 2007, Gülseren ve ark. 2001), ailesini ve toplumu olumsuz yönde etkilemektedir.

Literatürdeki çalışmaların sonuçlarında, ayak bakımı davranışlarının diyabetik ayağı önlemede önemli olduğu vurgulanmaktadır (Mason ve ark. 1999, Özkan ve ark. 2004, Vijay ve ark. 2000). Buna karşın ayak bakımını inceleyen çalışmalarda diyabetli bireylerin ayak bakımı bilgilerinin yetersiz olduğu ve düzenli ayak bakımı yapmadıkları belirtilmektedir (Batkın ve Çetinkaya 2005). Bölükbaş ve arkadaşları (2006), diyabetli bireylerin düzenli ayak bakımı, ayakta yara oluştuğunda sağlık personeline başvurma, doğru tırnak bakımı ve çorap seçimi, doğru ayakkabı seçimi davranışlarını yetersiz uyguladığını belirtmektedir. Güner (2005) ise, çalışmasında, diyabetli bireylerin ayaklarını günlük izleme, ayaklar üşüdüğünde ısıtıcı kullanmama, doğru tırnak bakımı ve uygun ayakkabı kullanımı davranışlarını uygulamadığını bulmuştur. İki çalışmada da diyabetli bireylerin ayak bakımına yönelik bilgi düzeyleri ve davranışları incelenmiştir. Başka bir çalışmada ise, diyabetik ayağı olan ve olmayan bireyler incelenmiş, diyabetik ayağı olan bireylerin ayak bakımı konusundaki bilgi düzeylerinin düşük (Bozyer ve ark. 2004) ve yeterli ayak bakım davranışı olmadığı görülmüştür (Sriussadaporn ve ark. 1998).

Çalışmalarda diyabetli bireylerin ayak bakımı hakkında bilgi ve davranışlarının tanımlandığı, diyabetik ayağı olan ve olmayan diyabetli bireylerin ayak bakımına

yönelik bazı bilgi düzeyleri ve bazı ayak bakım davranışlarının karşılaştırıldığı görülmektedir. Ancak, diyabetli bireyler için önerilen tüm ayak bakım davranışlarının diyabetik ayağı olan ve olmayan bireylerde ne düzeyde uygulandığına ilişkin bir çalışmaya ulaşılamamış olup, ayak sağlığı iyi olan diyabetli bireylerin ayak bakımına yönelik yaptığı bakım davranışları ya da diyabetik ayak gelişmiş bireylerin hangi ayak bakım davranışlarını uyguladıklarını/uygulamadıklarını inceleyen yeterli çalışma bulunmamaktadır. Bu bağlamda çalışmanın amacı, diyabetik ayağı olan ve olmayan diyabetli bireylerin ayak bakımı davranışlarının incelenmesidir. Elde edilen sonuçların ayak bakımı eğitimi içeriğinin belirlenmesinde sağlık profesyonellerine yardımcı olacağı düşünülmektedir.

## GEREÇ VE YÖNTEM

**Araştırmanın Türü:** Araştırma, diyabetik ayağı olan ve olmayan tip 2 diyabetli bireylerin ayak bakımı davranışlarını belirlemek amacıyla karşılaştırmalı olarak yapılmıştır.

**Araştırmanın Yeri ve Özellikleri:** Araştırma, İzmir ilinde bir üniversite hastanesi iç hastalıkları anabilim dalı endokrinoloji polikliniğine bağlı diyabet eğitim merkezinde yapılmıştır. Merkez hafta içi her gün 08.00–17.00 saatleri arasında hizmet vermektedir. Endokrinoloji polikliniğine ilk defa ya da kontrole gelen hastalar diyabet yönetimi hakkında eğitim almaları ve izlenmeleri için üç diyabet hemşiresinin görev yaptığı diyabet eğitim merkezine yönlendirilmektedir.

**Evren ve Örneklem:** Çalışmanın evrenini, veri toplama süreci içerisinde bir üniversite hastanesinin endokrin polikliniğe başvuran tip 2 diyabetli bireyler oluşturmaktadır. Çalışmada herhangi bir örneklem yöntemine gidilmemiştir. Çalışmada dahil edilme kriterleri belirlenerek, örnekleme araştırmaya katılmayı gönüllü olarak kabul eden, 5 yıl ve üzerinde tip 2 diyabet tanısı olan, duyma ve konuşma problemi olmayan, steroid tedavisi almayan, 18 yaş ve üzerinde, diyabetik ayağı olan 68 kişi, diyabetik ayağı olmayan 70 kişi olmak üzere toplam 138 kişi oluşturmuştur. Diyabetik ayağı olan bireylerin yaş ortalaması  $60.6 \pm 13.4$ , diyabetik ayağı olmayan bireylerin yaş ortalaması ise  $59.9 \pm 12.3$ 'dür. Diyabetik ayak tanısı olan ve olmayan bireylerin, ayak bakım davranışlarını etkileyeceği düşünülen sosyo-demografik özellikleri (yaş, cinsiyet, ayak bakımı eğitimi alma durumu, eğitim düzeyi, diyabet yaşı ve ekonomik düzeyi) açısından iki grup arasında anlamlı bir fark yoktur ( $p > 0.05$ ).

Çalışmada örneklem gücü; alfa güvenilirlik düzeyi %95 alınarak, diyabetik ayağı olan/olmayan diyabetli bireylerin sayısı ve ayak bakımı puanı ortalaması verilerine göre hesaplandığında %100 bulunmuştur ([http://www.dssresearch.com/tollkit/spcalc/power\\_a2.asp](http://www.dssresearch.com/tollkit/spcalc/power_a2.asp)).

## Veri Toplama Araçları, Uygulanması ve Etik İzin

Verilerin toplanmasında Diyabetli Bireyi Tanılama Formu ve Diyabette Ayak Bakımı Davranış Formu olmak üzere iki form kullanılmıştır. Bu formlar araştırmacı tarafından katılımcılarla yüz yüze görüşülerek doldurulmuştur.

Araştırmanın yürütülebilmesi için Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Etik Kurul'undan ve çalışmanın yapıldığı sağlık kurumundan yazılı izin alınmıştır.

**Diyabetli Bireyi Tanılama Formu:** Bu form, araştırma kapsamına alınan diyabetli bireylerin tanıtıcı özelliklerinin ve diyabetle ilgili özelliklerine ilişkin bilgilerinin elde edilmesi amacıyla konu ile ilgili literatürden yararlanılarak, araştırmacı tarafından geliştirilmiştir (ADA 2009, Tüzün ve Çetinkalp 2006, Yüksel 2002). Formda bireyin yaşı, cinsiyeti, eğitim düzeyi, ayak bakımına yönelik eğitim alma durumu, ekonomik düzeyi, diyabet yaşı, diyabet tipi, daha önce diyabetik ayağının olup olmadığı, mevcut diyabetik ayak varlığı durumunu sorgulayan toplam 10 soru yer almaktadır. Diyabetik ayak varlığı belirlenirken Wagner sınıflama sisteminden yararlanılmıştır.

**Diyabette Ayak Bakım Davranışı Formu:** Form, diyabetli bireylerin ayak bakım davranışlarını değerlendirmek amacıyla araştırmacı tarafından konu ile ilgili literatürün incelenmesi ile oluşturulmuştur (ADA 2009, Tüzün ve Çetinkalp 2006, Yetkin 2009). Formda temel ayak bakımı davranışlarını, ayak sağlığını etkileyebilecek egzersiz, izlem, ayakkabı ve çorap seçimi gibi konularda bireyin davranışlarını sorgulayan çoktan seçmeli 18 soru bulunmaktadır. Soruların tek bir doğru şıkkı vardır. Ayak bakımı davranış puanlarının hesaplanması için formda bulunan sorulara yönelik diyabetli birey her doğru cevabına karşılık bir puan alırken, yanlış cevabından puan alamamıştır. Diyabetli bireyler bu formdan en yüksek 18 puan alırken, en düşük "0" puan almaktadır. Ayak bakım davranışı puanının yüksek olması ayak bakımını iyi düzeyde yapıldığını her zaman göstermemekle birlikte bireyin ayaklarına göstereceği özenin ayak bakımı hakkında bilgisi olmayan bireylerden daha fazla olacağı düşünülebilir.

Anket sorularının işlerliği, içeriği, anlaşılabilirliği konusunda diyabet alanında deneyimli bir diyabetik ayak hemşiresi, diğerleri diyabet üzerinde çalışmış öğretim üyelerinden oluşan sekiz uzman tarafından değerlendirilmiş, veri toplama araçlarının uygun olduğu belirtilmiştir. Araştırmanın ön uygulaması çalışmanın yapıldığı hastanenin iç hastalıkları kliniğinde yatan, örneklem özelliklerine uyan 10 diyabetli bireyde uygulanmış; bu veriler araştırmaya dahil edilmemiştir. Ön uygulama sonucunda veri toplama formunda gerekli düzenlemeler yapılmıştır.

### **Verilerin Değerlendirilmesi**

Verilerin değerlendirmesinde istatistiksel bir paket program kullanılmış, istatistiksel analizlerde güven aralığı %95 olarak kabul edilmiştir.

- Diyabetik ayağı olan ve olmayan diyabetli bireylerin tanıtıcı özelliklerinin homojenliği ki-kare ve t testleri ile değerlendirilmiştir.
- Diyabetik ayağı olan ve olmayan bireylerin ayak bakım davranışları sayı yüzde tablosu olarak gösterilmiş ki-kare ve yatest (düzeltmeli ki-kere) testleri ile değerlendirilmiştir.
- Diyabetik ayağı olan ve olmayan bireylerin ayak bakımı puanları ise t testi ile analiz edilmiştir (Aksakoğlu 2006).

## BULGULAR

Ayak bakımı davranış puanı ortalaması diyabetik ayağı olmayan bireylerde  $10.2 \pm 3.9$ , diyabetik ayağı olanlarda  $6.9 \pm 3.5$  bulunmuştur ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir ( $p < 0.05$ ) (Tablo 1).

**Tablo 1:** Diyabetik Ayağı Olan ve Olmayan Diyabetli Bireylerin Ayak Bakımı Davranış Puanlarının Karşılaştırması

Diyabetik Ayak Görülme Durumu	Ayak Bakım Davranış Puanları X±SD	t	p
Diyabetik Ayak Olan (n=68)	6.9±3.5	5.087	0.000
Diyabetik Ayak Olmayan (n=70)	10.2±3.9		

$p < 0.05$  düzeyinde anlamlıdır.

Düzenli ayak kontrolüne gitme, ayaklarını yıkamadan önce yıkama suyunun ısısını kontrol etme, ayakları her gün yıkama, düzenli ayak-bacak egzersizi yapma, ayaklarda yara oluştuğunda müdahale etmeden sağlık personeline başvurma, çıplak ayak ile dolaşmama, ayakkabıları öğleden sonra satın alma ve ayakkabıyı çorap ile birlikte giyme, pamuklu ya da yünü bileği sıkmayan çorap tercih etme davranışlarının iki grupta benzer düzeyde uygulandığı bulunmuştur ( $p > 0.05$ ) (Tablo 2).

Ayakları her gün izleme, ayakları yıkadıktan sonra kurulama ve nemlendirici sürme, ayak tırnaklarını düz ve yüzeyel kesme, ayaklar üşüdüğünde ısıtıcı kullanmama, ayaklarda nasır oluştuğunda müdahale etmeden sağlık personeline başvurma, ayakkabıları giymeden önce içerisini yabancı cisim yönünden kontrol etme, ortopedik ve önü kapalı, yuvarlak burunlu ayakkabı giyme davranışlarının diyabetik ayağı olmayan bireylerde diyabetik ayağı olanlara göre anlamlı düzeyde yüksek uygulandığı saptanmıştır ( $p < 0.05$ ) (Tablo 2).

**Tablo 2:** Diyabetik Ayağı Olan ve Olmayan Diyabetli Bireylerin Ayak Bakımı Davranışlarının Karşılaştırması

Ayak Bakım Davranışları	Uygulama durumu	Diyabetik Ayak Görülme Durumu		x <sup>2</sup>	p
		Diyabetik Ayak (+) n (68) (%)	Diyabetik Ayak (-) n (70) (%)		
Ayakları renk, ısı ve yara oluşumunu değerlendirme	Evet Hayır	20 (29.4) 48 (70.6)	36 (51.4) 34 (48.6)	6.051	<b>0.014*</b>
Ayakları yıkamadan suyun ısısını kontrol etme	Evet Hayır	40 (58.8) 28 (41.2)	44 (62.9) 26 (37.1)	0.236	0.627
Ayakları her gün yıkama	Evet Hayır	41 (60.3) 27 (39.7)	54 (71.4) 16 (28.6)	3.813	0.051*
Ayakları yıkadıktan sonra parmak aralarını kurulama	Evet Hayır	22 (32.4) 46 (67.6)	42 (60.0) 28 (40.0)	9.519	<b>0.002*</b>
Ayakları kuruladıktan sonra nemlendirici sürme	Evet Hayır	14 (20.6) 54 (79.4)	37 (52.9) 33 (47.1)	14.062	<b>0.000*</b>

Düzenli ayak bacak egzersizlerini yapma	Evet Hayır	11 (16.2) 57 (83.8)	9 (12.9) 61 (87.1)	0.097	0.755*
Evde ya da dışarıda çıplak ayak ile yürümeme	Evet Hayır	55 (80.9) 13 (19.1)	54 (77.1) 16 (22.9)	0.109	0.741*
Ayak tırnaklarını düz ve yüzeyel kesme	Evet Hayır	21 (30.9) 47 (69.1)	48 (68.6) 22 (31.4)	18.120	<b>0.000*</b>
Isıtıcılardan uzak durma (çorap giyme)	Evet Hayır	46 (67.6) 22 (32.4)	62 (89.3) 8 (10.7)	7.689	<b>0.006*</b>
Ayakkabıların içini yabancı cisim yönünden kontrol etme	Evet Hayır	21 (30.9) 47 (69.1)	40 (57.1) 30 (42.9)	8.609	<b>0.003*</b>
Yumuşak derili ve ortopedik ayakkabı giyme	Evet Hayır	15 (22.1) 53 (77.9)	36 (51.4) 34 (48.6)	11.541	<b>0.001*</b>
Önü kapalı, yuvarlak burunlu ayakkabı giyme	Evet Hayır	9 (13.2) 59 (86.8)	33 (47.1) 37 (52.9)	17.164	<b>0.000*</b>
Ayakkabıları öğleden sonra satın alma	Evet Hayır	3 (4.4) 65 (95.6)	4 (7.1) 66 (92.9)	.000	1.000*
Ayakkabıyı çorap ile birlikte giyme	Evet Hayır	44 (64.7) 24 (35.3)	55 (78.6) 15 (21.4)	2.623	0.105*
Pamuklu ya da yünlü, bileği sıkmayan çorap giyme	Evet Hayır	49 (72.1) 19 (27.9)	55 (78.6) 15 (21.4)	.476	0.490*
Düzenli ayak kontrollerine gitme	Evet Hayır	6 (8.8) 62 (91.2)	14 (20.0) 56 (80.0)	2.633	0.105*
Ayakta nasır olduğunda sağlık personeline başvurma	Evet Hayır	7 (10.3) 61 (89.7)	22 (31.4) 48 (68.6)	8.052	<b>0.005*</b>
Ayakta yara olduğunda sağlık personeline başvurma	Evet Hayır	25 (36.8) 43 (63.2)	33 (47.1) 37 (52.9)	1.525	0.217

p<0.05 düzeyinde anlamlıdır.

\*Hücrelerde gözlenen sayı 25'den küçük olduğu için yatest düzeltilmeli ki-kare analizi uygulanmıştır.

## TARTIŞMA

Diabetik ayağı olan ve olmayan diyabetli bireylerin ayak bakımı davranışlarının incelendiği bu çalışmada dört sonuç elde edilmiştir. Birinci sonuç, diyabetik ayağı olan bireylerin ayak bakımı davranışlarını diyabetik ayağı olmayanlara göre anlamlı derecede düşük uygulamasıdır. İkincisi, ayağın günlük izlemi, kurulanması, nemlendirilmesi, tırnak bakımı, nasıra müdahale, üşüyen ayağa müdahale, ayakkabıların içinin yabancı cisim yönünden kontrolü, ortopedik, önu kapalı ve yuvarlak burunlu ayakkabı kullanma, ayaklarda yara oluşur oluşmaz sağlık personeline başvurma davranışlarını diyabetik ayağı olan bireylerin daha düşük oranda yapmasıdır. Üçüncü sonuç, ayakların yıkandığı suyun ısısını kontrol etme, ayakları her gün yıkama, çıplak ayakla yürümeme, pamuklu ya da yünlü çorap giyme ve ayakkabıyı çorap ile birlikte giyme davranışlarının her iki grup diyabetli bireylerde yüksek ya da orta düzeyde ve benzer oranda uygulanmasıdır. Diğer bir sonuç ise, düzenli ayak kontrollerine gitme, düzenli egzersiz yapma ve ayakkabıları öğleden sonra satın alma davranışlarının diyabetik ayağı olan ve olmayan bireylerce benzer oranda düşük uygulanmasıdır.

### **Diyabetik Ayak Olan ve Olmayan Bireylerin Ayak Bakım Davranışı Puanları**

Çalışmada, diyabetik ayağı olan bireylerin ayak bakım davranış puanı diyabetik ayağı olmayanlara göre daha düşük bulunmuştur. Bu sonuç Sriussadaporn ve arkadaşlarının (1998) çalışmasının sonuçları ile benzerlik göstermektedir. Vijay ve arkadaşları (2000) ise ayak bakımı uygulamayan diyabetli bireylerde diyabetik ayağın tekrarladığını belirtmektedir. Diyabetik ayağın önlenmesinde ayak bakımının önemli olduğu görülmektedir.

Bu çalışmada, diyabetli bireylerin ayak bakımı davranış puanı diyabetik ayağı olanlarda ve olmayanlarda 18 üzerinden 6.9 ve 10.2 olarak belirlenmiştir. Sriussadaporn ve arkadaşlarının (1998) çalışmasında ise bu puanlar diyabetik ayağı olan ve olmayan diyabetli bireylerde 20 puan üzerinden 14.5 ve 15.7'dir. Tayvan'da da Türkiye'ye benzer şekilde diyabetik ayağı olmayanların puanlarının, diyabetik ayağı olanlara göre daha yüksek olduğunu görülmektedir. Her iki araştırmada kullanılan veri toplama formu ve formların referans değerleri aynı değildir. Ancak, bu farkın nedeni ülkelerin diyabet eğitime yönelik gelişmişlik düzeyleri ile açıklanabilir. Sriussadaporn ve arkadaşlarının (1998) çalışması Tayvan'da yapılmıştır. Tayvan'da standardize edilmiş ulusal bir diyabet eğitimi programı uygulanmaktadır (Fuh ve ark. 2006). Türkiye'de ise, diyabet eğitimi Diyabet Hemşireliği Derneği'nin düzenlediği eğitim programlarına katılmış diyabet hemşireleri tarafından yürütülmektedir. Ancak 2005 yılı itibariyle ülkemizde 130 diyabet hemşiresi olduğu belirtilmektedir (TDHD 2009). Bu doğrultuda diyabetli birey sayısı diyabet hemşirelerine oranlandığında bir diyabet hemşiresine yaklaşık 4000 diyabetli birey düştüğü görülmektedir. Bu durum ise diyabetli bireylerin etkin ve tam bir eğitim almalarını engellemektedir.

### **Diyabetik Ayak Olan Bireylerin Diyabetik Ayak Olmayanlara Göre Daha Az Uyguladığı Ayak Bakım Davranışları**

**Ayakların günlük izlemi:** Bu çalışmada ayakların renk, ısı ve yara varlığı yönünden her gün izlenme davranışını diyabetik ayağı olan bireylerin %70.6'sının uygulamadığı görülmektedir. Mason ve arkadaşları (1999) tarafından yapılan çalışmada diyabetli bireylerin izlem, kontrol, hijyen, ayakkabı bakımı gibi ayak bakım davranışlarına bakılmış ve mevcut çalışmalarda bu davranışların yetersiz düzeyde uygulandığı görülmüştür. Ayağın günlük izlemi ile diyabetik ayak gelişimi için risk oluşturacak etmenlerin erken dönemde fark edileceği belirtilmektedir (Tüzün 2005). Diyabetik ayağa yönelik risk faktörlerinin erken dönemde farkına varılmamasına bağlı gerekli önlemlerin alınmaması sonucu diyabetik ayağın gelişmesi kaçınılmaz olur.

**Ayakların kurulması:** Çalışmada diyabetik ayağı olan bireylerin %67.6'sının, diyabetik ayağı olmayanların ise %40'ının ayaklarını yıkadıktan sonra kurulamadığı görülmektedir. Bölükbaş ve arkadaşlarının (2006) yaptığı çalışmada diyabetik ayağı olan ve olmayan diyabetli bireylerin %62.1'inin ayaklarını kurulamadığı bulunmuştur. Her iki çalışmada da ayakları yıkadıktan sonra kurulamama oranları yüksektir. Bu durum ayak hijyenini sağlamada önemli olan ayakları yıkama davranışını diyabetik ayak oluşumu için bir dezavantaj haline dönüştürmektedir. Çünkü yapılan çalışmalarda nemli alanlarda mantar enfeksiyonlarının daha fazla görüldüğü belirtilmektedir

(Yüksel 2002, Oğur ve ark. 2005). Ayakların kurulanması ile ayakta enfeksiyon ajanları için uygun ortamın oluşması, dolayısıyla diyabetik ayak gelişimi önlenmektedir.

**Ayakların nemlendirilmesi:** Bu çalışmada diyabetik ayağı olan bireylerin %79.4'ünün ayaklarına nemlendirici sürmediği belirlenmiştir. Diyabette otonom nöropatiye bağlı ayak derisinde kuruluk oluşmakta, ayak derisinde çatlaklar meydana gelmektedir. Ayak bakımının yetersiz olması sonucunda ayaklarda oluşan mikroorganizmaların oluşan çatlaklardan içeri girmesi ile diyabetik ayak yaraları meydana gelmektedir (ADA 2009, Altındaş 2002, Türkaslan ve ark. 2004). Ayak derisinin nemli tutulması ile çatlakların ve sonuçta diyabetik ayağın önlenmesi sağlanmaktadır.

**Tırnakların düz ve yüzeysel kesilmesi:** Çalışmada diyabetik ayağı olan bireylerin %69.1'inin tırnaklarını düz ve yüzeysel kesmediği görülmüştür. Abbas ve arkadaşlarının (2002) çalışmasında ayak yarası gelişme nedenlerinin %11'ini tırnak batmalarının oluşturduğu belirtilmektedir. Tırnaklar düz ve yüzeysel kesilmediğinde tırnak diplerinde olası travmalar sonucu ayak dokuları enfekte olmakta ve diyabetik ayak gelişebilmektedir.

**Isıtıcılardan uzak durma:** Çalışmada diyabetik ayağı olan bireylerin %32.4'ünün ayakları üşüdüğünde elektrikli soba, kalorifer, sıcak su torbası gibi ısıtıcılar kullandığı belirlenmiştir. Literatürde ise, diyabetik ayaklı bireylerin bir kısmının ayaklarında yanma sonucu yaraların geliştiği saptanmıştır (Abbas ve ark. 2002, Altındaş ve ark. 2006). Diyabette nöropati nedeniyle ısıyı algılama düzeyi azalmakta hatta yok olmaktadır (Türkaslan ve Altındaş 2003). Isıtıcılara maruz kalan ayaklarda ileri derecelerde yanıklar sonucu diyabetik ayak gelişmesi kaçınılmaz olmaktadır. Bu nedenle diyabetli bireyin üşüyen ayağını ısıtmada ısıtıcı kullanmaması ayak sağlığı açısından oldukça önemlidir.

**Ayakkabıların içini giymeden önce kontrol etme:** Diyabetik ayağı olan bireylerin %69.1'inin ayakkabıların içini giymeden kontrol etmediği görülmektedir. Periferik nöropati varlığında ayakların yabancı maddeleri algılamaları zayıflamakta; hatta yok olmaktadır (Türkaslan ve Altındaş 2003). Ayakkabıları giymeden önce yabancı cisim yönünden kontrol edilmesi ile ayakta, travmalar oluşmaktadır (Yetkin 2009).

**Nasır varlığında sağlık personeline başvurma:** Çalışmada diyabetik ayağı olan bireylerin %89.7'sinin ayağında nasır oluşumunu önemsemediği ya da nasıra kendi kendine müdahale ettiği; sağlık personeline başvurmadığı görülmektedir. Özkan ve arkadaşlarının (2004) çalışmasında diyabetik ayaklı hastaların %46.9'unun ayak yarası başladıktan sonra bile hastaneye geç başvurduğu görülmüştür, ancak nasır varlığı durumunda bireylerin uygulamalarının sorgulandığı bir çalışmaya ulaşılamamıştır. Ayak tabanında oluşan nasırların ayağın yükünü arttırdığı ve nasır altındaki bölgelerde oluşan ayak yaralarını gizlendiği ifade edilmektedir (Kaya 2005, Sesli 2005, Tüzün 2005). Ayaklarda gelişen nasırlara bilinçsizce müdahale edilmesi durumunda ayak doku bütünlüğünün bozulmasına ayağın enfekte olmasına diyabetik ayak gelişimine neden olmaktadır. Ayaklarında nasır olan diyabetli bireylerin sağlık personeline başvurmalarını sağlamak önemlidir.

**Ortopedik, önu kapalı, yuvarlak burunlu ayakkabı kullanma:** Çalışmada diyabetik ayağı olan bireylerin %77.9'unun ortopedik ayakkabı kullanmadığı, %86.8'inin



de önü açık ya da dar ayakkabı kullandığı görülmektedir. Yapılan çalışmalarda uygun ayakkabı kullanımının diyabetik ayak gelişimini engellediği (Armstrong ve Lavery 1998); yanlış ayakkabı kullanımının ise diyabetik ayak oluşumuna neden olduğu bulunmuştur (Abbas ve ark., 2002; Altındaş ve ark. 2006). Uygun ayakkabı kullanımının ciddi deformitesi olan ayaklarda ayak tabanına olan basıncı azaltmada ve diyabetik ayağı önlemede önemli olduğu belirtilmektedir (Lobmann ve ark. 2001; Mason ve ark. 1999; Moreno 1997).

Yukarıda bahsedilen dokuz davranışın diyabetik ayağı olan bireylerde diyabetik ayağı olmayanlara göre anlamlı derecede düşük uygulandığı görülmektedir. Bu dokuz davranışın uygulanmadığı durumlarda diyabetik ayağın geliştiği ve dolayısıyla diyabetik ayağı önlemede bu davranışların önemli olduğu düşünülmektedir.

### **Diyabetik Ayak Olan ve Olmayan Diyabetli Bireylerin Benzer Oranda Uyguladığı Ayak Bakım Davranışları**

**Ayakların yıkanması:** Çalışmada diyabetik ayağı olan ve olmayan bireylerin ayaklarını yıkama davranışını benzer ve yüksek oranda uyguladığı bulunmuştur. Literatürdeki çalışmalarda da yıkama davranışının yüksek oranda hatta gün içerisinde bile birden fazla sayıda uygulandığı görülmektedir (Batkın ve Çetinkaya 2005). Bu durumda diyabetli bireylerin bu davranışı ayak bakımına yönelik değil abdest almanın bir gerekliliği olduğu için uyguladıkları düşünülmektedir. Ayakların her gün yıkanması ayak sağlığı için önerilen önemli davranışlardandır (ADA 2009, Çetinkalp 2007). Ancak, nemli alanlarda mantar enfeksiyonları daha kolay oluşması (Oğur ve ark. 2005) ayak hijyenini sağlamada önemli olan bu davranışın ardından ayakların kurulanmamasına bağlı bu davranışı diyabetik ayak oluşumu için bir dezavantaj haline dönüşmektedir.

**Pamuklu ya da yünlü çorap giyme:** Çalışmada uygun çorap kullanma davranışının her iki diyabetli birey grubunda benzer ve yüksek oranda uygulanan davranışlardan (%72.1, %78.6) olduğu görülmektedir. Bölükbaş ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada da tüm diyabetli bireylerin %71.4'ünün pamuklu çorap giydiği görülmektedir. Genel olarak çevrede satılan ve giyilen çoraplara bakıldığında pamuklu ya da yünlü çoraplar yaygındır. Bu nedenle bu davranışın da ayak bakımına yönelik bilinçli uygulanan bir davranış olmadığı düşünülmektedir. Ancak pamuklu ya da yünlü, bileği sıkmayan çorap kullanımının ayak nemini korumada ve rahat kan dolaşımını sağlamada önemli olduğu belirtilmektedir (ADA 2009, Çetinkalp 2007).

**Ayakların yıkandığı suyun ısısının önceden kontrol etme:** Ayakların yıkanacağı suyun ısısının kontrol edilmesi diyabetik ayağı olan ve olmayan bireylerde benzer ve yüksek uygulanan davranışlardandır. Diyabette nöropati nedeniyle ısıyı ve yabancı maddeleri algılama düzeyi azalmakta hatta yok olmaktadır (Türktaş ve Altındaş 2003). Bu doğrultuda diyabetli bireyin ayaklarını ısıtıcılardan ve sıcak maddelerden koruması gerektiği önerilmektedir (ADA 2009, Yetkin 2009).

**Çıplak ayak ile dolaşmama:** Diyabetik ayağı olan ve olmayan diyabetli bireyler çıplak ayak ile dolaşmama davranışını benzer oranda yüksek uygulamaktadır. Perife-

rik nöropatiye bağlı ayakların yabancı cisimleri algılaması azalmakta; hasarlanan ayaklarda diyabetik ayak gelişebilmektedir (Türktaş ve Altındaş 2003). Bu nedenle ayakların travmalardan korunması için çıplak ayak ile dolaşılması önerilmektedir (ADA 2009, Yetkin 2009).

**Ayakkabıları çorap ile birlikte giyme:** Bu çalışmada; ayakkabıları çorap ile birlikte giyme davranışının diyabetik ayağı olan ve olmayan diyabetli bireylerde yüksek ve benzer oranda uygulandığı bulunmuştur. Diyabete bağlı ayaklarda nöropati ve periferik damar hastalığı nedeni ile oluşan yaralar geç iyileşmektedir (Türktaş ve Altındaş 2003). Bu nedenle ayaklar travmalardan korunmalıdır. Ayakkabıların çorap ile birlikte giyilmesi ile ayağın ayakkabıya bağlı travmalara maruz kalması önlenmektedir (Yetkin, 2009).

**Ayaklarda yara varlığında sağlık personeline gitme:** Bu davranış diyabetik ayağı olan ve olmayan diyabetli bireyler (%36.8, %47.1) tarafından benzer ve orta düzeyde uygulanmaktadır. Özkan ve arkadaşlarının (2004) çalışmasında diyabetik ayaklı hastaların %46.9'unun ayak yarası başladıktan sonra hastaneye geç başvurduğu görülmüştür. Diyabetli bireylerin ayaklarında yara varlığı durumunda zaman kaybetmeden sağlık personeline gitmesi gerektiği belirtilmektedir (ADA 2009, Çetinkalp 2007). Ancak bu davranışın diyabetik ayak gelişimini önlemekten çok diyabetik ayağa bağlı amputasyonların önlenmesinde önemlidir. Fındıkçioğlu ve arkadaşlarının (2005) çalışmasında da ayaklarda oluşan yaraların erken müdahalesinde diyabetik ayağın amputasyon ile sonuçlanma oranının düştüğü, dolayısı ile bireyin yaşam kalitesi daha az olumsuz etkilendiği sonucuna ulaşılmıştır. Ayaklarında yara varlığında bile sağlık personeline gitmekte geç kalan bireylerin diyabetik ayağı önemsemediği, diyabetik ayağın sonuçlarını bilmediği akla gelmektedir.

Diyabetik ayağı olan ve olmayan diyabetli bireylerde ayakları yıkama, pamuklu ya da yünlü çorap giyme, ayakların yıkandığı suyun ısısını kontrol etme, çıplak ayak ile dolaşmama, ayakkabıları çorap ile birlikte giyme ve ayakta yara varlığında müdahale etmeden sağlık personeline başvurma davranışlarının benzer ve yüksek oranda uygulandığı belirlenmiştir. Bu davranışların benzer ve yüksek oranda yapıldığı halde diyabetik ayağı olan bireylerin diyabetik ayağı olmayanlara göre düşük düzeyde uyguladığı dokuz davranışın diyabetik ayak gelişiminde daha etkili olduğu düşünülmektedir.

### **Diyabetik Ayak Olan ve Olmayan Diyabetli Bireylerin En Az Oranda Uyguladığı Ayak Bakım Davranışları**

**Ayakların düzenli izlemi için sağlık personeline gitme:** Çalışmada izlem için düzenli sağlık personeline gitme davranışının diyabetik ayağı olan ve olmayan (%8.8, %20.0) bireylerin en az uyguladığı davranışlardan olduğu görülmektedir. Yapılan çalışmalarda daha çok günlük izlem davranışının üzerinde durulduğu, bu davranışın sorgulanmadığı görülmüştür. Bireyin kendi gözlemleri ile farkına varamayacağı problemlerin ve risklerin profesyonel bir gözlem ile fark edileceği, bu duruma göre önlem alınarak diyabetik ayağın önlenilebileceği açıktır.

**Ayakkabıların öğleden sonra satın alınması:** Doğru ayakkabı seçiminde ayakkabıların öğleden sonra satın alınması davranışının önemli olmasına karşın (Yetkin 2009) diyabetik ayağı olan ve olmayan (%4.4, %7.1) diyabetli bireylerde benzer oranda ve düşük düzeyde uygulanan bir davranıştır. Literatürde bu davranışın sorgulandığı bir çalışmaya ulaşılamamıştır. Uygun ayakkabı kullanımının diyabetik ayak gelişimini ve amputasyonları engellediği (Armstrong ve Lavery 1998), yanlış ayakkabı kullanımının ise diyabetik ayak oluşumuna neden olduğu saptanmıştır (Abbas ve ark. 2002, Altındaş ve ark. 2006). Bu doğrultuda ayakkabıların alınması için uygun zamanın ayak bakımı eğitiminde vurgulanması ile bireylerin doğru ayakkabı seçimine yardımcı olunacağı düşünülmektedir.

**Düzenli ayak-bacak egzersizleri yapma:** Bu davranış da diyabetik ayağı olan ve olmayan (%16.2, %12.9) diyabetli bireylerde en az uygulanan davranışlardandır. Düzenli ayak-bacak egzersizlerinin yapılması diyabette bozulan periferik dolaşımın sağlanmasına yardımcı önemli bir davranıştır. Diyabetli bireylerin gün içerisinde fırsat buldukça sık ayak-bacak egzersizi uygulamaları ayak kaslarını güçlendirmekte, kan dolaşımını hızlandırmaktadır (Çetinkalp 2005). Yapılan bu çalışmada diyabetli bireylerin bu davranışı düşük oranda uygulaması bireylerin ayak bakımında bu davranışın önemini yeteri kadar kavrayamadığını düşündürmektedir.

Bu üç davranışın yapılmasının diyabetik ayağı olmayan bireylerde de diyabetik ayağı olanlarla benzer olması diyabetik ayak gelişiminde bu davranışların etkili olmadığını ya da diyabetik ayaklı bireylerin diyabetik ayağı olmayanlara göre düşük düzeyde uyguladığı dokuz davranışa göre daha az etkili olduğu akla gelmektedir.

## SONUÇ VE ÖNERİLER

**Sonuç:** Diyabetik ayağı olan bireyler ayak bakımı davranışlarını diyabetik ayağı olmayanlara göre anlamlı derecede düşük uygulamaktadır. Ayağın günlük izlemi, kurulanması, nemlendirilmesi, tırnak bakımı, nasıra müdahale, üşüyen ayağa müdahale, ayakkabıların içinin yabancı cisim yönünden kontrolü, ortopedik, önü kapalı ve yuvarlak burunlu ayakkabı kullanma, ayaklarda yara oluştuğunda hemen sağlık personeline başvurma davranışlarını diyabetik ayağı olan bireyler diyabetik ayağı olmayanlara göre daha düşük düzeyde uygulanmaktadır. Dolayısıyla bu dokuz davranışın diyabetik ayağı önlemede önemli davranışlardan olduğu düşünülebilir. Diyabetik ayaklı bireylerin ayak bakım davranışlarını ve ayak bakım davranışlarını uygulamama nedenlerini ve ayak bakımı eğitimi verilen bireylerin eğitimlerini hayata geçirmeme nedenlerini inceleyen çalışmaların yapılması önerilmektedir.

## KAYNAKLAR

- Abbas ZG, Lutale JK, Morbach S, Archibald LK. Clinical outcome of diabetes patients hospitalized with foot ulcers Dar es Salaam, Tanzania, Diabetic edicine, Diabetes UK. 2002; 19: 575-79.
- ADA, Foot care, <http://www.diabetes.org/type-1-diabetes/well-being/foot-care.jsp>, (2009).
- Aksakoğlu G. Sağlıkta araştırma teknikleri ve analiz yöntemleri, İzmir, DEÜ rektörlük basımevi 2006.
- Ali SM, Fareed A, Humail SM, Basit A, Ahmedani MY, Fawwad A ve Miyan Z. The personal cost of diabetic foot disease in the developing world-a study from Pakistan, Diabetic medicine 2008; 25(10): 1231-33.

- Altındaş M, Bingöl UA, Kılıç A, Plançı Ö. Diyabetik ayakta cerrahi tedavi: izlem formuna dayalı 500 hastanın analizi, *Türk plastik rekonstrüktif estetik cerrahi dergisi* 2006; 14(2): 87-95.
- Altunbaş H, Balcı MK, Karayalçın Ü. A retrospective analysis of hospitalized diabetic foot patients in Akdeniz University School of Medicine, Division of endocrinology, *Turkish journal of endocrinology and metabolism* 1999; 3: 123-27.
- Armstrong DG, Lavery LA. Diabetic foot ulcers; prevention, diagnosis and classification, *American family physician* 1998; 57(6): 1-6.
- Batkin D, Çetinkaya F. Diabetes mellitus hastalarının ayak bakımı ve diyabetik ayak hakkındaki bilgi, tutum ve davranışları, *Sağlık bilimleri dergisi* 2005; 14(1): 6-12.
- Bozyer İ, Baybek H, Eksen M, Düzöz GT, Yavaş S. Muğla devlet hastanesi ve sosyal sigortalar kurumu Muğla hastanesi dahiliye kliniklerinde yatan diyabetli hastaların ayak bakımına ilişkin bilgi düzeylerinin belirlenmesi, *Uluslararası insan bil. dergisi* 2004; 1-8.
- Bölükbaş N, Paydaş M, Bostan Ö. Diyabetli hastaların ayak bakımı ile ilgili davranışlarının ve mevcut ayak durumlarının saptanması, *Fırat sağlık hizmetleri dergisi* 2006; 2(1): 82-91.
- Çetinkalp Ş. Diyabetik hastalarda ayak sorunları, *Pusulunuz sağlık olsun, 1. Baskı, İzmir, Ege üniversitesi basımevi* 2007; 157-160.
- Fındıkçıoğlu K, Demirtaş Y, Kandal S, Ayhan S, Latifoğlu O ve Çelebi C. Diyabetik ayak yaralarına multidisipliner yaklaşım: Diyabetik ayak konseyi, *Gazi üniversitesi tıp fakültesi plastik ve rekonstrüktif estetik cerrahi dergisi* 2005; 13(2): 119-22.
- Fuh MMT, Lin CC, Chiu CS. Diabetes care in Taiwan, *Diabetes voice*, June 2006; 51(2): 20-21.
- Gönen S, Güngör K, Çilli AS, Kamış Ü, Akpınar Z, Kısakol G, Dikbaş O, Türk S, Hidayetoğlu T, Kılınç AC, ve Kaya A. Comprehensive analysis of health related quality of life in patients with diabetes: A study from Konya Turkey, *Turk jem* 2007; 11, 81-88.
- Gülseren L, Hekimsoy Z, Gülseren Ş, Bodur Z, Kültür S. Diyabetes mellituslu hastalarda depresyon, anksiyete, yaşam kalitesi ve yetiyitimi, *Türk psikiyatri dergisi* 2001; 12(2): 89-98.
- Güner A. Diyabetik hastaların diyabetik ayak ile ilgili bilgi ve tutumlarının irdelenmesi ve HBA1C'nin diyabetik ayak ile ilişkisi, *Taksim eğitim ve araştırma hastanesi, Uzmanlık tezi, İstanbul* 2005; 52-68.
- Kaya A. Diyabetik ayak, *IV ulusal geriatri kongresi kitabı, Antalya* 2005; 78-81.
- Lobmann R, Kayser R, Kasten G, Kasten U, Kluge K, Neumann W ve Lehnert H. Effects of preventative footwear on foot pressure as determined by pedobarography in diabetic patients: A prospective study, *Diabetic medicine* 2001; 18: 314-19.
- Mason J, Keeffet CO, Mcintosh A, Hutchinnsont A, Booth A, Youngs RJ. A systematic review of foot ulcer in patients with type 2 diabetes mellitus. I: prevention, *Diabetic medicine* 1999; 16: 801-812.
- Miyojima S, Shirai A, Yamamoto S, Okada N ve Matsushita T. Risk factors for major limb amputations in diabetic foot gangrene patients, *Diab. res. clin. prac.* 2006; 71: 272-279.
- Moreno Hernondez M, Trilla Soler M, Esplera Capdevilla A, Mengual Miralles N, Bundo V, Diella M, Juanola Costaj., Auba Lambrieh J Self-Care and Risk Factors of Diabetic Foot in Patients with Type II Diabetes Mellitus, *Aten Primaria(Spain)* 1997; 20(4): 185-90.
- Oğur R, Babayiğit MA, Yaren H. Sağlık teknisyeni öğrencilerinin ayak hijyeni konusundaki bilgi, tutum ve davranışlarının belirlenmesi, *Genel tıp dergisi* 2005; 15(1): 19-25.
23. Ortegon MM, Redekop WK, Niessen LW. Cost-effectiveness of prevention and treatment of the diabetic foot, *Diabetes care.* 2004; 27: 901-907.
- Özkan Y, Çolak R, Demirdağ K, Yıldırım MA, Özalp G ve Koca SS. Diyabetik ayak sendromlu 142 olgunun retrospektif değerlendirilmesi, *Türk klinikler J endocrin.* 2004; 2: 191-95.
- Sesli E. Diyabetik ayakta deformiteler, ülserler ve parmak gangrenleri, in: Tüzün M Editor, *Diyabetik ayak ve tedavisi, 1. Baskı, İzmir, Ege Üniversitesi* 2005; 30-39.
- Sriussadaporn S, Ploybutr S, Nitiyonant W, Vannasaengs, Vichayanrat A. Behavior in self-care on the foot and foot ulcers in thainon-insulin dependent diabetes mellitus, *J.med assoc Thai(Thailand)* 1998; 81(1): 29-36.

- Türkaslan T, Altundaş M Diyabetik ayak yaraları, Türk plastik rekonstrüktif estetik cerrahi dergisi 2004; 12(1): 51-57.
- Tükenmez M, Çekin T, Karataş C, Perçin S, Tezeren G. Diyabetik ayakta alt ekstremitte amputasyonları, C. Ü. tıp fakültesi dergisi 2005; 27(3): 100-104.
- Türk Diyabet Hemşireliği Derneği, [http://www.tdhd.org/pdf/diyabet\\_hemsireligi\\_nedir.pdf](http://www.tdhd.org/pdf/diyabet_hemsireligi_nedir.pdf) (Haziran 2009).
- Tüzün M. Diyabetik ayak ülserlerinin sınıflaması ve etiopatogenezi, in: Tüzün M. editor, Diyabetik ayak ve tedavisi, İzmir, Ege üniversitesi 2005; 1-4.
- Tüzün M, Çetinkalp Ş. Diyabetik hastalar için ayak bakım klavuzu, 1. Baskı, Ege üniversitesi, İzmir 2006; 1-75.
- Vijay V, Narasimham DVL, Sena R, Snehalatha C, Ramachandran A. Clinical profile of diabetic foot infections in South India, A retrospective study, Diabetic medicine 200; 17: 215-218.
- Yetkin, DÖ. Türkiye Diyabet ve Obezite Vakfı, Diyabetik ayak, <http://www.diabetvakfi.org/inf.php?partid=5&catid=5&pid=8>. (2009).
- Yüksel A. Diyabette ayak bakımı, .in: Erdoğan S. editor. Diyabet hemşireliği temel bilgiler, 1. baskı, Tavash matbaacılık, İstanbul 2002; 127-140.



## GEBELİK ÖNCESİ SİGARA İÇEN KADINLARIN GEBELİK DÖNEMİNDE SİGARA İÇME DURUMLARINA ETKİ EDEN FAKTÖRLERİN İNCELENMESİ

### ANALYSIS OF THE FACTORS AFFECTING SMOKER WOMEN TO CONTINUE SMOKING DURING PREGNANCY

Sinem TEZCAN\* Doç.Dr. Oya KAVLAK\*\*

\*Hemşire, Karşıyaka Göz Hastanesi

\*\*E.Ü. Hemşirelik Fakültesi

Bu araştırma, 1<sup>st</sup> International Congress on Nursing Education, Research and Practice, October 15-17, 2009 Greece, sözel bildiri olarak sunulmuştur.

### ÖZET

Sigara içimi dünyadaki en önemli sağlık sorunlarından birini oluşturmaktadır. Gebelikte sigara içimi ya da pasif içicilik, gebelik ile ilişkili mortalite ve morbidite için önlenemez önemli bir risk faktörünü oluşturmaktadır.

**Amaç:** Bu araştırma, gebelik öncesi sigara içen kadınlarda, gebe kaldıktan sonra sigara içme durumları ve sigara içme durumlarına etki eden faktörlerin incelenmesi amacıyla, tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

**Gereç ve Yöntem:** Araştırma, İzmir Ege Doğumevi ve Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesine ve İzmir Dr. Ekrem Hayri Üstündağ Kadın Hastalıkları ve Doğum Hastanesi gebe polikliniğinde, gebeliğinden önce sigara alışkanlığı olan ve araştırmaya katılmaya gönüllü olan 173 gebe ile yürütülmüştür. Veriler, araştırmacılar tarafından literatür doğrultusunda geliştirilmiş anket formu yardımıyla ve öz bildirim yoluyla toplanmıştır. Veriler SPSS (11.0) paket programı ile sayı, yüzde ve X<sup>2</sup> analizleri ile değerlendirilmiştir.

**Bulgular:** Gebelerin yaş ortalamalarının 26.12 olduğu, %35.3'ünün ilk gebeliğini yaşadığı, %44.5'inin 1-5 yıldır sigara içtiği saptanmıştır. Sigara içen kadınların %15.6'sının gebelik döneminde sigara içmediği, %15.6'sının pasif içici olduğu ve %68.8'inin sigara içmeye devam ettiği saptanmıştır.

Gebelerin eğitim durumları, gebeliği süresince sigara içme konusunda uyarı alma durumları, önceki gebeliklerinde sigara içme durumları, gebelik döneminde eşyle olan ilişkileri ile gebe kaldıktan sonra sigara içmeye devam etme durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ( $p < 0.05$ ).

**Sonuç:** Bu araştırmanın sonucunda sigara içen kadınların çoğunun gebe kaldıktan sonra da sigara içmeye devam ettikleri saptanmıştır. Bu bağlamda sağlık profesyonellerinin özellikle sigara içen gebe kadınları erken dönemde tespit etmesi, sigarayı bırakma danışmanlığı yapabilmesi ve gerekirse sigarayı bırakma merkezlerine yönlendirmesi önerilmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Gebelik, Sigara kullanımı, sigara kullanımını etkileyen faktörler

## ABSTRACT

*Cigarette smoking is one of the most important health problems in the world. Active and passive tobacco smoke exposures during pregnancy may cause maternal, fetal, and infant morbidity and mortality and this is preventable risk factor.*

**Objective:** *This research was carried out to determine the factors affecting smoker women to continue smoking after pregnancy.*

**Methods:** *The research was conducted among pregnant women with smoking habit before pregnancy who applied to pregnancy clinics of Izmir Ege Maternity and Gynecology Training and Research Hospital and Izmir Dr Ekrem Hayri Üstündağ Obstetric and Gynecology Hospital. Research sample was composed of 173 volunteered pregnant women with smoking habit before pregnancy. The information was gathered with self-report by means of a questionnaire which had been conceived by the researchers in accordance with the literature. Data were analyzed using the Statistical Package for the Social Sciences for Windows (SPSS for Windows, Client Version 11.0). Descriptive statistics were used to summarize data, and Chi-squared test was used to compare the variables.*

**Results:** *It was determined that the average age of pregnant women was 26.12. The participants were 35.3% first pregnancy, 44.5% smoker for 1 to 5 years. The participants were 15.6% quitted after pregnancy, 15.6% were passive smokers and 68.8% continued smoking after pregnancy.*

*It was determined to be statistically significant that pregnant women's educational background, being warned about smoking during pregnancy, smoking condition during previous pregnancies, relationship with her husband affect continuing smoking after pregnancy ( $p<0.05$ ).*

**Conclusion:** *As a result of this research, it was determined that most of smoker women continue smoking after pregnancy. In this context, early assessment of health care professionals, especially in smokers pregnant women, smoking cessation counseling can do, and if necessary smoking cessation centers is recommended.*

**Keywords:** *pregnancy, smoking, factors affecting the use of smoking*

## GİRİŞ

Sigara içimi dünyadaki en önemli sağlık sorunlarından birini oluşturmaktadır. Sigara ile mücadele konusunda yapılan bütün çabalara karşın, özellikle gelişmekte olan ülkelerde kadınlar arasında sigara kullanımı hızla artmaktadır. Gebelikten önce sigara kullanan kadınların büyük çoğunluğu gebelik sırasında da buldukları sosyokültürel ortamlara göre değişen oranlarda sigara içmeye devam etmektedirler. Gebelikte sigara içimi ya da pasif içicilik, gebelik ile ilişkili mortalite ve morbidite için önlenbilir önemli bir risk faktörünü oluşturmaktadır (Altıparmak ve ark. 2009, Kısacık ve Gölbaşı 2009, Doğu ve Ergin 2008, Kutlu 2008, Semiz ve ark. 2006, Toyran 2005).

Gebelikte sigara kullanımı, birçok ülkede olduğu gibi ülkemizde de ciddi bir sağlık sorunudur. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA)(2008) sonuçlarına göre evlenmiş kadınların %30'u sigara kullanmaktadır, halen sigaraya devam eden kadın oranı %22'dir. Halen gebe olan her on kadından biri yani gebelerin %11.4'ü sigara içmeye devam etmektedir (TNSA 2008). Gebelerde aktif sigara içiciliği prevalansı % 10–37, pasif sigara içiciliği prevalansı ise %11–49 arasında değişmektedir. Gebelik öncesi aktif olarak sigara içenlerin yaklaşık %30'unun gebelik döneminde, gebelikte



sigara içenlerin üçte birinin de doğum sonrası içmeye devam ettiği bildirilmektedir (Er 2006).

Gebelik süresince sigara içimi veya pasif içicilik, plasental kan akımının azalmasına neden olarak fetüsün intrauterin büyümesini engellemekte düşük doğum ağırlıklı bebek, spontan abortus, plasenta previa, ablasyo plasenta, erken membran rüptürü, hipertansiyon, preeklampsi, ölü doğum, erken doğum riski ve doğumsal anomaliler gibi pek çok komplikasyonun oluşmasına neden olmaktadır (Doğu ve Ergin 2008, Goler ve ark. 2008, Kutlu 2008, Keskinoglu ve Aksakoğlu 2007, Marakoğlu ve Erdem 2007, Desdicioğlu ve Malas 2006, Semiz ve ark. 2006, Coleman ve ark. 2005, Demirkaya 2004, Sezer 2003, Saka ve ark. 2000, Kırımı ve Pençe 1999, Pençe ve ark. 1999, Turan ve ark. 1995). Sigara dumanına maruz kalan gebelerde düşük doğum ağırlıklı bebek dünyaya getirme riski 1.8 kez ve 35 haftadan küçük gestasyonel yaşta bebek dünyaya getirme riski 2.4 kez artmaktadır (Bülbül ve Ceyhun 2006).

Pasif sigara içimiyle ilgili sağlık sorunları özellikle bebek ve çocuklar söz konusu olduğunda ayrı bir önem kazanmaktadır. Sigara kullanan anne ve babaların bebeklerinde tıpkı az miktarda içenlerde olduğu gibi idrarlarında ve vücut salgılarında nikotinin metaboliti olan kotinin bulunduğu belirtilmektedir. Anne ve babanın sigara içmesinin çocuklarda solunum sağlığına etkilerini araştırmak üzere yapılan çalışmalarda, çocuklarda solunum fonksiyonlarının olumsuz yönde etkilendiği belirtilmektedir. Ebeveyni sigara içen çocuklarda, özellikle alt solunum yolları enfeksiyonları, kronik solunum sistemi hastalıkları, astım, otitis media, büyüme gelişme geriliği, ani bebek ölümü, algılama ve davranış bozukluklarının ve akşamları beslenme sonrası koliklerin daha çok görüldüğü belirtilmektedir (Bildik ve ark. 2008, Doğu ve Ergin 2008, Keskinoglu ve Aksakoğlu 2007, Bülbül ve Ceyhun 2006, Ayata ve ark. 2004).

Eğitim düzeyi ve geliri düşük, çalışmayan, gebelik sayısı fazla, evlerinde oda sayısı az ve kalabalık aile yaşamı olan gebelerde aktif ve pasif sigara içimi daha fazla olmaktadır (Er 2006). Gebelikte sigara içmeye devam etmeyi etkileyen faktörler olarak; anne adayının gebeliği kabullenememesi, alışkanlıktan vazgeçememe, yaşının çok genç olması, evlilik dışı çocuk sahibi olma, eğitimsizlik, prenatal bakım almama, stres, çocuğu doğurmayı istememe, çok sayıda çocuğa sahip olma, boşanma, işsizlik, eşinin ve diğer aile üyelerinin çocuğu istememesi ve bu konuda anneye destek olmaması olarak görülmektedir (Brosky 1995).

## **AMAÇ**

Gebelerle yapılan çalışmaların çoğu sigara içimi gözetilmeksizin sigara içen ve içmeyen tüm gebelerle yapılmıştır. Bu araştırma, gebelik öncesi sigara içen kadınların, gebe kaldıktan sonra sigara içme durumları ve sigara içme durumlarına etki eden faktörlerin incelenmesi amacıyla, tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

## **GEREÇ VE YÖNTEM**

Araştırma, İzmir Ege Doğumevi, Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve İzmir Dr. Ekrem Hayri Üstündağ Kadın Hastalıkları ve Doğum Hastanesi gebe polikliniğine 15 Kasım 2006–16 Şubat 2007 tarihleri arasında doğum öncesi takiplere

gelen gönüllü gebelerle yapılmış kesitsel bir çalışmadır. Olasılıksız örnekleme yöntemi ile seçilen, gebeliğinden önce sigara alışkanlığı olan, araştırmaya katılmayı kabul eden 187 gebe ile görüşülmüş, 14 anketin hatalı ve eksik doldurulması nedeniyle 173 gebe kadın araştırmanın örneklemini oluşturmuştur.

Veriler, araştırmacılar tarafından literatür doğrultusunda geliştirilmiş sosyo-demografik, obstetrik ve sigara içme öykülerine yönelik 28 sorudan oluşan anket formu yardımıyla toplanmıştır. Anket formları araştırma ölçütlerine uyan gebe kadınların kendilerine verilmiş, öz bildirim tekniği kullanılarak toplanmıştır. Veriler SPSS 11.00 paket programında, sayı, yüzde ve X<sup>2</sup> analizleri kullanılarak değerlendirilmiştir.

Çalışmanın yapılabilmesi için ilgili Hastane yönetiminden yazılı izin alınmıştır. Araştırmaya başlamadan önce kadınlara, araştırma hakkında bilgi verilmiş ve sözlü onamları alınmıştır.

### **BULGULAR VE TARTIŞMA**

Gebelerin yaş ortalamalarının 26.12 olduğu, %58.9'unun okur-yazar/ilkokul mezunu, %84.4'ünün ev hanımı, %64.7'sinin çekirdek aile tipinde ve %49.1'inin gelirinin giderinden az olduğu saptanmıştır. Gebelerin %35.3'ünün ilk gebeliği olduğu, %69.9'unun isteyerek gebe kaldığı, %42.2'sinin gebeliklerinin son trimesterinde olduğu saptanmıştır.

**Tablo 1:** Kadınların gebelik öncesi ve sonrası sigara içme durumlarının dağılımı

	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Gebelik öncesi sigara içme süresi (n= 173)</b>		
1-5 yıl	77	44.5
6-10 yıldır	57	32.9
11 yıldan fazla	39	22.6
<b>Gebelik öncesi içtiği sigara sayısı(n= 173)</b>		
1-5 adet /gün	38	22.0
6-10 adet/gün	57	32.9
11-20 adet/gün	49	28.3
Günde bir paketten fazla	29	16.8
<b>Gebelikte sigara içme (n= 173)</b>		
Bırakanlar	27	15.6
Pasif içiciler	27	15.6
Sigara içmeye devam edenler	119	68.8
<b>Gebelik döneminde içtiği sigara sayısı (n= 119)</b>		
1 tane/ 2-3 günde	14	11.8
1-5 tane/gün	84	70.6
6-10 tane/ gün	21	17.6

\*Gebelik sonrası sigara içmeye devam edenler (n=119)

Gebe kalmadan önce kadınların, %44.5'inin 1-5 yıldır, %32.9'u 6-10 yıldır sigara içtiği saptanmıştır. Kadınların %32.9'unun günde 6-10 adet, %28.3'ünün günde 11-20 adet sigara içtiği saptanmıştır. Gebe kaldıktan sonra kadınların, %70.6'sının günde 1-5 adet, %17.6'sı 6-10 adet ve %16.8'inin günde bir paketten fazla sigara içtiği saptanmıştır (Tablo 1). Pickett ve ark. (2003) gebelik öncesinde sigara içen kadınların %52'sinin gebeliklerini öğrendikten sonra sigarayı bıraktığı ya da azalttığı saptanmıştır. Doğu ve Ergin (2008), Kocaeli'de yaşayan gebe kadınlarla yaptığı çalışmada, kadınların %27.2'sinin gebelik öncesi sigara kullandığı ve %11.6'sının gebelik sonrasında sigara içmeye devam ettiği saptanmıştır. Aynı çalışmada gebelerin, %8'inin günde 1-5 adet, %3.2'sinin günde 6-10 adet, %0.8'inin günde 11 adet ve üzeri sigara kullandığı saptanmıştır. Altıparmak ve ark. (2009), Manisa'da yaptığı çalışmada kadınların %21.3'ünün gebelik öncesinde sigara kullandığı ve %12.8'inin gebelik sırasında da sürekli sigara kullandığı saptanmıştır. Kadınların %6.4'ünün ilk aylardan sonra sigarayı bıraktığı, %19.1'inin günde 1-4 adet, %2.1'inin günde 5-10 adet sigara içtiği saptanmıştır. Bu çalışmanın bulguları diğer çalışma bulguları ile paraleldir. Çalışmada da kadınların çoğu (%88) gebelik öncesinde günde 6 adet ile bir paket arasında sigara içerken gebelik sonrasında çoğunun (%70.6) günde 1-5 adet sigara içtiği saptanmıştır. Sigara içen gebelerin çoğu günde 1-5 adet sigara içmektedir ve gebe kaldıktan sonra günde içtikleri sigara sayısında azalma olduğu söylenebilir.

Kadınların %68.8'inin gebe kaldıktan sonra sigara içmeye devam ettiği, %15.6'sının pasif içici olduğu ve yalnızca %15.6'sının sigara içmeyi bıraktığı ve pasif olarak da sigaraya maruz kalmadığı saptanmıştır (Tablo 1). Fenercioğlu ve ark. (2009) çalışmada gebe kadınların %42.0'sinin pasif içici olduğu ve %30'nun gebelikte sigara içtiği saptanmıştır. Whitaker (2004), 8494 çocuk ve annesiyle yaptığı çalışmada, çocukların annelerinin %32.9'u gebeliğinde sigara içtiğini saptamıştır. Marakoğlu ve Erdem (2007), Konya'da doğum yapan kadınlarla yaptıkları çalışmada, sigarayı bırakan kadınların %48.2'sinin gebelik döneminde sigarayı bıraktıkları saptanmıştır. Kısacık ve Gölbaşı (2009), Sivas'ta yaptıkları çalışmada gebelik öncesi sigara içen kadınların %28.5'inin gebelikte sigara içmeye devam ettiği saptanmıştır. Bu çalışmada sigaraya devam etme oranı (%68.8) diğer çalışmalardan daha yüksek bulunmuştur. Çalışmalar arasındaki farkın, diğer çalışmalarda sigara içen ve içmeyen gebelerin birlikte incelenmesinden veya bölgesel farklılıklardan kaynaklandığı düşünülmektedir.

Gebelikte sigara içimi veya pasif içicilik, plasental kan akımını azaltarak fetüsün intrauterin büyümesini engellemekte (Desdicioğlu ve Malas, 2006), spontan abortusa (Coleman ve ark. 2005), erken membran rüptürüne (Turan ve ark. 1995), düşük doğum ağırlıklı bebeklerin dünyaya gelmesine (Goler ve ark. 2008, Demirkaya 2004, Kırımı ve Pençe 1999) neden olmaktadır. Doğum öncesi dönemde pasif sigara dumanına maruz kalma bebeğin sağlığını aktif içicilik gibi olumsuz etkilemektedir (Bülbül ve Ceyhun 2006).

**Tablo 2:** Kadınların sigara kullanımını etkileyen bazı faktörlere göre gebeliklerinden sonra sigara içme durumlarının dağılımı

	Sigarayı bırakan		Pasif içici		Sigara içmeye devam eden		Toplam		χ <sup>2</sup>	SD	p
	n	%	n	%	n	%	n	%			
<b>Eğitim</b>											
Okur yazar/ İlkokul mezunu	11	10.1	18	16.5	80	73.4	109	100.0	6.807	2	.03*
Ortaokul ve üstü	16	25.0	9	14.1	39	60.9	64	100.0			
<b>Uyarı Alma Durumu</b>											
Alan	18	12.1	22	14.8	109	73.1	149	100.0	12.025	2	.00*
Almayan	9	37.5	5	20.8	10	41.7	24	100.0			
<b>Önceki gebeliğinde sigara içme durumu (n=78)</b>											
Sigara içen	3	6.7	2	4.4	40	88.9	45	100.0	9.137	2	.01*
Bir süre içip sonra bırakan	5	15.2	8	24.2	20	60.6	33	100.0			
<b>Eş ile ilişkileri</b>											
Çok iyi	11	31.4	3	8.6	21	60.0	35	100.0	13.141	4	.01*
İyi	13	16.5	15	19.0	51	64.5	79	100.0			
Orta/kötü	3	5.1	9	15.2	47	79.7	59	100.0			
<b>Gebelik öncesi içilen sigara sayısı</b>											
1-5 adet/gün	9	23.7	5	13.2	24	63.2	38	100.0	7.569	6	.27
6-10 adet/gün	9	15.8	13	22.8	35	61.4	57	100.0			
11-20 adet/gün	7	14.3	6	12.2	36	73.5	49	100.0			
Bir paketten fazla/gün	2	6.9	3	10.3	24	82.8	29	100.0			

\*p&lt;0.05

Eğitim durumu düşük olan gebelerin sigarayı bırakma davranışlarının daha az olduğu istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $\chi^2=6.807$ ,  $p<0.05$ ) (Tablo 2). Kısacık ve Gölbaşı (2009) çalışmasında, 6 yıl ve üzeri eğitimi olan, gebelikte sigaranın etkilerine yönelik toplam bilgi puan ortalaması yüksek olan kadınların gebeliğinde sigara bırakma sıklığının diğerlerinden daha fazla olduğunu saptamıştır. Fenercioğlu ve ark. (2009) çalışmasında da eğitim durumu düşük olan gebe kadınların sigara içme oranlarının daha yüksek olduğu anlamlı bulunmuştur. Pickett ve ark. (2003) çalışmasında, etnik köken, eğitim durumu ile sigara içme davranışları arasında anlamlı ilişki olduğu bulunmuştur. Çalışma bulguları diğer çalışma bulguları ile benzerlik göstermektedir. Bu bağlamda eğitim düzeyinin gebelikte sigara bırakma davranışını etkilediği söylenebilir.

Sigarayı bırakması konusunda çevreden (eş, akraba, arkadaş, hekim) uyarı alma ile gebelikte sigara içme durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ( $\chi^2=12.025$ ,  $p<0.05$ ). Sigarayı bırakması konusunda ikaz edilen gebelerin sigarayı bırakma davranışlarının daha az olduğu saptanmıştır (Tablo 2). Bu durumda sigara içen gebeleri sadece uyarmak yerine sigara bırakma danışmanlığı için yönlendirilmenin daha doğru olabileceği düşünülmektedir.

Bir önceki gebeliğinde sigara içenlerin çoğunun bu gebeliğinde de sigara içmeye devam ettiği istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $X^2=9.137$ ,  $p<0.05$ ) (Tablo 2).

Eş ile ilişki durumunu kötü olarak algılayan kadınların sigarayı bırakma davranışlarının daha az olduğu istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $X^2=13.141$ ,  $p<0.05$ ) (Tablo 2). Doğu ve Ergin (2008) çalışmasında da evlilikte mutluluk puanı ile gebelikte sigara kullanımı arasında ilişki anlamlı bulunmuştur.

Gebelik öncesi içilen sigara sayısı ile gebelikte sigara içme durumları arasında yapılan ki-kare analizinde istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır. Günlük sigara içme adedi arttıkça sigarayı bırakma davranışı azalmaktadır ( $X^2=7.569$ ,  $p>0.05$ ) (Tablo 2). Kısacık ve Gölbaşı'nın (2009) çalışmasında da sigara bağımlılık düzeyinin sigarayı bırakma sıklığını etkilediği saptanmıştır.

Bu çalışmada, gebelerin yaşı, çalışma durumları, gelir durumları, aile tipi, en uzun süre yaşadığı yer, gebeliğini isteme durumları, gebelik sayısı, gebelik trimesterleri, gebelik öncesi sigara içme süresi ile gebeliği süresince sigara içme durumları arasında fark bulunmamıştır. Yapılan çalışmalarda da yaş (Fenercioğlu ve ark. 2009, Kısacık ve Gölbaşı 2009, Doğu ve Ergin 2008), çalışma durumu (Pickett ve ark. 2003), gelir durumu (Fenercioğlu ve ark. 2009, Doğu ve Ergin 2008, Pickett ve ark. 2003), aile tipi (Kısacık ve Gölbaşı 2009), gebelik sayısı (Kısacık ve Gölbaşı 2009) ile gebelikte sigara içme durumu arasında ilişki bulunmamıştır.

## **SONUÇ VE ÖNERİLER**

Bu araştırmanın sonucunda sigara içen kadınların çoğunun gebe kaldıktan sonra günde içtikleri sigara sayılarını azalttıkları ancak sigara içmeye devam ettikleri saptanmıştır. Eğitim durumu düşük olanlarda, bir önceki gebeliğinde sigara içmeye devam edenlerde ve eş ile ilişkisi kötü olanlarda sigara içme eğiliminin arttığı saptanmıştır. Ayrıca sigarayı bırakması konusunda uyarı alan gebelerde sigarayı bırakma davranışlarının olumsuz etkilendiği saptanmıştır.

Sağlık profesyonellerinin; doğum öncesi takipler sırasında, gebeliğinden önce sigara içen kadınlarda, gebelik sonrası sigara içme davranışının yüksek olduğunu göz önünde bulundurarak, sadece uyarma yerine, sigara içen kadınlara özel risk yaklaşımında bulunması, sigara içen gebe kadınları erken dönemde tespit etmesi, sigarayı bırakma danışmanlığı yapması ve gerekirse sigarayı bırakma merkezlerine yönlendirmesi önerilmektedir.

## **KAYNAKLAR**

- Altıparmak S, Altıparmak O, Avcı-Demirci H (2009). Manisa'da gebelikte sigara kullanımı; Yarı kentsel alan örneği. *Türk Toraks Dergisi*, 10,20-25.
- Ayata A, Çetin H, Öktem F ve ark. (2004). Pasif sigara içiminin çocuklarda solunum fonksiyonlarına etkisi. *Tıp Araştırma Dergisi*, 2:2, 13-15.
- Bildik HN, Bilgin E, Demirdöğen E ve ark. (2008). Çocuklar sigara dumanından pasif etkilenebilir mi? Bir ilköğretim okulu deneyimi. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*, 51:3,147-153.
- Brosky G (1995). Why do pregnant women smoke and can we help them quit?. *Canadian Medical Association Journal*, 152:2,163-166.

- Bülbül SH, Ceyhun AG (2006). Pasif sigara içiciliği. *Türk Aile Hekimliği Dergisi* 10:3, 123-128.
- Coleman PK, Reardon DC, Cougle JR (2005). Substance use among pregnant women in the context of previous reproductive loss and desire for current pregnancy. *British Journal of Health Psychology*, 10, 255–268.
- Desdicioğlu K, Malas MA (2006). Fetal büyüme etki eden maternal faktörler. *Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 13:2,47-54.
- Demirkaya BÖ (2004). Gebelikte sigara içiminin plasenta ve yenidoğan üzerine etkileri. Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi, T.C. Sağlık Bakanlığı Şişli Etfal Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları Ve Doğum Kliniği, İstanbul.
- Doğu S, Ergin AB (2008). Gebe kadınların sigara kullanımı etkileyen faktörler ve gebelikteki zararlarına ilişkin bilgileri. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 1:1, 26-39.
- Er S (2006). Gebelikte sağlık uygulamaları ölçeği Türkçe formunun geçerlik ve güvenilirlik çalışması. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.
- Fenercioğlu AK, Yıldırım G, Karatekin G et al. (2009). The relationship of gestational smoking with pregnancy complications and sociodemographic characteristics of mothers. *Journal of the Turkish-German Gynecological Association*, 10, 148-151.
- Goler NC, Armstrong MA, Taillac CJ et al. (2008). Substance abuse treatment linked with prenatal visits improves perinatal outcomes: A new standard. *Journal of Perinatology*, 28, 597–603.
- Keskinoğlu P, Aksakoğlu G (2007). Pasif sigara içiciliğinin çocuklarda solunum sistemi üzerindeki etkileri. *Türk Pediatri Arşivi*, 42, 136-41.
- Kırımı E, Peñçe S (1999). Gebelikte sigara kullanımının fetus ve plasentanın gelişimine etkisi. *Van Tıp Dergisi*, 6:1, 28-30.
- Kısacık G, Gölbaşı Z (2009). Gebe kadınların sigara içme davranışları ve gebelikte sigaranın etkilerine yönelik bilgileri. *Türkiye Klinikleri Jinekoloji-Obstetrik Dergisi*, 19:4,197-205.
- Kutlu R (2008). Aktif ve pasif sigara içiciliğinin gebelik ve fetus üzerine etkileri. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 7:5,445-448.
- Marakoğlu K, Erdem D (2007). Konya’da gebe kadınların sigara içme konusundaki tutum ve davranışları, *Erciyes Tıp Dergisi*, 29:1,47-55.
- Peñçe S, Kırımı E, Cesur Y (1999). Gebelikte sigara kullanımının kordon kanı hormon değerlerine etkisi: Sigara seks steroidlerini etkiliyor mu?, *Van Tıp Dergisi*, 6:1,9-11.
- Pickett KE, Wakschlag LS, Dai L, Leventhal BL (2003). Fluctuations of maternal smoking during pregnancy. *Obstetrics and Gynecology*. 2003 Jan;101:1,140-147.
- Saka G, Kara İH, İlçin E (2000). Diyarbakır doğumevi hastanesinde doğum yapan gebelerin sosyodemografik özellikleri ve sigara içme kriterlerinin değerlendirilmesi. *Dicle Tıp Dergisi*, 27:1, 97-105.
- Semiz O, Sözeri C, Cevahir, R ve ark. (2006). Sakarya’da bir sağlık kuruluşuna başvuran gebelerin sigara içme durumlarıyla ilgili bazı özellikler. *STED*, 15:8,149-152.
- Turan C, Özcan T, Kaleli B ve ark. (1995). Preterm erken membran rüptüründe risk faktörleri. *Perinatoloji Dergisi*, 3:1-2,30-32.
- Toyran M (2005). Gebelikte sigara içiminin çocuk sağlığı üzerindeki etkileri. *Klinik Pediatri*, 4:1,17-23.
- Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA), 2008. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Devlet Planlama Teşkilatı, Türkiye Bilimsel ve Teknolojik Araştırma Kurumu, Ankara, Türkiye.
- Whitaker RC(2004). Predicting preschooler obesity at birth: the role of maternal obesity in early pregnancy. *Pediatrics*, 114:1,29-36.

## KEMOTERAPİ ALAN HASTALARIN YAKINLARININ DENEYİMLERİ: NİTELİKSEL BİR ÇALIŞMA

*EXPERIENCES OF RELATIVES OF PATIENTS RECEIVING CHEMOTHERAPY:  
A QUALITATIVE STUDY*

\*Arş. Gör. Uzm. Eda AKTAŞ  
\*\*\*Yrd. Doç. Dr. Seyhan HİDİROĞLU

\*\*Uzm. Hem. Nuray BARIŞ  
\*\*\*Doç. Dr. Dilşad SAVE

\*Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği AD.

\*\*Gülhane Askeri Tıp Akademisi Haydarpaşa Eğitim Hastanesi, Tıbbi Onkoloji Servisi

\*\*\*Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD.

### ÖZET

**Amaç:** Kemoterapi alan hastaların yakınlarının yaşadıkları deneyimlerin ve karşılaştıkları sorunların belirlenip ortaya konması amacıyla planlanmıştır.

**Gereç ve Yöntem:** Bu niteliksel araştırma 16 Mayıs-10 Haziran 2011 tarihleri arasında İstanbul GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi Tıbbi Onkoloji Servisi Ayaktan Kemoterapi Ünitesi'nde tedavi görmekte olan hastaların yakınları ile yapılmıştır. Odak grup görüşmelerine katılacak olan hasta yakınlarının seçiminde olasılıksız örnekleme yöntemlerinden "amaca yönelik seçim" yöntemi kullanılmıştır. Odak grup görüşmeleri her biri 6-8 kişiden oluşan gruplar ile yürütülmüştür. Beş odak grup görüşme sonrası toplam 32 hasta yakını ile görüşülmüştür. Veri analizinin ilk aşamasında ses kayıt cihazındaki tüm konuşmalar kelime kelime yazıya dönüştürülerek çözümlenmiştir. Daha sonra odak grup görüşmeleri sırasında tutulan gözlem notlarından da faydalanılarak çözümlenmeler değerlendirilmiştir.

**Bulgular:** Araştırmada, hasta yakınları ile yapılan odak grup görüşmeleri sonunda sekiz tema ortaya çıkmıştır. Bu temalar; kanser algısı, fiziksel durumlarına ilişkin düşünce ve değişiklikler, tükenmişlik ve suçluluk duygusu, aile içi ve sosyal ilişkiler, ekonomik yetersizlikler, iş yaşamı ile ilgili değişiklikler, geleceğe yönelik beklentiler şeklindedir.

**Sonuç:** Araştırma sonunda kanser hastasının yanı sıra yakınlarının da fiziksel ve duygusal durumlarının, sosyal ve aile içi ilişkilerinin, iş yaşamları ve ekonomik durumlarının kanserden etkilendiği görülmüştür.

**Anahtar Kelimeler:** kanser, bakım veren, hasta yakını, kemoterapi

### ABSTRACT

**Objective:** The aim of the study was to determine and reveal problems and experiences encountered by relatives of cancer patients receiving chemotherapy.

**Methods:** This qualitative study was conducted on relatives of patients treated at Istanbul GATA Haydarpaşa Teaching Hospital, Oncology Department, Outpatient Chemotherapy Unit between the dates of May 16<sup>th</sup> and June 10<sup>th</sup>, 2011. "Purposive sampling" method among non-probability sampling methods was used for selecting patient relatives to participate in focus group

*discussions. Focus group discussions were conducted with groups of 6 to 8. Thirty two patient relatives in total were interviewed as a result of five focus group discussions. At the first stage of data analysis, all discussions recorded on the tape recorder were transcribed word by word. Then transcribed texts were evaluated by utilizing observation notes taken during focus group discussions.*

**Results:** *Eight themes were found out as a result of focus group discussions conducted with patient relatives in this study. These themes were cancer perception, remarks and changes regarding their physical condition, exhaustion and guilt, family and social relations, economic insufficiencies, changes in the working life, and future expectations.*

**Conclusion:** *As a result of this study, it was seen that in addition to cancer patients also their relatives' physical and emotional conditions, social and family relations, working lives, and economic conditions were affected by cancer.*

**Key Words:** *cancer, caregivers, patients' relatives, chemotherapy*

## **GİRİŞ**

Kanser, dünyada birçok ülkede mortalite ve morbidite oranının yüksek olması nedeniyle önde gelen bir sağlık sorunudur (Xiaomei ve Herbert 2006). Tanı olanaklarının gelişmesi ve sağlık kuruluşlarından yararlanmanın artması ile her yıl daha fazla kanser vakası saptanabilmektedir. Ülkemizde ve dünyada kanser sıklığının artması beraberinde kanser hastası ve bakım verenlerine yönelik bakım ve destek hizmetlerinin önemini getirmiştir (Kılıç ve ark. 2004).

Kanser tanı ve tedavisi hem hastayı hem de aile üyelerini her boyutu ile etkilemekte; bakım verene fiziksel, sosyal, duygusal ve ekonomik açılardan yük getirmektedir. Araştırmalara göre, bakım verenlerin sorumluluğundaki artış, hem finansal hem de duygusal açıdan ailelere pahalıya mal olmaktadır (Atagün ve ark. 2011, Akgün Şahin ve ark. 2009, Bilge ve Ünal 2005, Cimete 1998). Bakım verenlerin üzerine odaklanan çalışmalarda; depresyon, anksiyete, öfke ve ruhsal sıkıntı gibi psikolojik semptomlarda artışlar olduğu belirtilmektedir (Akgün Şahin ve ark. 2009, Malak ve Dicle 2008).

Kanser tanısı ve tedavisinin aile ve bakıcılar için yük oluşturduğu gerçeği, 1980 yılından itibaren literatürde karşımıza çıkmaktadır. Bu gerçek, çeşitli araştırmacıların kanser hastalarına bakım verenlerin ihtiyaçlarını inceledikleri çalışmalarda, onların hastalığın evreleri hakkında yeterince eğitilmiş olmadıklarının fark edilmesiyle ortaya çıkmıştır (Atagün ve ark. 2011, Kasuya ve ark. 2000).

Bakım verenlerin, bakım verme sürecinde gösterdiği tepkiler arasında; depresyon, yalnızlık, korku, öfke, şaşkınlık, anksiyete ve üzüntü sıklıkla görülen yanıtlardır. Aile üyelerinin bu duygular içinde olmalarının en önemli nedeni çaresizlik hissetmeleridir. İsyan etme, hastaya karşı çelişkili duygular, hastalığın ciddiyetini reddetme, hastalık haricinde bir şey düşünüp konuşamama, sosyal aktivitelerden uzaklaşma gibi durumlar da görülmektedir (Atagün ve ark. 2011, Kardeş Özdemir ve ark. 2009, Akgün Şahin ve ark. 2009, Given ve ark. 2005, Babaoğlu ve Öz 2003, Given ve ark. 2001). Kanser süresince, hasta yakınlarının anksiyete, depresyon, yorgunluk, rol çatışması, sosyal izolasyon ve sıkıntı yaşadıkları ve bunların sonucunda immün sistemlerinin



zayıflaması ile fiziksel hastalık risklerinin olduğu belirtilmektedir (Cimete 1998). Bunların yanı sıra hasta yakınları evde bakımda en fazla ağrı yönetimi, hasta mobilizasyonu, günlük yaşam aktivitelerinin karşılanması, sağlık çalışanları ile iletişimi sağlama, semptom yönetimi, evde ilaç tedavisini uygulama, hastanın duygusal tepkilerinin yönetimi konularında da güçlük yaşamaktadırlar (Kim ve Given 2008, Given ve ark. 2001).

Kanser hastasının yaşam kalitesinin artırılmasında; sağlık profesyonellerinin; bakım veren aile üyeleri ile işbirliği yaparak, onların desteğinden yararlanmaları son derece önemli olduğu ve hemşirenin, bakım vericilerin gereksinim duydukları yardım ve rehberlik hizmetlerini nereden ve ne zaman alacakları konusunda yapacağı danışmanlığın yararlı olacağı düşünülmektedir. Aynı zamanda hemşirenin; bireye, yaşadığı duyguların normal olduğu ve yapabileceğinin en iyisini yaptığı konusunda geri bildirim vermesi, yaşadığı problemleri çözülebilir basamaklara ayırması, kaynakları ve uygun seçenekleri belirleyebilmesi konusunda da yardım etmesi yararlı olacaktır.

Bütün bu bilgiler göstermektedir ki; kemoterapi alan kanser hastalarının yakınları çeşitli sebeplerle sosyal, duygusal, fiziksel ve ekonomik zorluklar yaşamaktadırlar. Tüm kaynakların ve çoğaltılabilecek çalışmaların ortak noktası nicel araştırmalar ile belirlenen sorunlara değinilmiş olmasıdır. Özellikle yurt içi literatür gözden geçirildiğinde kemoterapi alan kanser hastalarının yakınlarının sorunlarının kendi kelimeleriyle ifade edildiği tanımlayıcı niteliksel araştırmaların eksikliği dikkat çekicidir. Niteliksel araştırmalar, insanların ve kültürlerin, derinlemesine tanımını yapmak, insanların gerçekliğe yükledikleri anlamı, olayları, süreçleri ve anlayışlarını ortaya koymak için yapılan bir eylemdir. Bu araştırmada kemoterapi alan kanser hastalarının yakınlarının sorunları bu boyut ile ele alınacaktır.

## **AMAÇ**

Bu araştırma kemoterapi alan hastaların yakınlarının yaşadıkları deneyimlerin ve karşılaştıkları sorunların belirlenip ortaya konması amacıyla planlanmıştır.

## **GEREÇ VE YÖNTEM**

Bu niteliksel araştırma 16 Mayıs- 10 Haziran 2011 tarihleri arasında İstanbul GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi Tıbbi Onkoloji Servisi Ayaktan Kemoterapi Ünitesi'nde tedavi görmekte olan hastaların yakınları ile fenomenolojik yaklaşım doğrultusunda yapılmıştır.

Araştırmanın başlangıcında odak grup görüşmelerinde görüşülecek hasta yakınlarının özellikleri hakkında fikir sahibi olabilmek için onkoloji polikliniğinde hasta yakınlarına *Katılımcı Tanıtıcı Bilgi Formu* uygulanmıştır. Böylece kemoterapi alan kanser hastalarının yakınlarının genel bir profili çıkarılmıştır. Katılımcıların biri dışında diğerlerinin hasta ile birlikte yaşadığı görülmüştür. Araştırmanın değişkenleri olarak, eşi ya da çocuğu olma durumu belirlenmiş ve katılımcılar bu değişkenlere göre gruplara ayrılmışlardır.

Araştırma niteliksel olarak planlandığı için örneklem büyüklüğü hesaplanmamıştır. Odak grup görüşmelerine katılacak olan kişilerin seçiminde olasılıksız örnekleme yöntemlerinden “amaca yönelik seçim” yöntemi kullanılarak görüşülecek hasta yakınları belirlenmiştir. Bu yöntemde örneklem; araştırma amacına uygun olduğu düşünülen, belirli bir kriter ve özelliğe bağlı olarak seçilen birey ve gruplardan oluşmaktadır (Kümbetoğlu 2008). Araştırma, tanı ayırımı yapılmaksızın GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi Tıbbi Onkoloji Servisi Ayaktan Kemoterapi Ünitesi’ ne tedavi için hastalarını getiren yakınardan araştırmaya katılmayı kabul edenler ile gerçekleştirilmiştir. Odak grup görüşmeleri her biri 6-8 kişiden oluşan gruplar ile yürütülmüştür. Beş odak grup görüşme sonrası toplam 32 hasta yakını ile görüşülmüştür. Odak grup görüşmeleri literatürde de belirtildiği gibi katılımcılardan benzer yanıtlar alınana kadar devam etmiştir (Tong ve ark. 2007, Marshall 1996).

Katılımcılara, araştırmacılar tarafından literatür bilgisi ışığında hazırlanan katılımçının sosyodemografik özelliklerini ve kanser hastası yakınına ne kadar süredir bakım verdiğini sorgulayan 12 soruluk *Katılımcıyı Tanıtıcı Bilgi Formu* uygulanmıştır (Akgün Şahin ve ark. 2009, Malak ve Dicle 2008, Bilge ve Ünal 2005, Sönmez ve ark. 2004). Odak grup görüşmelerinde ise araştırmacılar tarafından, araştırmanın amacı doğrultusunda konu ile ilgili literatür taraması yapılarak hazırlanan ve uzman görüşü alınan yarı yapılandırılmış görüşme rehberi kullanılmıştır (Akgün Şahin ve ark. 2009, Malak ve Dicle 2008, Bilge ve Ünal 2005, Sönmez ve ark. 2004, Babaoğlu ve Öz 2003, Öz 1998). Görüşme rehberinde, hasta yakınlarının hastalık hakkındaki duyguları, düşünceleri, yaşadıkları sorunları ve geleceğe yönelik beklentilerini ortaya koymaya yönelik dört alanı kapsayan soru ve araştırmacılar tarafından gerekli görüldüğü durumlarda (katılımcının sessiz kalması, konu dışına çıkması vb.) kullanılan bu ana konuları irdelemeye yönelik destekleyici yan sorular yer almaktadır.

Görüşmeler GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi Tıbbi Onkoloji Servisi Ayaktan Kemoterapi Ünitesi içinde yer alan dinlenme salonunda gerçekleştirilmiştir. Salonda odak grup görüşmesine katılan kişilerin dışında kimsenin olmamasına özen gösterilmiştir. Görüşmeye başlamadan önce hasta yakınları tarafından *Katılımcıyı Tanıtıcı Bilgi Formu* doldurulmuştur. Görüşme öncesi hasta yakınları ile tanışılıp araştırmacılar da kendisini tanıtmıştır. Araştırmacılar niteliksel araştırmaların planlanması, görüşme teknikleri ve analizi konusunda eğitim almıştır. Görüşmeler katılımçıların izniyle ses kayıt cihazına kaydedilmiştir. Görüşme yaklaşık 45-60 dakika sürmüş, aynı gün ses kayıtları yazıya dökülmüştür.

Veri analizinin ilk aşamasında ses kayıt cihazındaki tüm konuşmalar kelime kelime yazıya dönüştürülmüştür. Odak grup görüşmeleri sırasında tutulan gözlem notlarından da faydalanılarak, veri dökümleri iki araştırmacı tarafından ayrı ayrı okunmuş, kodlanmış ve oluşan kodlar karşılaştırılmıştır. Araştırmacıların uzlaştığı ve oluşturduğu yeni kodlar ile kod listesi son halini almıştır. Bu düzenlemenin ardından görüşme dokümanları tekrar okunmuş ve kodlamalar yeni liste doğrultusunda düzenlenmiştir. Araştırma öncesinde araştırmacıların gözlemleri ve literatür bilgisi doğrultusunda önceden belirlenmiş dört ana tema (Fiziksel, Duyusal, Sosyal ve Ekonomik Sorunlar) yanında görüşme çözümlenmeleri ve gözlem notları içerisinde mevcut olan, her türlü

kavram ve ifadenin ayrıntılı şekilde incelenmesi ile yeni temalar ortaya çıkmıştır. Veri analizi sonunda sekiz tema belirlenmiştir. Araştırmaya katılan bireylerin ifadelerinin altına parantez içinde yaşları, cinsiyetleri ve hastaya yakınlık dereceleri yazılarak belirtilmiştir.

Araştırmanın sınırlılığını, İstanbul ili içindeki belirli bir hastanede ve kısıtlı bir zaman içinde yapılmış olması oluşturmaktadır.

Araştırmaya katılacak kişiler bu görüşmenin bilimsel araştırma amacıyla yapıldığı ve elde edilen verilerin araştırmanın sınırları haricinde üçüncü şahıslarla paylaşılma-yacağı konusunda bilgilendirilip sözlü onamları alınmıştır. Araştırmanın yürütüle-bilmesi için Klinik Şefliğinden araştırmanın amacı ve uygulama biçimi açıklanarak sözel izin alınmıştır.

### BULGULAR VE TARTIŞMA

Araştırma kapsamına alınan hasta yakınlarının tanıtıcı özellikleri Tablo 1’de verilmiştir.

**Tablo 1:** Araştırmaya Katılan Hasta Yakınlarının Bireysel Özelliklerinin Dağılımı

Bireysel Özellikler		n	%
Yaş	27-39	10	31.0
	40-59	18	56.0
	60-79	4	12.0
Cinsiyet	Erkek	14	44.0
	Kadın	18	56.0
Medeni Durum	Evli	26	81.0
	Bekar	6	19.0
Eğitim Durumu	İlköğretim	5	16.0
	Lise	12	38.0
	Üniversite	14	43.0
	Lisansüstü	1	3.0
Çalışma Durumu	Evet	14	44.0
	Hayır	18	56.0
Sosyal Güvence	Emekli Sandığı	14	44.0
	SSK	13	41.0
	Bağ-Kur	1	3.0
	BES	2	6.0
	Yok	2	6.0
Yakınlık Derecesi	Evlat	20	63
	Eş	9	28
	Anne-Baba	2	6.0
	Kardeş	1	3.0
<b>TOPLAM</b>		32	100.0
Hasta Yakınının Kronik Hastalık Durumu	HT	2	8.0
	Diyabet	1	4.0
	HT+Glokom	1	4.0
	Romatizma	1	4.0
	Yok	19	80.0
<b>TOPLAM</b>		24	100.0

Örneklem grubundaki hasta yakınlarının yaş ortalamasının  $46.78 \pm 12.92$  (min.27-max.79) olduğu belirlenmiştir. Hasta yakınlarının diğer özellikleri incelendiğinde; %56' sının kadın (n=18), %81' inin evli (n=26), %43' ünün (n=14) üniversite mezunu, %56' sının (n=18) çalışmadığı ve %44' ünün (n=14) sosyal güvencesinin emekli sandığı olduğu saptanmıştır.

Örnekleme alınan hasta yakınlarının hastaya olan yakınlık dereceleri incelendiğinde, %63' ünün (n=20) çocukları olduğu belirlenmiştir. Katılımcıların sadece 24' ü herhangi bir kronik hastalığın varlığı sorusuna cevap vermiş olup, cevap verenlerin %80' inin kronik bir hastalığının olmadığı belirlenmiştir.

Literatürde de mevcut araştırma bulgularını destekler düzeyde, bakım vericilerin çoğunlukla bayan ve hastaların çocukları olduğu görülmektedir (Akgün Şahin ve ark. 2009, Bektaş ve Özer 2009, Malak ve Dicle 2008, Bilge ve Ünal 2005, Babaoğlu ve Öz 2003). Türk toplum yapısı gereği kanser hastaları tedavi sürecinde ihtiyaçları olan sosyal ve duygusal desteği ailelerinden beklemektedirler (Bilge ve Ünal 2005). Araştırmada elde edilen veriler de bu bilgiyi doğrular niteliktedir.

**Tablo 2:** Araştırmaya Katılan Hasta Yakınlarının Bakım Verme Durumlarının Dağılımı

<b>Bakım Verme Durumu</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	
<b>Hastanın Kanser Süresi</b>	1-6 ay	7	41.0
	7-12 ay	6	35.0
	1-3 yıl	3	18.0
	4 yıl ve üzeri	1	6.0
<b>TOPLAM</b>	<b>17</b>	<b>100.0</b>	
<b>Bakım Verme</b>	Evet	32	100.0
	Hayır	0	0.0
<b>TOPLAM</b>	<b>32</b>	<b>100.0</b>	
<b>Bakım Verme Türü</b>	Ev İşleri	3	9.0
	Hastaneye Getirme	19	60.0
	Hastaneye getirme+maddi destek	2	6.0
	Hastaneye getirme+ev işleri	8	25.0
<b>TOPLAM</b>	<b>32</b>	<b>100.0</b>	
<b>Bakım Verme Süresi</b>	1-6 ay	7	41.0
	7-12 ay	6	35.0
	1-3 yıl	3	18.0
	4 yıl ve üzeri	1	6.0
<b>TOPLAM</b>	<b>17</b>	<b>100.0</b>	

Çalışmaya katılan hasta yakınlarının hastalarının kanser tanısı alma süreleri incelendiğinde %41' inin (n=17) 1-6 ay olduğu saptanmıştır. Araştırmaya katılan 32 kişiden sadece 17' si hastalarının kanser sürelerini belirtmiştir.

Bakım vericiler, kanser hastası yakınlarının hastaneye getirilmesi ve refakat edilmesi, ev işlerinin, alış-verişlerinin yapılması, duygusal destek sağlama ve kişisel

bakımlarının sağlanması gibi işlerini yapmaktadırlar Literatüre göre; bakım vericinin yaşamında büyük değişiklikler yapmasını gerektiren bakım verme işi, kendi başına yük olarak algılanıp yaşam kalitesini etkileyen etmenler arasında görülmektedir. (Atagün ve ark. 2011, Kardaş Özdemir 2009, Akgün Şahin ve ark. 2009, Malak ve Dicle 2008, Xiaomei ve Herbert 2006, Yun ve ark. 2005, Given ve ark. 2005, Larsen ve Tishelman 2002, Kasuya ve ark. 2000). Araştırmaya katılan hasta yakınlarının tümünün hastasına bakım verdiği saptanmıştır. Bakım verme türü incelendiğinde ise bunun %60'ının (n=19) hastaneye getirme olduğu belirlenmiştir. Hasta yakınlarının bakım verme süresi %41 (n=17) oranında 1-6 ay olarak saptanmıştır. Araştırmaya katılan 32 kişi bakım verdiğini belirtmesine karşın sadece 17 kişi bakım verme süresini bildirmiştir. Bu bulgular literatür bulgularıyla örtüşmekte, fakat bakım verme süresi açısından uyumsuzdur (Kardaş Özdemir 2009, Akgün Şahin ve ark. 2009, Xiaomei and Herbert 2006, Yun et all 2005, Given et all 2005, Larsen ve Tishelman 2002, Kasuya ve ark. 2000).

Atagün ve ark. (2011) bakım vericilerin kişisel görevleri (hastayı yıkamak ve beslemek gibi), kişisel olmayan görevlere (alışverişi yapmak gibi) kıyasla daha zor ve sıkıntı verici bulduklarını bildirmektedir. Hasta yakınlarının bakım verme işi dışında ekstra işlerinin olması bakım dışında o işlere de zaman ayıracağı anlamına gelmekte ve bu durum kısıtlı olan zamanda birçok işi yürütmeyi gerektirmektedir. Sonuç olarak söz konusu durumların bakım verme yükünü artıracığı düşünülmektedir.

## TEMALAR

Araştırma sonucunda sekiz tema ve 16 alt tema saptanmıştır. Bu temalar aşağıdaki gibidir.

**Tema 1:** Kanser Algısı

**Alt Tema:** Ölüm, Hastalığı Kabul Durumu

**Tema 2:** Fiziksel Durumlarına İlişkin Düşünce ve Değişiklikler

**Alt Tema:** Koruyucu Önlemler, Erken Tanı

**Tema 3:** Duygusal Durumlarına İlişkin Görüşleri

**Alt Tema:** Tükenmişlik, Kaybetme Korkusu, Duygusal Destek Gereksinimi

**Tema 4:** Aile İçi İlişkiler

**Alt Tema:** Yalnızlık, Hasta Desteği, Yaşam Değişikliği

**Tema 5:** Sosyal İlişkiler

**Alt Tema:** Sosyal İzolasyon, Olumsuz Algılar

**Tema 6:** Ekonomik Yetersizlikler

**Tema 7:** İş Yaşamı İle İlgili Değişiklikler

**Alt Tema:** İşten Çıkma, İş Saatlerinin Değişikliği

**Tema 8:** Geleceğe Yönelik Beklentiler

**Alt Tema:** Umut, Belirsizlik

### **Tema 1: Kanser Algısı**

Kanser sizin için ne ifade ediyor sorusuna katılımcıların önemli bir çoğunluğu "hayatın sonu, ölüm", "ölümcül bir hastalık" olarak cevap vermiştir.

*"Kafamızda ölümcül bir hastalık olarak yerleşmiş. İnsanı psikolojikman yıkıyor. İlk zamanlar berbattık yani! İşin içinde girdikçe biraz daha olumlu düşünmeye başladım. Kemoterapi falan işin içine girince ömür biraz daha uzuyor tabii. Ama telaffuz bile etmeyeyim ama ölüm gibi diyebilirim."*

*(33 yaş, bay, hastanın oğlu)*

*"Benim abim akciğer kanseriydi bunun acısını biz çok yaşadık. O zamanlar bu kadar ilaçlar yoktu. Abim 2 yıl yaşadı ama buna yaşamak denirse. Şimdi kızım bu meretle karşılaştı. Ben o kelimeyi kullanmak istemiyorum (kanseri). Kızım da kullanmıyor, biz grip diyoruz ona. Kızım grip oldu geçecek."*

*(48 yaş, bayan, hastanın annesi)*

*"Ölümü hatırlatıyor bana. Korkunç bir şey yani!"*

*(57 yaşında, bayan, hastanın eşi)*

Kanser, hasta yakınlarında belirsizlik oluşturmakta ve onları depresyona sürüklemektedir. Bu belirsizliğin nedeni kanserin ölümcül hastalık olarak algılanarak sevilen birinin kaybı ile oluşacak duruma adaptasyon korkusundan kaynaklanmaktadır. Literatürde de bu belirsizliğin özellikle terminal dönemde daha fazla yaşandığı belirtilmektedir (Atagün ve ark. 2011, Babaoğlu ve Öz 2003).

### **Tema 2: Fiziksel Durumlarına İlişkin Düşünce ve Değişiklikler**

Hasta yakınlarının pek çoğu tanıyı öğrendikten sonra kendilerinin de sağlık kontrolüne gittiklerini ifade etmişlerdir. Bir hasta yakını ise kanser tanısı ile sigarayı bıraktığını söylemiştir.

*"Ailede birinde kanser varsa diğerlerinde de olma ihtimali var deniyor. O nedenle babama tanı konduktan sonra ben de kendimi baştan aşağıya muayene ettirdim. Endoskopi falan yaptırdım. Tüm kardeşlerim de yaptırdı. Allaha şükür bişey çıkmadı."*

*(41 yaş, bay, hastanın oğlu)*

*"Kendimi çok ihmal ediyorum. Bunun farkındayım ama doktora gitmek, kontrol olmak istemiyorum. Son ana kadar bekliyorum. İlla bişey olacak da gidecem. Zaten babam için hep buradayım. Hastaneden bıktım artık. Bir de kendim için uğraşmak istemiyorum."*

*(47 yaş, bayan, hastanın kızı)*

*"Hep sorunlardan bahsediliyor ama hiç mi iyi yanı yok bu kanserin? Ben eşimin kanser olduğunu öğrenince sigarayı bıraktım."*

*(52 yaş, bay, hastanın eşi)*

Kanser hastasına bakım veren bireylerde bakım vermenin bireyin fiziksel, duygusal ve sosyal iyilik halinde olumsuz etkileri olduğu literatürde sıklıkla belirtilmektedir (Akgün Şahin ve ark. 2009, Bilge ve Ünal 2005, Babaoğlu ve Öz 2003). Çalışmalar sağlık sorunu olan bakım vericilerin, bakım verme yüklerini sağlık sorunu olmayanlara göre daha yüksek olarak göstermektedir (Akgün Şahin ve ark. 2009, Malak ve Dicle 2008). Başka bir çalışmada çeşitli kanser hastalarına bakım veren 165 kişide bakım veren yükünün arttığı, olguların %80.3' ünün bakım vermeden önce kendi sağlıklarını iyi olarak algıladıkları, bakım verme görevinden sonra %51.6' sının kötü olarak değerlendirildiği saptanmıştır (Akgün Şahin ve ark. 2009). Kardeş Özdemir ve ark. (2009)'nın kanserli çocuğu olan anneler ile yaptıkları çalışmada, annelerin bakım verme görevinden sonra kendi sağlıklarında bozulma yaşadıkları saptanmıştır.

Kanser tedavi süreci hem hasta hem de bakım vericiler için zorlu bir süreç olduğundan; bu durumun bakım yükünü artıracığı ve buna bağlı olarak fiziksel sorunların ortaya çıkacağı düşünülmektedir. Araştırmada bireylerin yakınmaları olsa da kronik hastalık varlığı düşük düzeyde tespit edilmiştir (Tablo 1). Bunun yanı sıra hasta yakınlarının kendilerinde de kanser bulunma endişesi ile sağlık kontrollerini yaptıkları söylenebilir.

### Tema 3: Duygusal Durumlarına İlişkin Görüşleri

Araştırmaya katılan hasta yakınlarının pek çoğu duygusal açıdan çok yıprandıklarını ve destek almaya ihtiyaç duyduklarını ifade etmişlerdir. Bazı hasta yakınları da tanının geç konmasından dolayı kendilerini suçladıklarını ifade etmişlerdir.

*"Babamızın haberi yok, Çünkü o da kalp hastası. O nedenle saklıyorum. Oğlum 19 yaşında sınava girecek ondan da saklıyorum. Eşime bir haftadır Erdal kızımı hasta diyorum ama ne olduğunu söyleyemiyorum. İlaç aldığı için kızda değişiklikler olacak dedim. Oğlum evden uzaklaştırmam lazım. Kızım ve ben biliyoruz durumu. Artık gücüm kalmadı. Bende panik atak vardı, şimdi anksiyete bozukluğu da dediler. İlaç almaya başladım."*

(48 yaş, bayan, hastanın annesi)

*"Babam kadar bu hastalığı yaşıyorum ben de. O şey olarak yaşıyor bende psikolojikman yaşıyorum. Düşündükçe adam kendini yıpratıyor yani, anlatabiliyor muyum? Psikolojik destek alıyorum zaten. Tedaviden olumsuz bir yanıt aldığımda yıkılıyorum."*

(29 yaş, bay, hastanın oğlu)

*"Bana biraz gayret gösterse ben onu 5 değil 55 sene sırtımda taşıyım. Ama böyle bırakıverince kendini ben de bitiyorum. Telefon değilim ki şarj edeyim kendimi"*

(48 yaş, bayan, hastanın eşi)

*"Esas tedavi göreceğ olan benim. Bu hastalığın tanısı kondu, bizim çilemiz de başladı. Nasıl anlatayım bilmem ki! Yıkıldım, ruh halim bozuldu. Sanki yarın ölecek gibi geliyor. Geceleri uyuyamıyorum. Sürekli gidip nefes alıyor mu diye bakıyorum. Eşim kızıyor ama elim de değil işte. Yaşlı da olsa annem o benim."*

(53 yaş, bayan, hastanın kızı)

*“Yani öyle bişey ki hemşire hanım elim ayağım titriyor, nefes alamıyorum, her şey üstüme geliyor gibi oluyor. Bazen düşünüyorum kafayı mı yedim ben diye? Bütün bunlar çok ağır geliyor.”*

*(43 yaş, bayan, hastanın kızı)*

Kanser gibi yaşamı tehdit eden bir hastalığa yakalanmış olmanın insanlarda ciddi bir duygusal zorlanma yaratması beklendik bir sonuçtur. Çünkü kanser umutsuzluk, dayanılmaz ağrılar, korku ve ölümlü eş tutulmaktadır. Kanser hastalarına bakım veren kişilerin yüksek düzeyde stres yaşadıkları saptanmıştır (Akgün Şahin ve ark. 2009, Bilge ve Ünal 2005, Gözüm ve Akçay 2005, Babaoğlu ve Öz 2003). Tıbbi tedaviler, ilaçlar, prosedürler, hastanın günlük fiziksel bakımı, hastane dışında sürdürülmek durumunda kalınan sorumluluklar hastanın bakım süresi uzadıkça bakım verenlerin tükenmişlik hissetmesine yol açmakta ve depresyon kaçınılmaz olmaktadır (Kim ve Given 2008, Xiaomei ve Herbert 2006, Babaoğlu ve Öz 2003, Gözüm ve Akçay 2005, Bilge ve Ünal 2005, Given ve ark. 2005). Çalışmalar kadınların toplumsal olarak üstlendikleri rollerin fazla olması ve bakım verme sırasında bu rollerin artması nedeni ile stres ve duygusal çatışmaları sıkça yaşadıklarını göstermektedir (Akgün ve ark. 2011, Öz 1998). Tüm bu bulgular araştırma kapsamında görüşülen hasta yakınlarının ifadeleri ile paralellik göstermektedir.

#### **Tema 4: Aile İçi İlişkiler**

Kanser hastalığının olumsuz yönlerinden etkilenen sistemlerden biri de aile içi ilişkilerdir. Aile içi ilişkilere bakıldığında; ebeveynleri kanser hastası olan katılımcılar özel hayatlarının değişime uğradığını, eşleri ve çocuklarına fazla zaman ayıramadıklarını belirtmişlerdir. Eşi kanser hastası olan katılımcılar ise, kemoterapi sonrası eşlerinin ruh hallerinin kendilerini olumsuz yönde etkilediğini ifade etmişlerdir. Bir katılımcı ise kanser hastası olabilecek kişiler ile evlenilmemesi gerektiğini belirtmiştir.

*“Eşim ışın aldığımda kızımı onun yanına pek yaklaştırmıyorum. Ne de olsa zararlıdır, bişey olur belki diye! Bu defa da kızım bana öfkeleniyor. Sen neden bize karşıyorsun, ben annemin yanında olacağım diyor. Benim baldızım da kanser. Kızıma da bişey olur diye çok korkuyorum. O ise beni yanlış anlıyor. Annesini ondan kıskandım sanıyor.”*

*(52 yaş, bay, hastanın eşi)*

*“Eşim geçen yıl ameliyat olacaktı. Sonra bana vazgeçtim dedi. Neden diyorum söylemiyor. Daha sonra anlattı, başka bir kadın ona demiş ki; ben de ameliyat oldum kocam benimle tek memeli diye alay etmeye ve beni istememeye başladı demiş. Tabi bizim hanım da bunu duyunca vazgeçmiş ameliyattan. Karıma dedim ki; ne diyorsun sen ben de güne doğuda bacağımı kaybedebilirdim. O zaman sen de beni mi bırakacaktın? Zar zor ikna etim. Böyle şerefsizler yüzünden biz de etkileniyoruz işte.”*

*(51 yaş, bay, hastanın eşi)*

*“Ben karşıda oturuyorum. Ama iki aydır haftanın beş gününü annemin yanında, iki günü evimdeyim. Eşim ise evde yalnız. Ama sağ olsun çok anlayışlı davranıyor. Hastalık*



henüz çok yeni iki aylık mesele. Bu durum bu şekilde devam ederse şimdiki kadar anlayışlı olur mu bilmem.”

(48 yaşında, bayan, hastanın kızı)

“Kocamın ailesinde hepsi kanser. Bileydim evlenir miydim? Çocuğum da meme kanseri, ben napayım? Çiftler evleniyorken çocuklarının sağlığı için kanser geni araştıran bir test istemeliler, sonra evlenmeliler. Kanser geni taşıyanlar evlenmesin ya da çocuğu olmasın”

(55 yaş, bayan, hastanın eşi)

“Erkek kardeşim var ama o hiç gelmiyor hastaneye. Tedavi sürecini bile takip etmiyor. Sürekli biz telefon açıyoruz annemle. Bazen de ben annemden gizli arayıp, annemi ara diyorum. 15 günde falan arar. Annem bu duruma çok üzüliyor tabi. Ben de kendimi yalnız hissediyorum. Neyse ki eşim ve çocuklarım var yanımda”

(49 yaş, bayan, hastanın kızı)

“Tanıdan sonra annemi yanıma aldık. Şimdi bizimle yaşıyor. Hayatımızda çok değişiklik yaptı bu da. Mesela beş aydır eşimle birlikte olamıyoruz, annem evde diye. Artık annemle evliyim ben tüm hayatım o. Bana naz yapıyor ama, eşime de yapıyor. Ne de olsa eoloğlu. Bi şey demiyor ama ben hep diken üzerindeyim.”

(53 yaş, bayan, hastanın kızı)

Bu ifadelerden tüm katılımcıların yaşamlarını hasta bireye göre düzenledikleri ve bazı aile üyelerinin birbirlerine daha çok yakınlaşırken bazılarının ise uzaklaştığı görülmektedir. Belirsizlik ve korku sıklıkla bireylerin sosyal destek gereksinimlerinde artışla sonuçlanmaktadır (Babaoğlu ve Öz 2003). Eşlerin yaşadığı sorunlar; genellikle evle ilgili rol ve sorumlulukların değişmesi (Neergaard ve ark. 2008, Larsen ve Tishelman 2002) ve hasta eşin duygusal sorunları karşısında hissedilen yetersizlik ve çaresizlik duygularıdır (Kim ve Given 2008, Bilge ve Ünal 2005, Babaoğlu ve Öz 2003). Atagün ve ark. (2011) çalışmalarında bakım vericilerin yükünü arttıran etmenlerin başında, bakım verenin hastanın eşi olması, bakım veren ile hastanın önceki ilişkileri, bakım verenin sağlık problemleri gibi durumlar olarak belirtmişlerdir. Ayrıca aile içi ilişkilerin bakım vericinin hasta dışında da bakım verdiği bireyin varlığına göre değiştiği, bakım verenin kaygı düzeyini arttırdığı, sosyal gereksinimlerinin fazlaştığı yapılan araştırmalarla tespit edilmiştir (Akgün Şahin ve ark. 2009, Given ve ark. 2005, Babaoğlu ve Öz 2003).

### **Tema 5: Sosyal İlişkiler**

Araştırmaya katılan hasta yakınlarının önemli bir çoğunluğu sosyal yaşantılarının kesintiye uğradığını ve bu durumdan dolayı mutsuz olduklarını ifade etmişlerdir.

“İnsanımız bilinçsiz bu hastalık hakkında. Ben askeri servisle geliyorum buraya. Geçenlerde sintigrafi çekildi küçücük bir odada. Sonra da bize dediler ki 3 gün hamile bayana ve çocuk yanına yaklaşmasın. Şimdi servisle giderek kimin günahına gireyim.

*Mecbur bindim taksiye. Ama sonra ne oldu komşular şunlara bak servis dururken taksiyle geliyorlar diye laf ediyor. Kime ne anlatayım ben şimdi."*

*(51 yaş, bay, hastanın eşi)*

*"Çok yalnızım çok... Kimseye söyleyemiyorum. Kendi başıma bütün bunlarla baş edecek gücüm de kalmadı. Ama herkesin bir sürü de işi var kime gelin benimle diyeyim."*

*(48 yaş, bayan, hastanın annesi)*

*"Beni hep yanında istiyor. Geçen gün onsuz bir Kadıköy'e gittim. Çabuk gel geç kalma dedi. Şok oldum. Ben 25 yıldır dışarılarda çalışıyorum. Belli bir çevrem var. Kimse ile görüşemiyorum. Eskiden haftada bir gün dışarıya giderdik. Oğlum hafta sonları bir yerde müzik yapıyor, onu dinlemeye giderdik. İnanır mısınız 5 aydır hiçbir yere gitmiyoruz. Bunlar çok zor benim için."*

*(49 yaş, bayan, hastanın kızı)*

*"Oğlumun askerden geleceği gün annemin hastalığını öğrendik. Bütün sevincimiz neşemiz içimizde kaldı. Çocuk gelecek diye parti planlamıştık. Tüm arkadaşlarını çağırdık. Ama böyle olunca iptal etmek zorunda kaldık. Kendimi hala suçlu hissediyorum. İnsanın hayatında bir kez olacak bir şey bu. Oğlum da sağ olsun bu durumda tabi parti yapamayız dedi. Ama benim içim hala buruk."*

*(53 yaş, bayan, hastanın kızı)*

*"Çok aktif bir kadımdım kafama göre arkadaşlarımla buluşurdum, dolaşmaya çıkarırdım. Şimdi her şeyim ona bağlı eve bağlandım kaldım. Bu benim için zor. Dışarıya çıkmayı özledim."*

*(48 yaş, bayan, hastanın eşi)*

Bakım vericilerde; sosyo-kültürel sorunlar, güncel olayların takibinde, komşuluk ilişkilerinde, çevredeki diğer insanlarla olan ilişkilerde, kültürel aktivitelere katılımı ve gece sosyal aktivitelere katılımı azalma ve ekonomik sıkıntı görülmektedir (Kardaş Özdemir ve ark. 2009, Malak ve Dicle 2008, Given ve ark. 2005, Bilge ve Ünal 2005, Babaoğlu ve Öz 2003, Larsen ve Tishelman 2002, Given ve ark. 2001, Kasuya ve ark. 2000). Cameron ve ark. 2002) yaptıkları çalışmada, kanser hastasına bakım veren birinci derece yakınlarının hastaya verdikleri bakım ve desteğin miktarı ne olursa olsun, duygusal streslerinin artmış olduğu ve bu artışın da bakım veren kişilerin özel hayatla ilgili aktivitelerinin kısıtlanmış olmasıyla ilişkili olduğunu bildirmişlerdir. Öz (1998) özellikle kadınların bakım verici rolünde aldıkları rollerin fazlalığı nedeniyle sosyal ve duygusal olarak erkeklere oranla daha fazla gereksinimlerinin olduğunu belirtmiştir. Araştırmada elde edilen ifadelerde bu bulguları destekler niteliktedir.

## **Tema 6: Ekonomik Yetersizlikler**

Katılımcıların çoğu kanser tanısının ekonomik güçlükleri de beraberinde getirdiğini belirtmişlerdir.

*"En önemlisi ne biliyor musunuz? Hasta yakını hasta ile uğraşırken para para diye akbaba gibi başına çökmeleri. Bunlar büyük sorun esasında. Bizi hastane hastane dolaştırıyorlar. Çünkü radyoterapi burada yapılmıyor. Bizde yaptırmak için özellere gidiyoruz. Orda da bizim tepemizdeler para için. Çalışanlar peşimde geziyorlar sanki ben para ödemedem gidecem. Bana bilmeden bir sürü şey imzalattılar. Sonra bir baktım imzaladım kağıtlara, konsültasyon istemişim. Ben konsültasyon nedir bilmem ki, özellerin bir de bu yani var. Biz zaten bitmişiz bir de onlar kanımızın son damlasını emiyorlar"*

*(45 yaş, bayan, hastanın kızı)*

*"Oğlum bu hastalıktan maddi olarak etkilendi. Dershaneye gidemedi. Üniversiteyi kazandı, ama para sıkıntımız olduğu için üniversiteyi bıraktı astsubay oldu. Baba paraya ihtiyacımız var dedi. Bu hastalık çocuğun hayatını değiştirdi."*

*(51 yaş, bay, hastanın eşi)*

*"Emekliyim ama maaş yetmiyor. O nedenle işe girdim geceleri çalışıyorum. Çok masrafımız oluyor tedavi sürecinde. Çünkü özele de gitmemiz gereken zamanlar oluyor ya da biraz evvel de söylemiştim bazen taksiye binmemiz gerekiyor. Bütün bunlar ekstra masraf. Mecburum çalışmaya."*

*(52 yaş, bay, hastanın eşi)*

*"Ben işi bırakınca bir maaş gitti tabi. Benim maaşım önemli bir maaştı. Şimdi emekli maaşları ile idare etmeye çalışıyoruz. Getir götür, tedavi masrafları insanın belini büküyor. Bir de banka borcu falan. Zaten ben onlara çalışıyordum. Bunlar hayatın gerçekleri ama yeter ki o iyi olsun."*

*(53 yaş, bayan, hastanın kızı)*

Ekonomik güç her alanda olduğu gibi hastalıkla mücadelede de etkin bir rol oynamaktadır. Literatürde gelir düzeyi düştükçe kanser hastasına bakım veren yakınlarının bakım ve diğer yaşantıları ile ilgili stresörlere uyum sağlayamadığı, kendine ve başkalarına karşı yıkıcı davranışlarda bulunduğu, yüksek düzeyde anksiyete yaşadığı, çevresinden kendini izole ettiği ve yaşam kalitesinde düşüş olduğu vurgulanmaktadır (Akgün Şahin ve ark. 2009, Yun ve ark. 2005, Given ve ark. 2005). Kanser pahalı ve sürekli bakım gerektiren bir hastalık olması nedeniyle ailenin ekonomik kaynaklarını tüketmektedir. Bu süreçte bazı hasta yakınları sahip oldukları bütün ekonomik kaynakları kullanarak, bazıları ise çeşitli şekillerde borçlanarak büyük bir ekonomik sıkıntının içerisinde girmektedir (Özçelik ve Fadiloğlu 2010, Yun ve ark. 2005, Larsen ve Tishelman 2002). Araştırmada, tedavi giderleri için harcanan miktarların yüksek ve bakım vericilerin gelir durumunun yetersiz olması hasta bireylerin temel ihtiyaçlarını karşılamalarına engel olduğundan; bakım verme yükünün artmış olabileceği düşünülmektedir.

## **Tema 7: İş Yaşamı İle İlgili Değişiklikler**

Bazı katılımcılar yakınlarına konan kanser tanısı sonrası işlerini bırakmak zorunda kaldıklarını bazıları ise çalışma saatlerinde değişiklik yaptıklarını ifade etmişlerdir.

*"Babama tanı konduktan sonra çok sık izin istemeye başladım işten. Bu da tabii patronların pek hoşuna gitmiyor. Korktum bir ara işten çıkarırlar diye. Sonra gidip konuştum. Allah razı olsun, vardiyalı sisteme geçirdiler beni. Şimdi tedavi zamanına göre vardiyalarımı ayarlıyoruz."*

*(35 yaş, bay, hastanın oğlu)*

*"Ben ocak ayına kadar çalışıyordum. Çok yoğun bir çalışma tempom vardı. Ama annemin hastalığı ortaya çıkınca işi bıraktım. Ocak 18 de teşhis kondu 20 Ocak'ta işi bıraktım. O günden beri evdeyim yani. 25 senedir çalışıyordum ben. Bu iş olmasaydı bir 5 yıl daha çalışırdım. Annenizin ömrü çok az dediler. Bende onun yanında olmak için işi bıraktım. Dört ay içinde ölecek gibi geliyordu. Şimdi beşinci aydayız, Şükür Allaha tabii bu güne kadar yaşadım."*

*(49 yaş, bayan, hastanın kızı)*

Bakım verme yükünü tespit etmek için yapılan çalışmalarda bakım vericilerin bakım verme yükü puan ortalamaları ile sorumlulukların etkilenme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (Akgün Şahin ve ark. 2009, Malak ve Dicle 2008). Yun ve ark. (2005)'nin kanserli hastaların bakım vericileriyle yaptıkları çalışmada gelir durumu düşük olan aile üyelerinin, kendi yaşam koşullarını hastalık ve tedavi sürecine göre değiştirmek zorunda kaldıkları bildirilmiştir. Araştırmada, yapılan görüşmeler sonrası hasta yakınlarının bakım vermek için işlerinden ayrıldıkları veya çalışma saati değişimine gittikleri belirlenmiştir. Bu durumun, hasta yakınlarını ve ailelerini olumsuz yönde etkileyeceği için sosyal ve duygusal sorunları da beraberinde getireceği düşünülmektedir.

### **Tema 8: Geleceğe Yönelik Beklentiler**

Araştırmaya katılan hasta yakınlarının bir kısmı "geleceğe yönelik hiç plan yapmadıklarını, günü yaşadıklarını" ifade ederken bir kısmı da "hayattan beklentilerinin hiç eksilmediğini ve geleceğe yönelik planları olduğunu" ifade etmişlerdir.

*"Bu hastalıktan dolayı geleceğe yönelik hiçbir şey planlayamıyorum. Babamın hastalığına odaklandık gidiyoruz. Yarın ne getirir bilmiyorum."*

*(39 yaş, bay, hastanın oğlu)*

*"Ben hayattan hiç kopmadım eskiden nasılsam şimdi de öyleyim. İlk tanıyı öğrendiğimde buradaki psikiyatristlerden destek aldım. Onlar da bana eskiden nasılsan öyle olmaya devam et dediler. Hep onu uyguladım. Eşimin hayata bağlılığı benim gücümü arttırıyor. Ama hayattan koparsa bitti, bende koparım."*

*(56 yaş, bay, hastanın eşi)*

*"Bütün bu olumsuzluklara rağmen hayattan beklentilerim var. Kızım nişanlı benim. Bu tanıyı öğrendi ve hemen nişanlısına söyledi. İstemezsen ayrılalım dedi. Ama öyle iyi insanlarmış ki, eskisinden de fazla destek oldular kızıma. Oğlumun sınava girip tıbbi*

*kazanmasını istiyorum. Bir de eşimin çok iyi bir kalp nakli olmasını tabi. Bütün bunlar benim geleceğim."*

*(48 yaş, bayan, hastanın annesi)*

Kanserin hastalar ve hasta yakınları üzerinde geleceğe dair belirsizlik oluşturduğu yapılan araştırmalarla kesinleşmiştir. Bu belirsizlik ve oluşun kriz durumuyla mücadele etme bireyler üzerinde fiziksel, duygusal ve sosyal sorunlara yol açmaktadır (Atagün ve ark. 2011, Babaoğlu ve Öz 2003, Bilge ve Ünal 2005, Given ve ark. 2005, Kardeş Özdemir ve ark. 2009). Bu bulgular ışığında araştırma kapsamında görüşülen hasta yakınlarının geleceğe dair umutlarının devam ettiği, fakat şu andaki kriz durumuna yöneldikleri, kriz geçince (hastalık iyileşince) yaşamlarına devam edeceklerine dair görüşlerinin yaygın olduğu söylenebilir.

### **SONUÇ VE ÖNERİLER**

Sonuç olarak kanserden, kanser hastası ile birlikte ailesinin de etkilendiği görülmektedir. Bu araştırmada hasta yakınları ile yapılan odak grup görüşmeleri sonunda sekiz tema belirlenmiştir. Bu temalar incelendiğinde hasta yakınlarının fiziksel ve duygusal durumları, sosyal ve aile içi ilişkileri, iş yaşamları ve ekonomik durumları ile ilgili sorunlar yaşadıkları görülmektedir. Bu doğrultuda;

- Kanserli hastaya ve ona bakım verenlere kanser tanısının öğrenildiği ilk andan başlayarak eğitim verilmesi ve bu durumla nasıl başa çıkacakları konusunda davranış geliştirmelerinin sağlanması
- Bakım verenlerin sağlık durumlarının belirli aralıklarla bütüncül olarak kontrol edilmesi (yeterli uyku uyuma durumları, stres ve depresyon belirtilerinin gözlenmesi)
- Kanser hastası olan ailelerin maddi olarak desteklenmesi ve evde bakım hizmetlerinin artırılması ile yakınların yüklenmek zorunda kaldıkları sorumlulukların azaltılması
- Bakım verenin yükü ve karşılaştığı sorunların, ülkemizde daha kapsamlı çalışmalarla incelenmesi önerilmektedir.

### **KAYNAKLAR**

- Akgün Şahin Z, Polat H, Ergüney S. (2009). Kemoterapi alan hastalara bakım verenlerin bakım verme yüklerinin belirlenmesi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 12 (2): 1-9.
- Atagün Mİ, Balaban ÖD, Atagün Z ve ark. (2011). Kronik hastalıklarda bakım veren yükü. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, 3(3): 513-552.
- Babaoğlu E, Öz F. (2003). Terminal dönem kanser hastasına bakım veren eşlerin duygusal ve sosyal sorunları arasındaki ilişki. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi, 2: 24-33.
- Bektaş HA, Özer ZC. (2009). Reliability and validity of the caregiver quality of life index-cancer (CQOLC) scale in Turkish cancer caregivers. Journal of Clinical Nursing, 18: 3003-3012.
- Bilge A, Ünal G. (2005). Kanserli hastanın yakınlarının öfke ve kaygı düzeylerinin belirlenmesi. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 21(2): 37-46.

- Cameron JI, Franche RL, Cheung AM at all (2002). Lifestyle interference and emotional distress in family caregivers of advanced cancer patients. *Cancer*, 94(2): 521-7.
- Cimete G. (1998). Evde sağlık bakım hizmetlerinin tarihsel gelişimi ve evde bakımda hemşirenin yeri. I. Ulusal Evde Bakım Kongresi Kitabı, 7-16.
- Given BA, Given CW, Kozachik S. (2001). Family support in advanced cancer. *Cancer J Clin*. 51: 213-231.
- Given BA, Wyatt G, Given C ve ark. (2005). Burden and depression among caregivers of patients with cancer at the end-of-life. *Oncol Nurs Forum*, 31(6): 1105-1117.
- Gözüm S, Akçay D. (2005). Response to the needs of turkish chemotherapy patients and their families. *Cancer Nursing*, 28(6):469-475.
- Kardaş Özdemir F, Akgün Şahin Z, Küçük D. (2009). Kanserli çocuğu olan annelerin bakım verme yüklerinin belirlenmesi. *Yeni Tıp Dergisi*, 26: 153-158.
- Kasuya RT, Polgar B, Takeuchi R. (2000). Caregiver burden and burnout. *Postgraduate Med*, 108(7): 119-123.
- Kılıç S, Kömürcü Ş, Rzaev M ve ark. (2004). Gata Tıbbi Onkoloji Bilim Dalında izlenen hastaların bazı sosyodemografik özellikleri ve tanıları. *Güllhane Tıp Dergisi*, 46 (2):115-124.
- Kim Y, Given BA. (2008) Quality life of family caregivers of cancer survivors. *Cancer*, 112 (Supp. 11): 2556-2568.
- Kümbetoğlu B. (2008). Sosyolojide ve Antropolojide Niteliksel Yöntem ve Araştırma. Bağlam Yayıncılık, İstanbul, 96-102.
- Larsen AW, Tishelman C. (2002). Advanced home care for cancer patients at the end of life: a qualitative of hopes and expectations of family caregivers. *Scand J Caring Sci*, 16; 240-247.
- Malak AT, Dicle A. (2008). Beyin tümörlü hastalarda bakım verenlerin yükü ve etkileyen faktörler. *Türk Nöroşirürji Dergisi*, 18(2): 118-121.
- Marshall MN. (1996). Sampling for qualitative research. *Family Practice*, 13: 522-525.
- Neergaard MA, Olesen F, Jensen AB, Sondergaard J. (2008). Palliative care for cancer patients in a primary health care setting: Bereaved relatives' experience, a qualitative group interview study. *BMC Palliative Care*, 7(1): 1-8.
- Öz F. (1998). Ailede kanser olgusu. *Hemşirelik Forumu*, 1(5):206-211.
- Özçelik H, Fadiloğlu Ç. (2010). Kanser hastaları ve aileleri için palyatif bakım. Ed. Özçelik H, Fadiloğlu Ç, Uyar M, Karabulut B, Üniversiteliler Ofset, İzmir.
- Sönmez Y, Söylemez D, Sur H. (2004). Kanser tedavisi gören hastaların yakınlarının depresyon durumlarının değerlendirilmesi. *Modern Hastane Yönetimi Dergisi*, 8(1):1-17
- Tong A, Sainsbury P, Craig J. (2007). Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *International Journal for Quality in Health Care*, 19(6): 349-357.
- Xiaomei M, Herbert YU. (2006). Global burden of cancer. *Yale Journal of Biology and Medicine*, 79(3-4): 85-94.
- Yun HY, Rhee YS, Kang IO ve ark. (2005). Economic burden and quality of life of family caregivers of cancer patients. *Oncology*, 68: 107-114.

## HEMŞİRELİKTE KARIYER GELİŞTİRMEDE YENİ BİR YAKLAŞIM: YÖNDERLİK

### A NEW APPROACH ON CAREER DEVELOPMENT IN NURSING: MENTORING

**Yard.Doç.Dr. Fahriye VATAN\* Prof.Dr. Ayla BAYIK TEMEL\*\***

\*E.Ü. Hemşirelik Fakültesi Hemşirelikte Yönetim AD. Başkanı

\*\*E.Ü. Hemşirelik Fakültesi Halk Sağlığı Hemş. AD.

### ÖZET

Dünya literatüründe 1980'li yıllardan beri söz edilmekte olan, ancak ülkemizde son zamanlarda öneminin farkına varılarak kurumlar için vazgeçilmez uygulamalardan biri haline gelen "yönderlik / mentorluk" kavramı, hemşirelik için de önem taşımaktadır. Yönderlik, günümüzde bir kariyer geliştirme aracı olarak hem kurumlara hem de bireylere yararlar sağlayan uygulamalar arasındadır. Hemşirelikte de gerek akademik yaşam içinde gerekse hizmet ortamında, yönderlik kavramı oldukça önemli bir yer tutmaktadır. Yapılan araştırmalar, bu kavramın daha etkin işletilmesini önermektedir. Bu derleme makalede, yönderlik kavramının kavramsal bir çerçevede incelenmesi ve hemşirelikte kullanımının sağlayacağı yararların tartışılması amaçlanmıştır. Bu kapsamda yönderliğin tanımı, uygulama süreci, hemşirelikte önemi açıklanmış ve yönderlik ile ilgili araştırma örneklerine yer verilmiştir.

Bu açıklamaların, ülkemizde konu ile ilgili hemşirelik literatürüne katkı sağlayarak, hemşirelerin bu yeni kavram konusunda bilgilencmelerine, yönderlik girişimlerinin hemşirelik uygulamaları ve eğitiminde yer verilmesinde rehber olacağı düşünülmektedir.

**Anahtar Sözcükler:** Yönderlik, hemşirelik, kariyer geliştirme.

### ABSTRACT

*Even though it has been taken place in the world's literature since 1980's, the concept of "Mentoring" has been recognized recently in our country and became an indispensable application for institutions; it has also importance for nursing profession. Mentoring, nowadays, is one of the most contributing applications to the institutions and to the individuals as a career development tool. The "mentoring" concept has a very important role in academic life as well as practice in nursing. Conducted researches suggest more efficient implementation of this concept. In this article, it was aimed to review the concept of mentoring and to discuss the advantages of its usage in nursing. In this content, definition of mentoring, implementation process, importance of mentoring in nursing were explained and research examples as mentoring interventions in nursing were given.*

*It is considered that these explanations in this article will contribute to the nursing literature in this area and will support nurses to get knowledge on this concept and will guide mentoring interventions in nursing practice and in nursing education.*

**Keywords:** Mentoring, nursing, career development.

## GİRİŞ

Kurumlar için çalışanları diğer bir deyişle insan kaynağı, en kıymetli değerlerin başında gelmektedir. Çalışanları işte tutabilmenin gittikçe önem kazandığı, kaybedilen her çalışanın sistemden bir parça eksilmesi anlamına geldiği günümüzde, geçmişte "olsa iyi olur ama olmasa da olur" biçiminde tanımlanan yönderlik uygulaması, kurumlar için vazgeçilmez uygulamalardan biri haline gelmiştir (Baltaş 2006).

Özellikle son beş yıl içinde bilgi teknolojilerinin gelişimi ve eğitilmiş personel sayısının artması, öte yandan yoğun rekabetle başa çıkma mücadeleleri yöneticilerin rolünde büyük farklılıklar yaratmıştır. Yöneticinin emir verme ve kontrol etme yerine, destekleme ve yol gösterme yetkinliklerinin ön plana çıkması, yirminci yüzyılda çok popüler olan "motivasyon" ve bunun ötesinde "koçluk", "yönderlik" uygulamalarının daha çok yaygınlaşmasına katkıda bulunmuştur (Budak 2008).

Yöneticiler artık değişik roller oynamalarının gerekliliğini kabul ederek, yeni rolleri için "komuta ve kontrol" değil, "geliştirme, yönderlik" yaklaşımını benimsemektedirler. Bu yaklaşımla, "yönetici" yerine "takım lideri", "grup koçu", "lider", "yönder/yol gösterici" ve "koç/yetiştirici" gibi hiyerarşi temeli olmayan unvanların kullanıldığı fark edilmektedir. Çınar (2007), bu şekildeki rol değişimlerinin, organizasyonların basıklaşmasını, liderlik ve koçluk uygulamalarının ön plana çıkmasını ve sıfır hiyerarşiye gidişi sağlayacağını belirtmiştir. Kişisel kariyerin geliştirilmesinde eğitimin önemi tartışılmazdır ancak bu eğitimi kullanılabilir ve yararlı kılan da uygulamaya geçirebilmektir. Genç çalışanların çalıştıkları sektöre, kuruma ve kurumun kültürüne daha rahat uyum sağlamaları, üstlerinin rehberliğinde gerçekleşmektedir. Bu nedenle yönderlik günümüzde hem kurumlara hem de bireylere büyük artılar getiren hizmetlerin arasında yerini almaktadır (Çınar 2007).

Yönderliğin önemi hemşirelikte de yadsınamaz. Günümüzde gerek özel sektörde, gerekse kamu sektöründe istihdam edilen hemşireler ne kadar iyi bir eğitim alsalar da yanlarında kendilerini destekleyerek rehberlik edecek bir uzman ve rehber ihtiyacı duyabilirler. Özellikle işe yeni girenlerde bu gereksinim daha yüksektir. Bu aşamalarda hemşirelerin işe uyumlarını kolaylaştıran ve kariyer basamaklarında daha rahat ilerleyebilmelerini sağlayan "yönderlik" süreci ön plana çıkmaktadır. Yönderlik süreci, bu nedenle hemşirelerin mezuniyet öncesi eğitiminde de gerekli bir süreçtir.

Bu derleme makalede yönderlik kavramının kavramsal bir çerçevede incelenmesi ve hemşirelikte kullanımının sağlayacağı yararların tartışılması amaçlanmıştır.

### Yönderliğin Tanımı ve Amaçları

Yönderlik; danışman (advisor), destekleyici (sponsor), öğretmen (tutor), avukat (advocate), koç (coach), koruyucu (protector), rol modeli (role model) ve rehber (guide) görevlerini kapsayan akıl öğretici ilişkiler bütünüdür (Ceylan 2004). Yönder teriminin sözlük anlamı, "akıllı ve güvenilir öğretmen veya kılavuz" dur (Redhouse English-Turkish Dictionary 1990). Yönder aracılığıyla yetiştirilen kişiyi ifade etmek için en yaygın olarak kullanılan terim, "mentée / protégé" dir. Bu teriminin sözlük anlamı ise, "etkili ve önemli bir insanın patronluğu, rehberliği ve himayesi altında bulunan



kişi" dir. Bu terimin yanı sıra, çırak (apprentice), öğrenci (student), vesayet altındaki kişi (pupil), asistan (understudy), ortak (partner) v.b. terimler de kullanılmaktadır (Ceylan 2004).

Günümüzde "Yönderlik" sözcüğünün iş yaşamındaki kullanım alanına baktığımızda, sözcüğün Türkçe karşılığı tam olarak yerine oturmadığı için, özgün İngilizce adı (mentorluk) ile anıldığı görülmektedir. Türk Dil Kurumu'nun Güncel Türkçe Sözlüğü'nde, mentor sözcüğünün karşılığı olarak "yönder" sözcüğü yer aldığı için; bu çalışmada "mentorluk" sözcüğünün yerine "yönderlik", "mentor" sözcüğünün yerine "yönder" ve "mentée" sözcüğünün yerine ise "danışan" sözcüğü kullanılacaktır (Türk Dil Kurumu Güncel Türkçe Sözlük 2011).

Yönderlik, genel bir tanımlamayla kişisel ve mesleki gelişime yardımcı olmak üzere deneyimlerini, uzmanlıklarını ve düşüncelerini paylaşan iki insan arasındaki bir anlaşmadır. Bir başka ifadeyle yönderlik; eğitimi, öğrenmeyi ve gelişmeyi amaçlayan bir yardımlaşma ve paylaşma ilişkisidir (Andrews ve Wallis 1999, Barutçugil 2004, Hayes 2005, Baltaş 2006, Barker 2006, Bally 2007, Kilcullen 2007, Zerzan ve ark. 2009). Yönderlik, eğitim süreci ile gerçek yaşam deneyimi arasında köprü kurmaya yarayan bir süreçtir (Barker 2006). Örgüt kültürüne karşı duyarlılık oluşturmayı, hedef ve değerlere bağlılık yaratmayı, önceden gerekli önlemleri alarak kariyer hedefleri belirlemeyi ve daha güçlü ast-üst ilişkileri yaratmayı amaçlayan koçluk fonksiyonudur (Ceylan 2004).

Andrews ve Wallis (1999) yönderliği, "daha ileri deneyimli ve bilgili kişiler (yönder) ile daha az deneyimli ve daha az bilgili kişilerin (danışan) eşleştirilmesi ve bu kişilerin bireysel ve mesleki gelişimlerinin ileri derecede sağlanmasını amaçlayan sosyal destek şekli" olarak tanımlamışlardır.

Yönder; birinin yeni bir şeyler öğrenerek kendini geliştirmesine yardımcı olan kişidir (Luecke 2007). Başka bir ifadeyle yönder, daha az deneyimli bir çalışanın gelişmesi için ona yardım eden, yol gösteren deneyimli bir çalışan ya da yöneticidir (Bally 2007, Zerzan ve ark. 2009). Bu ilişkide yönder, kendisinden daha az deneyimli bir kişinin bilgi ve beceri kazanması için zaman ve çaba harcayarak onun verimliliğini ve başarısını artırır. Yönderden yardım alan kişi de, yönderin fikirlerinden ve deneyimlerinden aktif olarak yararlanıp kişisel ve mesleki gelişimini yönlendirmektedir (Barutçugil 2004).

### **Yönderlik Sürecinin Aşamaları**

Yönder ile danışan arasındaki ilişki rastlantısal ve kendiliğinden gelişen bir süreç değildir, aksine bu ilişki düzenli bir gelişim izler. Yönderlik yapan kişi, genelde danışmanlık yaptığı çalışandan yaşlıdır ve bu yaş farkının ortalama 8 ile 15 yaş arasında olması önerilmektedir. Aynı zamanda yönderler, örgüt içinde gücü ve statüsü yüksek olan kişilerdir. Bunun sonucunda yönderler, geleceğin başarılı yöneticilerini herhangi bir baskı altında kalmadan rahat bir ortamda yetiştirebilirler. Yönder ve danışan arasındaki ilişki, genelde yönderlik yapan kişinin tercihiyle başlar. Çünkü bu kişi, yönderlik yapacağı kişide onu etkileyen bir takım şeyler sezinler. Bazen de çalışanlar özel bir ilişki yoluyla yönderlerine ulaşabilir ve dikkatlerini çekebilirler.

Ancak kim başlatırsa başlatsın, bu tür bir ilişkiye iki grubun da istekli olması ve bu ilişkinin kurum tarafından desteklenmesi gerekmektedir (Hayes 2005, The Peer Resources Network 2008).

Başarılı bir yönderlik süreci ve ilişkisi dört aşamada gerçekleşmektedir (Kram 1983, Barutçugil 2004, Hayes 2005, Özkalp ve ark. 2006, Barker 2006, Çınar 2007):

**1. Başlatma:** Yönderler genç çalışanların kendi görüş ve deneyimlerine ihtiyaç duymasından, genç çalışanlar da deneyimli kişilerin kendilerine verdiği önemden mutluluk duyarlar.

**2. Yetiştirme:** Bu aşamada denge ve karşılıklı memnuniyet en üst düzeydedir. Taraflar birbirlerini ve aralarındaki ilişkiyi daha gerçekçi olarak algırlar ve uygulamaya dönük hedefler yönünde gelişme gösterirler.

**3. Ayrılık:** Bu aşamada taraflar ilişkinin artık her iki tarafın ihtiyaçlarını karşılamadığını düşünürler. Yönder ve danışan, aralarındaki resmi ilişkiyi, alıp verilecek bir rehberlik olmadığı düşüncesiyle sona erdirirler. Karşılıklı olarak bu ilişkiden vazgeçerler.

**4. Yeniden tanımlama:** Taraflar arasındaki ilişki olgunlaşır ve biçimsel yönderlik ilişkisinin ötesine geçer. Her iki taraf birbirini dost ve arkadaş olarak görür. Aralarındaki ilişki artık kişisel ve mesleki gelişimi doğrudan etkilemez.

Özkalp ve ark.(2006)'nın belirttiğine göre, genel literatürde bazı yazarlar bu aşamaların sürelerinin olmadığını veya olamayacağını savunurlarken diğerleri ise, her aşamanın belirgin sürelerde oluştuğunu vurgulayarak, bunun nedenini de her ilişkinin kendine özgü oluşuna bağlamaktadırlar. Kram (1983), yönderliğin ilk sistematik açıklaması olarak kabul edilen çalışmada; birinci aşama olan başlangıç aşamasının altı ay ile bir yıl arasında sürdüğünü ve ilişkinin başlatıldığı bu dönemin her iki taraf için de önemli olan bir süreç olduğunu açıklamıştır. İkinci aşamanın ise; iki ile beş yıl arasında sürdüğünü, bu aşamada ilişkinin giderek derinleştiğini ve kariyer fonksiyonları ve psikososyal fonksiyonların en yüksek düzeye ulaştığı dönem olduğunu belirtmiştir. Ayrılma aşamasında; artık yönderden yardım alanların bağımsızlıklarını elde etmek istemeleri ile sürecin sonlandığını, mevcut rollerine veya fırsatlara bağlı olarak bu kişilerin yeni çalışma yerlerine giderlerken, yönderlerin de başka bir yere geçirildiğini bildirmiştir. Ayrılma bazen, yönderin hastalık gibi bir nedenle artık gerekli desteği veremeyeceğini ifade etmesiyle de sonlanabilmekte ve bu durum, iki taraf için de stresli olabilmektedir. Ayrılma her iki taraf için ne kadar anlayışla karşılanırsa, bu ilişki gelecekte de o kadar anlamlı olacaktır. Yeniden tanımlama aşaması ise ilişkinin sona erdiği ve bağlılık sürecinin yakın bir arkadaşlığa ve dostluğa dönüştüğü aşamadır. Bu dönemde artık, yönder ve danışan birbirini aynı mesleğin eşit kişileri olarak nitelemekte ve yönderlik süreci farklı bir ilişkiye girerek sonlanmaktadır. Yönder olan kişi bu başarılı ilişkiyle ve yetiştirdiği insanla gurur duymakta ve bir tamamlama duygusuna sahip olmaktadır. Aynı şekilde danışan da yönderine karşı saygınlığını sürdürerek minnet duygularını geliştirmektedir (Kram 1983).

Hunt ve Michael (1983) ise benzer biçimde sıraladıkları yönderlik süreci basamaklarında, ilişkinin başlamasından altı ay ile iki yıl arasında, kariyerde ilerleme ile bu sürecin sonlandığını belirtmektedirler.

Yönder ve yetiştirdiği kişi arasındaki ilişkinin kalitesi, yönderlik sürecinin temelini oluşturmaktadır. Andrews ve Wallis (1999)'in belirttiğine göre, bu ilişki ortaklık haline dönüşüp karşılıklı saygıyı temel aldığı anda, etkili öğrenme ile sonuçlanmaktadır. Ancak bu süreçte yönderin kişiliği ve sahip olduğu niteliklerinin önemi de ayrıca vurgulanmaktadır.

Yönderlik davranışları ile ilgili olarak, 27 yönderin incelendiği niteliksel bir çalışmadan elde edilen sonuçlara göre en önemli özellikler; dinleme ve iletişim yetenekleri, sabır, kurum hakkında bilgi ve okuma ve diğerlerinin gereksinimlerini anlama yeteneği olarak öne çıkmıştır. Yönderlik ilişkisi; açık iletişim sistemi, hedef belirleme, standartlar, beklentiler ve güven ihtiyacı gerektirmektedir (Barker 2006).

Etkili yönderlik sürecinde yönder ve danışan arasındaki ilişkinin niteliğine ilişkin farklı görüşler yer almaktadır. Bazıları bu ilişkinin derin, kişisel ve duygusal bir ilişki olması gerektiğini öne sürerken; bazıları da resmi bir işbirliği olması gerektiğini savunmaktadır (Andrews ve Wallis 1999). Ancak, yönderlik ilişkisinin diğer kişiye bağlılık, ahkam kesmek, kontrol kurma, anne-baba rolüne girme, söz verip yerine getirmeme, danışan adına karar verme, duygusal ilişkiye girme, danışana pahalı hediyeler alma gibi davranışları gerektirmediği ve sonsuza kadar süren bir ilişki olmadığı iyi bilinmelidir (National Graduate Development Programme 2008).

### **Yönderliğin Uygulanmasında Başarısızlık Nedenleri**

Yönderlik uygulamasında başarısızlık nedenlerinin bazıları şu şekilde açıklanabilir: Fazla emir verici yaklaşım, zayıf iletişim, fazla içli dışlı olunması, dinlememek, empati yoksunluğu, mahremiyetin bozulması, diğer iş yüklerinden sıyrılmamak, zaman kısıtlılığı, etkin olmayan planlama, rollerin anlaşılması, beklentilerin yetersiz tanımlanması ve fazla süreç odaklı/bürokratik olmaktır (Beecroft ve ark. 2006, National Graduate Development Programme 2008, Zerzan ve ark. 2009).

Yukarıda sıralanan başarısızlık nedenleriyle birlikte, yönderlik sürecinde, zararlı bazı yönder tipleri de bu süreci başarısız kılmaktadır. Bu zararlı yönder tipleri şu şekilde sıralanmaktadır (Barker 2006):

- 1. Gözardı ediciler:** Bunlar, destek için hiçbir zaman ulaşılamayan, telefonlara yanıt vermeyen, bildirdiği görüşme saatlerinde asla odasında bulunmayan tiplerdir.
- 2. Baştan savıcılar:** Bu kişiler, yardım alan bireyin gelişiminden tamamen kendisinin sorumlu olduğuna inanırlar, öğrenmeyi kolaylaştırıcı hiçbir eylemde bulunmazlar.
- 3. Engelleyciler:** Bu kişiler, yardım alan bireyin başarılı olması için gerekli bilgileri gizleyerek, başarılı olma çabalarını engellerler. Bu durum oldukça tehlikelidir.
- 4. Yıkıcı eleştiriciler:** Bu kişiler sorunlu ebeveynlere benzerler. Yardım alan bireyi ne kadar eleştirirlerse ve başarılarını engellerlerse, onları gerçek hayatın acımasızlıklarına hazırlayabileceklerini düşünürler.

### **Başarılı Bir Yönderlik Uygulaması İçin Öneriler**

Yapılandırılmış bir kurumsal yönderlik programının, kurumun özgün koşullarına uygun biçimde tasarlanması gerekmektedir. En kısa 18 ay, çoğu kez 3 yıla kadar süren

yönderlik programının aksamadan sürmesi ve gerçekten hem bireyler hem de kuruma değer yaratabilmesi için kurum temsilcileriyle ve dışarıdan danışmanlık olarak yapılmasında yarar vardır (Baltaş 2006).

Yönderlik programının en kritik aşaması, yönder ve yardım alacak bireyin seçilmesi ve eşleştirilmesidir. Eşleştirme aşamasında öncelik yönderlik alandadır, birey kendi yönderini seçmelidir. Daha sonraki adımda yönder ve danışanlar, eğitim programından geçirilmelidir (Andrews ve Wallis 1999, Rawling 2002, Block ve ark. 2005, Baltaş 2006).

Hayes (2005), yönder ile yetiştirdiği kişinin, aynı coğrafi bölgede yaşıyor olmasının, düzenli aralıklarla buluşabilmeleri açısından ideal olduğunu belirtmektedir. Ancak, yetiştirilen kişinin, özellik gerektiren bir alanda uzmanlığa ihtiyacı olması durumunda, arada mesafenin olduğu yönderlik ilişkileri de gün geçtikçe yaygın hale gelmektedir. Uzak mesafeli yönderlik ilişkilerinin yürütülmesinde; öncelikle yüz yüze iletişim kurulması, belirli aralıklarla bire bir görüşmelerin yapılması ve beklentilerle hedefler konusunda olabildiğince açık olunması önerilmektedir (Zerzan ve ark. 2009).

Beecroft ve diğ. (2006) yaptıkları çalışma sonucunda, yönder ve danışan kişi arasında kurulacak başarılı bir yönderlik ilişkisinde, düzenli bir biçimde gerçekleştirilecek yüz yüze görüşmelerin gerekli olduğunu belirtmişlerdir. Ayrıca, program öncesinde yönder ve danışan için yeterli ve uygun bir eğitimin titizlikle ele alınmasını vurgulamışlardır. Yönderlik programına katılacak yeni mezun hemşirelerin, kısıtlı zamanlarını ayıracakları bu programa istekli ve gönüllü olmalarının da önemli bir gereklilik olduğunu bildirmişlerdir.

Başarılı bir yönderlik programının tasarlanması ve uygulanması için insan kaynakları yöneticilerinin bilmesi ve dikkat etmesi gereken bazı önemli özellikler şunlardır:

- Yönderlik programı, kurum kültürüne ve iş ortamının özelliklerine uygun olmalı, "kültürel uyum" sağlanmalıdır (Barutçugil 2004, Bally 2007).
- Gerçek konulara, hedeflere ve gelişim konularına odaklanılmalıdır (Baltaş 2006).
- Programın hedefleri açık olmalıdır. Amaçların neler olduğu ve programın başarılı olması durumunda hangi sonuçların elde edileceği açıklıkla belirlenmelidir (Rawling 2002, Barutçugil 2004, Hayes 2005, Barker 2006, Beecroft ve ark. 2006).
- Yönderlik ilişkisinin tarafları dikkatli bir şekilde seçilmelidir. Eşleştirmenin temel ölçütü tarafların birbirini anlayabilmesi ve birbirlerini anlamak istemesi olmalıdır (Barutçugil 2004, Hayes 2005, Barker 2006, Luecke 2007).
- Yönderlik sürecinde tarafların ilişkiden yarar sağladığından emin olunmalıdır. Bu nedenle, ilişkinin düzeyi ve sağladığı gelişme yakından izlenmelidir (Barutçugil 2004, Barker 2006).
- Yönderlik programına alınacak genç çalışanların gerçekte neye gereksinim duyduklarını anlamak için, ciddi bir ihtiyaç analizi yapılmalıdır (Rawling 2002, Barutçugil 2004, Hayes 2005, Luecke 2007).
- Yönder olarak görev alacak kişilerin de bu süreçten yarar sağlayacaklarını, ayırdıkları zaman içinde kendilerinin de gelişeceğini bilmeleri sağlanmalıdır (Barutçugil 2004, Hayes 2005, Barker 2006, Luecke 2007).

## Hemşirelikte Yönderliğin Önemi

Hastaneler, kurumun başarısında hekimler ile hastalar arasında önemli bağlantı sağlayan, çok sayıda hemşirenin görev aldığı sağlık kurumlarıdır. Yirmi birinci yüzyılda gelişen teknoloji, personel yetersizliği, kısıtlı bütçe gibi sorunlar ile mücadele eden sağlık bakım kurumlarında, hemşirelerin liderlik özelliklerini geliştirmeleri gittikçe daha önemli hale gelmektedir. Sağlık kurumlarında yaşanan bu değişimler, yönderlik gibi yeni yönetim ve liderlik becerilerini gerektirmektedir (Andrews ve Wallis 1999, Hayes 2005, Phelps 2005, Barker 2006, Bally 2007, Kilcullen 2007, Zerzan ve ark. 2009).

Hastanelerde son dönemlerde hemşireleri işte tutma konusunda zorluklar yaşanmakta ve hemşireler iş doyumsuzluğu nedeni ile istifa etmektedirler. Bu nedenle hastanelerde, hemşirelerin iş doyumunu artırmak, işte kalmalarını sağlamak ve böylece hasta bakım sonuçlarını iyileştirmek için, biçimsel yönderlik programlarının geliştirilmesi ve uygulanması önerilmektedir (Andrews ve Wallis 1999, Block ve ark. 2005, Hayes 2005, Phelps 2005, Barker 2006, Beecroft ve ark. 2006, Bally 2007, Kilcullen 2007, Zerzan ve ark. 2009).

Günümüzde hemşireler, hizmet alan bireylerin istemlerinin ve kurumun hedeflerinin yerine getirilmesinde önemli bir iş gören grubunu oluşturmaktadır. Hastalık ve sağlıkla ilgili yeni gelişmeler, hemşirelere yeni rollerin verilmesini sağlamıştır. Yirmi birinci yüzyıl hemşiresinden; araştırmacı, yeniliklere açık, ekip çalışmasına önem veren, girişimci, eleştirel düşünme yeteneğine sahip ve hasta bakımı verirken liderlik yeteneklerini de kullanabilen bir profesyonel olması beklenmektedir. Hemşirelerin, hastanın bakımı ve tedavisi yanı sıra, yönetsel rolleri de bulunmaktadır. (Sullivan ve Decker 2001). Yönderlik, hemşirelerin liderlik becerilerini geliştirerek, yönetsel rollerini gerçekleştirmelerine fırsat verir ve hem kişisel hem de mesleki ilerlemelerine katkı sağlar (Block ve ark. 2005).

Hemşirelikte yönderlik kavramı, ilk kez Kuzey Amerika'da başlamış, daha sonra Birleşik Krallık'ta hemşirelik eğitiminde diploma düzeyinde ele alınmıştır. Birleşik Krallık'ta "yönder" kavramı, öğrencinin öğrenmesini kolaylaştıran ve ona destek olan deneyimli hemşireleri tanımlamak için kullanılmıştır (Kilcullen 2007).

Bu kavram 1980'li yıllardan beri hemşirelik literatüründe yer almış ve 1990'lı yıllarda pek çok bilimsel kaynağın yayınlanmasıyla, konuya ilgi giderek artmıştır. Başlangıçtaki literatürün çoğu, yönderliğin tanımı, yönderin rol ve işlevlerine ilişkin bilgi açığını kapatmaya yönelik olmuştur (Andrews ve Wallis 1999).

Yönderlik süreci hemşirelik eğitimi alanında da yaygın kullanılmıştır. Bu alanda yapılan çalışmalar, hemşire öğrencilerin klinik ortamda yönderlik ile desteklenmeleri durumunda, öğrenmelerinin daha iyi olduğunu göstermiştir (Andrews ve Wallis 1999).

Yönderlik, hemşirelikte kariyer geliştirme aracı olarak da kariyer yönetim sürecinde önemli bir yere sahip gelişimsel ilişkilerden biridir. Kariyer sürecinin başlangıcında tüm hemşireler kişisel ve mesleki becerilerini geliştirme ve örgütsel rollerine uyum sağlama konusunda desteğe ihtiyaç duymaktadırlar. Bu destek, yönderlik

sürecinin etkin olarak yürütülmesi ile sağlanabilir. Yönderlik, hemşirelerin hem akademik yaşamını kolaylaştırmakta, hem de bilimsel gelişimini hızlandırıcı bir rol oynamaktadır (Carroll 2004, Block ve ark. 2005, Phelps 2005, Kilcullen 2007).

Hastanelerde yönderlik girişimleri, özellikle hemşireleri sağlık bakım sektörüne çekmek ve hemşirelerin işte kalmasını sağlamak amacı ile pek çok kurumda başlatılmıştır. Hemşirelikte yönderlik, iki hemşire arasındaki karşılıklı saygı ve kişilik uyumuna dayanan ve iki tarafın da kişisel ve profesyonel gelişimine odaklanmış ilişkilerdir. Yönderlik hemşireler için beraberinde destek, rehberlik, sosyalizasyon, iyilik, güçlendirme, eğitim ve kariyer gelişimini getirmektedir. Basit bir biçimde ifade etmek gerekir ise yönderlik, hemşirenin gelip çalışmayı arzu edeceği destekleyici bir iş ortamı yaratmaktadır (Block ve ark. 2005).

Çevresel koşulların karmaşıklığı, hemşireler ve liderleri için stres yaratıcı bir durumdur. Özellikle dönüşümcü liderlik biçimi ile uygulandığı zaman etkili yönderlik davranışlarının stresi azalttığı belirtilmektedir. Yönderliğin sağlık bakım üyelerinde stresi ve işe devamsızlığı azaltması, sağlık bakım giderlerini de düşürerek, kuruma kazanç sağlayacaktır. Sonuçta, sağlık personelinin nicelik olarak yetersiz olduğu dönemlerde yönderlik daha da önemli hale gelmektedir (Dunham 2000).

### **Hemşirelikte Yönderlik İle İlgili Yapılan Araştırmalar**

Andrews ve Wallis (1999), hemşirelikte yönderlik konusunda literatür incelemesi yapmışlardır. Değerlendirdikleri çalışmalarda, araştırmacıların hemşirelikte yönderliğin doğasını ve ilgili kavramları tanımlamak üzerine odaklandıklarını saptamışlardır. Ancak yürütülen bu çalışmalarda, yönderlik rolünün doğası ve işlevlerinin ne olduğuna ilişkin çarpıcı görüş ayrılıkları bulunduğunu da belirtmişlerdir. Andrews ve Wallis (1999) bu incelemeleri sonucunda, yeni mezun hemşirelerin ilk klinik uygulamalarında yönderliği çok faydalı bulduklarını saptamışlardır.

Beecroft ve ark. (2006)'nın yeni mezun hemşirelerin yönderlik programına yönelik algılarını inceledikleri çalışmada; yönderleri ile düzenli biçimde bir araya gelen yeni mezun hemşirelerin %90'ı, yönderlik programının kendilerine rehberlik ve destek sağladığını ve streslerini azalttığını belirtmişlerdir. Aynı çalışmada yine yönderlik programının, profesyonel hemşirelik davranışları açısından rol modeli niteliği taşıdığı, yeni mezunların sosyalleşmelerinde ve kariyer gelişimlerinde etkili olduğu belirlenmiştir. Yeni mezun hemşirelerin yaşı, eğitim düzeyi, hemşireliğin meslek olarak ilk tercihleri olup olmadığı gibi özellikleri, stres düzeylerinde etkili olduğu ve yönderlik ilişkisini de etkilediği saptanmıştır.

Fowler ve O'Gorman (2005)'in yönderlikle ilgili yaptıkları çalışmada, yönderliğin bireysel ve duygusal rehberlik, koçluk, sözcülük, kariyer gelişimini kolaylaştırma, rol modelliği, stratejileri ve sistemleri önerme, öğrenimi kolaylaştırma ve arkadaşlık gibi sekiz işlevinin olduğu belirlenmiştir.

Kilcullen (2007)'in aktardığına göre Walsh ve Borkowski (1999), sağlık bakım sektöründeki yöneticiler üzerinde yapmış oldukları ulusal bir çalışmada, yönderi olan çalışanların kendi kurumları içerisinde daha çok yükselme fırsatı yakaladıklarını belirlemişlerdir.

Lankau ve Scandura'nın (2002) bir hastanede görevli hemşirelerin, doktorların, destek personelinin ve diğer sağlık profesyonellerinin yer aldığı 440 personel ile gerçekleştirdikleri bir çalışmada, katılımcıların %53'ü kurum içerisinde bir yönderlerinin olduğunu belirtmiş, bu çalışanların yarısına yakını da yönderlerinin kurum yöneticileri olduğunu söylemişlerdir. Bu çalışmada yönder, "iş çevresindeki, yüksek deneyime ve bilgiye sahip, kariyere ivme ve destek kazandırmaya kendini adanmış etkin bir birey" olarak tanımlanmıştır. Aynı çalışmada kurumun biçimsel bir yönderlik programının olmadığı ve yönderleri olan grubun, olmayan gruba göre kurumsal ilişki ağı konusunda daha fazla bilgi sahibi oldukları saptanmıştır. Araştırmacılar, yönderlerin öğrenen kurumlar için önemli ve değerli bir öge olduğu sonucuna varmışlardır. Bu bulgular, sağlık kurumlarında yönderin yetkinliğinin, kişisel öğrenmeyi, kurumsal ilişki ağını ve personel memnuniyetini desteklemesi açısından liderlik rolünün önemli bileşeni olduğunu öne sürmektedir.

Phelps (2005)'in belirttiğine göre, Pinkerton 2003 yılında yeni mezun hemşireler için on sekiz ay süren bir biçimsel yönderlik programı sonucunda yaptığı değerlendirmede, yeni hemşirelerin iş devir hızında %3'lük bir azalma meydana geldiğini belirlemiştir.

Sağlık bakım alanında, yönderlik programlarının geliştirilmesine rehberlik eden birçok bilgi mevcuttur. Ancak, bu kaynaklarda yönderlik programlarının etkinliğinin geliştirilmesi için gerekli ölçütler bulunmamaktadır. Bu ihtiyaçtan dolayı Johns Hopkins Üniversitesi Hemşirelik Okulu, yönderliğin yapısını tanımlamak ve akademik ortamlarda yönderlik ilişkisinin etkinliğini ölçecek yeni ölçüm araçları geliştirmeye yönelik bir çalışma gerçekleştirmiştir. Bu araçlar daha sonraki çalışmalara yön vermesi açısından önemli olarak görülmektedir (Berk ve ark. 2005).

Ülkemizde, yönderlik ve yönderlikle ilgili kavramların hemşirelik alanında incelenmesi ve literatürde yer alması oldukça yenidir. Bu alanda yayınlanmış makale sayısı sınırlıdır. Ülkemizde Ay (2007), bilgi ve becerinin eşit öneme sahip olduğu hemşirelik mesleği eğitiminde, yönderlik programlarının kullanılabilir bir yaklaşım olduğunu belirtmektedir. Ay (2007) öğrencinin, kendine örnek alabileceği bir modelin var olması ve bu model ile bire bir çalışmasının, mesleki öğrenmeyi hızlandırdığını ve eğitim kalitesini arttırdığını vurgulamaktadır.

Ülkemizde Tezer (2007), diyabet yönetimi bozuk olan Tıp 2 Diabetes Mellitus'lu hastalarla diyabet yönetiminde başarı kriterlerini belirlemek amacı ile bir araştırma yapmıştır. Araştırmadan elde edilen sonuçlar genel olarak incelendiğinde; bireysel diyabet yönetimi bozuk bireylerde diyabet yönetimini başarmak ve metabolik hedeflere ulaşabilmek için yapılan diyabet hemşireliği bireysel diyabet danışmanlık-mentorluk modelinin %80 (6 bireyde/5 başarı) başarıya ulaştığı saptanmıştır (Tezer 2007).

## SONUÇ

Personeli kurumda tutmak, sağlık kurumlarının yaratıcı girişimler belirlemesini gerekli kılmaktadır. Yönderlik programları, bu açıdan iyi bir model oluşturmaktadır.

Hemşirelikte yönderlik; hemşirelerin iş doyumunu ve işte kalmasını, hasta memnuniyetini, kurumun finansal göstergelerini doğrudan etkilediğinden sağlık kurumları için yaşamsal bir öge olarak kabul edilmeli ve kurum kültürü kapsamında benimsemelidir.

Yönderlik süreci, bireyin liderlik niteliklerini ve vizyonlarını geliştirmesi nedeniyle, hem bireysel hem de mesleki ilerleme sağlayacaktır. Bu nedenle sağlık kurumlarında hemşireler için resmi yönderlik programlarına mutlaka yer verilmelidir. Bu programların işe yeni başlayanlar için işe uyum programları, çalışanlar için de hizmet içi eğitim programları kapsamında düzenlenerek sürekliliğinin sağlanması ve yaygınlaştırılması yararlı olacaktır.

Sağlık kurumlarında yürütülen yönderlik programlarından elde edilen sonuçlar, deneyimler kurumlar arasında paylaşılmalıdır. Hemşire araştırmacılar, yönderlik stratejilerinin belirlenmesine yönelik eylem araştırmaları için cesaretlendirilmelidir.

## **KAYNAKLAR**

- Andrews M, Wallis M. Mentorship in nursing: A literature review. *J Adv Nurs*.1999; 29(1): 201-207.
- Ay F. Hemşirelik eğitiminde yeterliliğin sağlanması için yeni bir yaklaşım. Rehber hemşire (koçluk) sistemi. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*. 2007; 2(5): 52-65.
- Bally JM. The role of nursing leadership in creating a mentoring culture in acute care environments. *Nursing Economics*. 2007; 25(3): 143-148.
- Baltaş A. Usta' dan mentor' a. 2006; Retrieved June, 2008, from <http://www.ikademi.com/performans-yonetimi/121-usta-dan-mentor-e.html>.
- Barker ER. Mentoring - A complex relationship. *Journal of The American Academy of Nurse Practicioners*. 2006; 18: 56-61.
- Barutçuğil İ. Stratejik insan kaynakları yönetimi. Birinci Baskı, İstanbul: Kariyer Yayıncılık. 2004; 355-367.
- Beecroft PC, Santner S, Lacy ML at all. New graduate nurses' perceptions of mentoring: Six year programe evaluation. *J Adv Nurs*. 2006; 55(6): 736-747.
- Berk RA, Berg J, Mortimer R at all. Measuring the effectiveness of faculty mentoring relationships. *Acad Med*. 2005; 80(1): 66-71.
- Block LM, Claffey C, Korow MK at all. The value of mentorship within nursing organizations. *Nursing Forum*. 2005; 40(4):134-140.
- Budak G. Yetkinliğe dayalı insan kaynakları yönetimi. İzmir: Fakülteler Kitabevi, Barış Yayınları. 2008; 313-326.
- Carroll K. Mentoring: A human becoming perspective. *Nursing Science Quarterly*. 2004; 17(4): 318-322.
- Ceylan C. Mentorluk ilişkisine farklı bir yaklaşım: Kariyere uyarlı mentorluk. *Endüstri İlişkileri Ve İnsan Kaynakları Dergisi*. 2004; 6(1): Retrieved May, 2007, from <http://www.isguc.org>
- Çınar Z. Coaching ve mentoring. *Paradoks, Ekonomi, Sosyoloji ve Politika Dergisi*. 2007; (e-dergi) ISSN 1305-7979, 3(1): Retrieved May, 2007, from <http://www.paradoks.org> .
- Dunham TJ. Nurse executive transformational leadership found in participative organizations. *J Nurs Adm*. 2000; 30(5): 241-250.
- Fowler JJ, O'Gorman JG. Mentoring functions: A contemporary view of the perceptions of mentees and mentors. *British Journal of Management*. 2005; 16: 51-57.
- Hayes EF. Aproaches to mentoring: How to mentor and be mentored. *Journal of The American Academy of Nurse Practitioners*. 2005; 17(11): 442-445.



- Hunt DM, Michael C. Mentorship: A career training and development tool. *Academy of Management Review*. 1983; 8 (3), 475-485.
- Kram KE. Phases of the mentor relationship. *Academy Of Management Journal*. 1983; 26 (4): 608-625.
- Kilcullen NM. The impact of mentorship on clinical learning. *Nursing Forum*. 2007; 42 (2): 95-104.
- Lankau MJ, Scandura TA. An investigation of personal learning in mentoring relationships: Content, antecedents, and consequences. *Academy of Management Journal*. 2002; 45(4): 779-790.
- Luecke R. İş dünyasında koçlar ve mentorlar. (Şensoy Ü, Çeviri editörü). İstanbul: Türkiye İş Bankası Kültür Yayınları. 2007 (orijinal basım tarihi 2003).
- Özkalp E, Kirel Ç, Sungur Ç ve ark. Örgütsel toplumsallaşma sürecinde mentorluk ve mentorun yeri ve önemi: Anadolu Üniversitesi araştırma görevlileri üzerine bir inceleme. *Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*. 2006; 2: 55-70.
- Phelps RL. Using a formal mentoring program to develop nurse leaders: An action research study. *Caphella Üniversitesi*, 2005; Retrieved March, 2007, from [http://www.lib.umi.com/dissertations/preview\\_page/3174531/1](http://www.lib.umi.com/dissertations/preview_page/3174531/1).
- Rawling M. What is mentoring. 2002; Retrieved April, 2008, from <http://www.edu.saldorf.ac.uk/does/Mentoringonlinepaper.rtf>.
- Redhouse English-Turkish Dictionary. İstanbul: Redhouse Yayınevi, 17. Baskı. 1990.
- Sullivan EJ ve Decker PJ. *Effective leadership and management in nursing*. Fifth Edition. New Jersey: Prentice- Hall Inc., 2001; 440-453.
- National Graduate Development Programme. (NGDP) "Hints And Tips On Making Mentoring Work" Retrieved April, 2008, from <http://www.improvementnetwork.gov.uk/imp/aio/1001765>.
- Tezer E. Diyabet hemşireliği yönetiminde bireysel danışmanlık modeli: Fenomenolojik yaklaşım ve mentorluk. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. İzmir: Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. 2007; 204.
- The Peer Resources Network. "Tips for mentors". Retrieved April, 2008 from <http://www.mentors.ca/mentorideas.html>.
- Türk Dil Kurumu Güncel Türkçe Sözlük. Retrieved August, 2011, from <http://www.tdk.gov.tr>.
- Zerzan JT, Hess R, Schur E, Phillips RS, Rigotti N. Making the most of mentors: A guide for mentees. *Academic Medicine*. 2009; 84(1): 140-144.



## GÖÇMEN KADINLARDA SAĞLIK İNANÇ MODELİ VE SAĞLIĞI GELİŞTİRME MODELİ KULLANIMININ MEME KANSERİ ERKEN TANI DAVRANIŞLARINDAKİ DEĞİŞİME ETKİSİ

*EFFECT OF USING THE HEALTH BELIEF MODEL AND THE HEALTH PROMOTION MODEL IN MIGRANT WOMEN ON CHANGE IN EARLY DIAGNOSIS BEHAVIORS OF BREAST CANCER*

**Öğr.Gör. Ayla TUZCU\***      **Prof.Dr. Zuhal BAHAR\*\***

\*Akdeniz Üniversitesi Antalya Sağlık Yüksekokulu Halk Sağlığı Hemş.AD.

\*\*Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Halk Sağl.Hemş.AD.Başkanı

### ÖZET

Meme kanseri görülme sıklığı göçmen kadınlar arasında giderek artmaktadır. Meme kanseri erken tanıldığında tedavi edilebilme ve yaşama şansı artmaktadır. Kadınlar için önemli sağlık davranışları olan kendi kendine meme muayenesi, klinik meme muayenesi ve mamografi ile meme kanserine erken dönemde tanı konulabilmektedir. Göçmen kadınlarda meme kanseri erken tanı davranışlarını etkileyen birçok faktör vardır. Sağlık İnanç Modeli, göçmen bireylerle sağlığı geliştirme iletişimlerini başlatmak ve erken tanı uygulamalarına ilişkin niyetlerini açıklamak için kaynak olarak kullanılabilir yararlı bir modeldir. Bu model göçmen kadınların erken tanı davranışlarını açıklamak için yapılan çalışmalarda kullanılmıştır. Sağlığı Geliştirme Modeli ise sağlığı koruma modellerinin tamamlayıcısı olarak kullanılabilir bir modeldir. Bu derlemenin amacı, ilgili literatürü inceleyerek göçmen kadınlarda Sağlık İnanç Modeli ve Sağlığı Geliştirme Modeli kullanımının meme kanseri erken tanı davranışı değişimine etkisini açıklamaktır.

**Anahtar Kelimeler:** Göçmen kadınlar, meme kanseri, Sağlık İnanç Modeli, Sağlığı Geliştirme Modeli

### ABSTRACT

*The number of breast cancer incident in migrant women is gradually increasing. Once breast cancer is detected earlier the chances of medical treatment and survival are greatly increased. Early diagnosis in breast cancer is possible through self-breast examinations, clinical breast examinations, and mammographs, which are all important health behaviors for women. There are numerous factors that affect early breast cancer diagnosis behaviors in migrant women. The Health Belief Model is a beneficial model to be used as a reference to describe intentions relating to early diagnosis practices and initiate health promotion communications with migrant individuals. This model was used in studies carried out to explain the early diagnosis behaviors of migrant women. The Health Promotion Model is a model to be used as a complementary model to health protection models. The purpose of this review is to explain, by reviewing related literature, how using the health belief model and the health promotion model in migrant women affects early diagnosis behavior change for breast cancer.*

**Key Words:** migrant women, breast cancer, health belief model, health promotion model

## GİRİŞ

Göç, kişilerin gelecek yaşantılarının tamamını veya bir kısmını geçirmek üzere, tamamen ya da geçici bir süre için bir yerleşim ünitesinden bir başkasına yerleşmek amacıyla yaptıkları coğrafi yer değiştirme olayını kapsayan sosyal bir değişim sürecidir (Demir 1996; Mutluer 2003; IOM 2010).

Göç bireylerin kırsal alandan kentsel alana, komşu ülkelere ya da daha uzak bölgelere göç edebilmeleri nedeniyle geniş bir oluşumu kapsar. Farklı ölçütler temel alınarak yapılan göç sınıflandırmaları içinde en sık kullanılan gruplamaya göre göç, iç göç ve dış göç olarak ikiye ayrılmaktadır. İç göç ülke sınırları içinde yerleşim yeri değişikliği olarak tanımlanırken, dış göç ise komşu ülkelere ya da daha uzak bölgelere yapılan coğrafi yer değiştirme hareketini tanımlamak için kullanılmaktadır (Beşer 2012; Mutluer 2003).

Dünyada küreselleşmenin doğrudan ya da dolaylı etkileri, bölgesel çatışmalar, yoksulluk, teknoloji ve buna bağlı olarak ulaşım ve iletişim olanaklarının gelişmesinden dolayı göç edenlerin sayısı giderek artmaktadır (Mutluer 2003).

Göçmenler alışma ve yeniden uyum süreciyle karşı karşıyadırlar, bu süreçte onlar ekonomik, eğitim, kültürel ve sağlık sisteminden yararlanma ile ilgili birçok engelle karşılaşır (Ahmad ve ark. 2005; Shirazi ve ark. 2006). Göçmen bireyler sağlık hizmetinin çekirdeğini oluşturan temel sağlık hizmetlerinden de yeterince yararlanmamakta, sosyal eşitlik gereği toplumdaki herkese eşit olarak götürülmesi gereken bu hizmetler göçmen bireylere yeterince ulaştırılmamaktadır (Beşer 2012; Maurer ve Smith 2005).

Günümüzde temel sağlık hizmetleri felsefesine göre hastalıkların tedavisinden çok sağlığın korunmasının ve geliştirilmesinin etkili bir strateji olduğunun anlaşılmasıyla birlikte sağlığı geliştirme davranışlarına ve sağlıklı yaşam şekline verilen önem gittikçe artmaktadır (Veliöğlü 1994). Bireylerin kendi sağlıklarını düzeltme, kontrol etme ve tam bir sağlık potansiyeline kavuşmada sağlığın geliştirilmesi çalışmaları önem taşımaktadır. Böylece bireylerde sağlıklı yaşam bilincinin gelişmesi, yaşam tarzının iyileştirilmesi, bireylerin sağlıklarını korumalarında kendi görevlerini algılayıp, riskli davranışlardan kaçınarak sağlığı koruyucu ve geliştirici davranışları uygulamaları oldukça önemlidir (Karadeniz 2008).

Dünya'da göçmen bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirildiği çalışmalarda, ülke sınırları dışına göç eden bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının orta düzeyde olduğu saptanmıştır (Johnson 2005; Ahmad ve Steward 2004; Hyman ve Gruge 2002; Lee ve Wang 2005). Ülkemizde iç göç eden kadınlarla yapılan bir çalışmada ise sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının göç etmeyen kadınlardan anlamlı düşük olduğu bulunmuştur (Topçu 2006). Pender ve arkadaşları (1992) sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının hastalıklara yakalanmayı etkilediğini, hastalık vakalarını azalttığı, ölüm oranlarını düşürdüğü, kalp hastalıkları ve kanserin önlenmesinde oldukça önemli bir yeri olduğunu ifade etmektedir.

İnsanlık tarihi kadar eski olan kanser hastalığı günümüzde en çok ölüme neden olan hastalıklar arasında ikinci sırada yer almaktadır. Dünya'da ve Türkiye'de kadınlar

arasında en sık görülen kanser türü ise meme kanseridir (WHO 2003). Meme kanseri görülme sıklığının ülkeden ülkeye değişmesi ve göçmen kadınlarda meme kanseri sıklığının artması dikkat çekicidir (Gençtürk 2006). Jirojwong ve MacLennan (2003) çalışmalarında, yerli Asyalı kadınlarda meme kanseri görülme oranının düşük olmasına karşın göçmen Asyalı kadınlarda doğuya özgü yaşam tarzının değişmesi, beslenme tarzındaki değişiklikler gibi nedenlerden dolayı meme kanseri insidansının arttığını ifade etmektedir. Andreeva ve arkadaşları (2007) yaptıkları çalışmada göçmen kadınlarda meme kanseri insidansının artmasında davranışsal ve çevresel faktörlerin değişiminin ekili olduğu, bu faktörlerin beslenmede değişim, sosyo-ekonomik durumun iyileşmesi, doğum yaşının yükselmesi ve emzirmeden kaçınma olduğunu belirtmiştir.

Günümüzde meme kanserini kesin olarak önleyen bir yöntem mevcut değildir. Ancak düzenli yapılan muayene ve taramalar yardımıyla meme kanserine erken tanı konulduğu takdirde beklenen yaşam süresi uzatılabilmekte ve tamamen iyileşme sağlanabilmektedir (Alpteker ve Avcı 2010).

Meme kanserinin erken tanısında mamografi, klinik meme muayenesi (KMM) ve kendi kendine meme muayenesi (KKMM) yöntemleri kullanılmaktadır (American Cancer Society 2008). Meme kanseri erken tanı davranışları ile ilgili literatür incelendiğinde, literatürde iç göç eden bireylerin meme kanseri erken tanı davranışlarını değerlendiren bir çalışmaya ulaşılabilmiştir. Ancak dış göç eden kadınlarda meme kanseri erken tanı davranışlarını değerlendiren birçok çalışmanın yer aldığı görülmektedir. Bu araştırmalarda göçmen kadınların meme kanseri erken tanı yöntemlerini kullanım oranlarının oldukça düşük olduğu ve koruyucu davranışlara yeterince önem vermedikleri saptanmıştır (Jirojwong ve MacLennan 2003; Weber ve ark. 2009; Wu ve Ronis 2009). Amerikan Ulusal Kanser Sağlığı istatistiklerine göre, mamografi tarama prevelansının sağlık sigortası olmayan kadınlar arasında en düşük olduğu (%33.2) ve arkasından da göçmen kadınların (%50) geldiği belirlenmiştir (American Cancer Society 2008).

Göçmen kadınlar üzerinde yapılan bazı çalışmalarda, bu grupların erken tanı çalışmalarında özellikle ele alınması gereken riskli gruplar olduğu belirtilmiştir (Remennick 2006; Vazquez ve ark. 2002). Çinli Avustralya'lı kadınlarla yapılan bir çalışmada, kadınların meme kanserini büyük bir sağlık endişesi olarak görmedikleri ve meme sağlığı uygulamalarının kültürel kaynaklı engellerden dolayı düşük olduğu belirlenmiştir (Kwok ve ark. 2006). Ahmad ve Stewart (2004), Güney Asyalı göçmen kadınlarla yaptıkları çalışmada KMM yaptırma oranının düşük olduğunu (%38.5) saptamış, göçmen kadınların meme kanseri erken tanı yöntemleri hakkında eğitim gereksinimlerinin olduğu ve sağlığı geliştirme davranışlarını engelleyen nedenlerin saptanmasının gerekli olduğunu belirtmiştir.

Kalifornia'da İranlı göçmen kadınlarla yapılan çalışmada KMM yaptırma oranının (%73) ve mamografi tarama oranının (%81.1), "Sağlıklı insanlar 2010" hedeflerinden (%70) daha yüksek olduğu saptanmış, ortaya çıkan sonuçların önceki göçmen kadınlarla yapılan çalışmalarla uyumlu olmadığı belirlenmiştir. Aynı çalışmada mamografi ve KMM yaptırma oranlarının bildirilen hedeflerden yüksek olması, İranlı göçmen

kadınların sağlık sigortasına sahip olmaları ve sosyoekonomik koşullarının iyi olmasıyla açıklanmıştır (U.S. Department of Health and Human Services 2000; Shirazi ve ark. 2006).

Farklı etmenler kadınların sağlığı koruma ve geliştirmeye yönelik farklı davranış ve tutum geliştirmelerine neden olmaktadır. Bu nedenle bireylerin sağlığı koruma ve geliştirme davranışları, geliştirilen modellerle açıklanmıştır. Meme kanserinde erken tanı davranışları sıklıkla Sağlık İnanç Modeli (SİM) kullanılarak açıklanmaktadır. Bunun yanı sıra Nola Pender tarafından geliştirilen Sağlığı Geliştirme Modeli (SGM)'de sağlığı koruma ve geliştirme davranışlarının açıklanmasında kullanılmaktadır.

## **1. SAĞLIK İNANÇ MODELİ**

Model, 1950'lerin başında, hastalıkların önlenmesi ve erken tanısında yer alan tarama programlarına katılımın yetersizliğini açıklamak için Hochbaum ve Rosenstock tarafından geliştirilmiştir (Champion ve Skinner 2008; Gasalberti 2002). Model sağlıklı ilgili davranış değişikliğinin açıklanması, sağlığın sürdürülmesi ve koruyucu sağlık davranışı ile ilgili müdahale araştırmalarının planlanmasında kullanılmaktadır. SİM anahtar kavramları eğer bireyler hastalığı kendileri için hassasiyet olarak algılıyorsa, hastalığın ciddiyeti ile ilgili sonuçlara inanıyorsa, taramaların hem yararının hem engellerinin farkındaysa ve tarama ile ilgili eyleme geçmede pozitif eyleme geçiriciler (eğitim, medya, sağlık kontrolünü hatırlatan uyarılar, arkadaş ya da aile üyelerinden birinin hastalanması, başkalarından bilgi gibi) varsa ilgili sağlık davranışının ortaya çıkacağını öne sürmektedir. Modelin en güçlü ayraçının algılanan engeller olduğu belirtilmektedir (Glanz ve ark. 2008; Pender 2006).

SİM göçmenlerin niyetlerini açıklamak, bireylerle sağlığı geliştirme iletişimlerini başlatmak için kaynak olarak kullanılabilir yararlı bir yapıdır ve göçmen gruplarla yapılan araştırmalarda da kullanılmıştır (Groenewold ve ark. 2006; Han ve ark. 2009; Jirojwong ve MacLennan 2003; Pasick ve Burke 2008). Meme kanseri taramalarını geliştirmek için Koreli Amerikan kadınlarla erken tanı davranış değişimi için SİM'den yararlanılarak yapılan girişimsel bir çalışmada kadınların mamografi, KMM ve KKMM oranlarında önemli derecede artış olduğu belirlenmiştir (Han ve ark. 2009).

### **1.1. Sağlık İnanç Modeli'nin Bileşenleri**

#### **A. Bireysel Özellikler**

##### ***Sosyo-Demografik Faktörler:***

Yaş, cinsiyet, eğitim, gelir, kültür, geçmiş deneyimler, beceri gibi özellikler sağlığı koruma ve geliştirme davranışlarını bilişsel-algısal faktörler üzerinden dolaylı olarak etkilemektedir. Yaşın artması, eğitim ve gelir gibi faktörlerin yükselmesi sağlığı koruma davranışlarında bulunma olasılığını arttırmaktadır (U.S. Department of Health And Human Services 2005).

Boxwala ve arkadaşlarının (2010) Asyalı Hindistan'lı kadınlarla yaptığı çalışmada mamografi ve KMM yaptırma ile eğitim düzeyi, göç ettiği ülkede (Amerika) 10 yıldan

daha fazla kalma ve evli olma durumu arasında pozitif ilişki olduğu saptanmıştır. Ahmad ve Stewart (2004), tarafından Kanada'da Güney Asya'lı göçmen kadınlarla yaptığı çalışmada KMM yaptırılmasının Kanada'da yaşanan yılla pozitif ilişkili olduğu ve davranışın göç ettikten sonra kültürel değişimin bir parçası olarak değiştiğini belirtmiştir.

## **B. Algılar**

### **B.1. Algılanan Duyarlılık**

Sağlıklı davranışları benimsemede insanlar üzerinde etkili olan güçlü algılardan bir tanesi algılanan duyarlılıktır. Algılanan duyarlılık koruyucu sağlık davranışlarının önemli bir göstergesidir ve bir hastalığa yakalanma olasılığı hakkında inançları içermektedir. Algılanan duyarlılığın artması ile riski azaltmak için davranışı gösterme olasılığı da artmaktadır (Glanz ve ark. 2008; Turner ve ark. 2004).

Jirojwong ve MacLennan (2003) Tayland'lı göçmen kadınlarla yaptığı çalışmada, kadınların % 25'inin düzenli KKMM yaptığı ve meme kanserine karşı duyarlılığı fazla olanlarda KKMM yapma olasılığının daha yüksek olduğunu belirlemiştir. Austin ve arkadaşları (2002), Amerika'da yaşayan Hispanik göçmen kadınlarla yaptıkları bir çalışmada da kanser tarama oranlarının düşük olmasının en önemli nedeni olarak algılanan duyarlılığın düşük olmasını göstermişlerdir.

Algılanan duyarlılık ile meme kanseri tarama davranışları arasındaki ilişkinin incelendiği göçmenlerle yapılan bazı çalışmalarda ise anlamlı ilişki belirlenmemiştir (McDonald ve ark. 1999; Yu ve Wu 2005; Han ve ark. 2009). Afrikalı-Amerikan kadınların kaldığı bir toplum evinde yapılan çalışmada, 40 yaş ve üstünde olan kadınların %80'nin mamogram yaptırdıkları ancak kendilerini ırksal olarak meme kanserine duyarlı olarak algılamadıkları belirlenmiştir. Çalışmada Sağlık İnanç Modeli değişkenlerinin mamografi ve KKMM ile ilişkili olmadığı belirlenmiş, meme kanseri taramalarıyla ilgili yapılacak çalışmaların kültürel, etnik ve sosyokültürel farklılıkları kapsayan teorik bir yapı çerçevesinde düzenli tarama davranışlarının gerçek belirleyicileri ve kolaylaştırıcıları üzerine odaklanması gerektiği belirtilmiştir (McDonald ve ark. 1999). Lee-Lin ve arkadaşları (2007) Çinli Amerikan göçmen kadınlarla yaptığı çalışmada, mamografi yaptırmakla ilişkili en güçlü faktörün kadınların aile üyelerinden birisinin yakın zamanda meme kanseri tanısı alması olduğu belirlenmiştir. Çalışmada hemşireler tarafından meme kanseri tanısı alan bireylerin aile üyelerine sağlık eğitimi verilmesinin meme kanseri taramalarında etkili olabileceği ifade edilmiştir.

Yapılan çalışma sonuçlarına göre göçmen kadınların kendilerini meme kanserine duyarlı olarak algılamamalarının nedeni, meme kanseri ve risk faktörleri hakkında bilgilerinin az olmasından kaynaklanabilir. SİM'e göre koruyucu sağlık davranışlarının önemli bir göstergesi olan algılanan duyarlılığın, göçmen kadınlarda meme kanseri ve risk faktörleri hakkında yapılacak eğitim programlarıyla değiştirilebileceği düşünülmektedir.

### **B.2. Algılanan Ciddiyet/Önemseme**

Algılanan ciddiyet kavramı hastalığın ciddiyeti ile ilgili bireysel inançları ifade etmektedir. Koruyucu sağlık davranışlarının en az güçlü göstergesidir. Algılanan

ciddiyet hastalığının hem tıbbi ve klinik sonuçlarını (ölüm, sakatlık ve ağrı gibi) hem de olası sosyal sonuçlarının (iş, aile yaşamı ve sosyal ilişkiler gibi) değerlendirmesini kapsar (Glanz ve ark. 2008; Turner ve ark. 2004). Birçok toplumda kanserin ciddi bir hastalık olarak bilinmesi ve algılanmasından dolayı, SİM'e dayandırılarak meme kanseri tarama davranışları ile ilgili yapılan çalışmalarda bireyin ciddiyet algısının yüksek olması beklenen bir durum olarak ifade edilir (Champion 1993; Nahcivan 2003). Schwartz ve arkadaşlarının (2008), Arap göçmenlerle yaptığı çalışmada algılanan ciddiyetin mamografi sıklığıyla pozitif ilişkili olduğunu saptamıştır. Aynı çalışmada meme kanserini ciddi bir hastalık olarak algılayan kadınlar arasında düzenli mamografi yaptıрма oranının, yaptırmayan kadınlara göre 1.7 kez daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Duyarlılık ve ciddiyetin birlikte ele alınması "Algılanan tehdit" olarak tanımlanmaktadır. Meme kanserinin ciddiyetini kavramış ve meme kanserine yakalanmada kendini tehdit altında gören bir kadın, aynı yaştaki başka bir kadına göre daha fazla KMM'yi uygulama, mamografi çektirme ve KMM'ni yaptıрма eğilimindedir (Glanz ve ark. 2008).

### ***B.3. Algılanan Yarar***

Algılanan yarar bir hastalığın gelişme riskini azaltmak için yeni bir davranışın yararlılığının algılanmasıdır. Kişi yeni davranışın hastalığın gelişme riskini azaltacağına inandığında, sağlıklı davranışı uygulamaya daha eğilimlidir. Algılanan yarar, tarama davranışları gibi sekonder koruyucu davranışların kazanılmasında önemli rol oynar (Turner ve ark. 2004 ).

Bireyin tavsiye edilen yada kabul edilen sağlık davranışını uygulaması için optimal duyarlılığı ve ciddiyeti algılaması yeterli değildir, aynı zamanda o davranışın yada eylemin hastalık tehdidini azaltarak yararlı olarak algılanması beklenir (Glanz ve ark. 2008). SİM'e göre meme kanserinde erken tanıya yönelik davranışların yararını kavrayan ve bu davranışları gerçekleştirmede daha az engelle karşılaşan bir kadının tarama davranışlarını sergileme oranının da yüksek olması beklenir (Holm ve ark. 1999; Petro-Nustas 2001).

Champion ve Scott (1997) yaptıkları çalışmada Afrikalı Amerikan kadınların mamografinin meme kanserinin erken tanınmasına yardım ettiğini ve çok küçük kitleleri bulmak için en iyi yol olduğuna inandıklarını belirlemiştir. Aynı çalışmada algılanan yarar ile meme kanseri taramalarına katılma arasında pozitif ilişki olduğu bulunmuştur. Boxwala ve arkadaşları (2010) çalışmasında Asyalı Hindistanlı kadınlarda artan algılanan yararın tarama yaptıрма olasılığını arttırdığını belirlemiştir.

Çalışma sonuçlarına göre erken tanının yararına inanan göçmen kadınların tarama davranışlarını yapma olasılıkları daha yüksek olduğu için, sağlık eğitim programlarında öncelikle meme kanseri ve meme sağlığının nasıl korunabileceği konusunda farkındalık oluşturulması gerekmektedir. Ayrıca bu eğitim programlarında tarama davranışının sağlıklı ilişkili ve sağlıklı ilişkili olmayan yararları üzerine odaklanarak yarar algısı kadınlarda artırılabilir.



#### **B.4. Algılanan Engeller**

Algılanan engeller davranış değişiminin belirlenmesinde en önemli değişkendir. Önerilen davranışın gerçekleştirilmesini zorlaştırdığı düşünülen engeller ya da davranışın olası olumsuz yönleridir. Başka bir deyişle, sağlıkla ilgili koruyucu bir davranışın gerçekleştirilmesini engelleyen ya da zorlaştıran etmenlerle ilgili algıdır. Koruyucu sağlık davranışlarının gerçekleştirilmesini engelleyen en önemli değişken, algılanan engel ve algılanan yarar arasındaki farktır (Glanz ve ark 2008; U.S. Department of Health And Human Services 2005; Turner ve ark. 2004). Yarar algısı engel algısına üstün geldikçe olumlu sağlık davranışlarını uygulama olasılığı artmaktadır (Pender ve ark. 1990).

Göçmen kadınlarda meme kanseri ve taramalarıyla ilgili yapılan çalışmalara göre meme kanseri taramalarını belirli kültürel temelli normların, inançların ve değerlerin engellediği belirtilmiştir (Ahmad ve ark. 2005; Austin ve ark. 2002; Schwartz ve ark. 2008). Schwartz ve arkadaşları (2008) Arap Amerikan kadınlarla yaptıkları çalışmada, algılanan engellerdeki azalma ile mamografi yaptırmaya sıklığı arasında pozitif ilişki olduğunu saptamıştır. Aynı çalışmada göçmen kadınlar tarafından düzenli mamografi yaptırmakla ilişkili engeller; "mamografi yaptırmakla ilgili gülünç hissetme", "mamografiyi utandırıcı olarak algılama" ve "mamografinin meme kanseri hakkında endişe oluşturabileceği" olarak belirtilmiştir. Austin ve arkadaşlarının (2002) Hispanik göçmen kadınlarla yaptığı çalışmada kanser korkusu, dil engeli, kaderci olma ve utanma kanser taramaları için önemli engeller olduğu belirlenmiş, aynı çalışmada kanser tarama programlarında kültürel duyarlılığın olması gerektiği ifade edilmiştir. Hispanik kadınlarda SİM ile yapılan girişimsel bir çalışmada kültürel olarak duyarlı ve dil uyumlu meme kanseri eğitim programlarının, meme kanseri taramalarında ağrı korkusunu ve randevuları hatırlamak için algılanan yetersizliği azalttığı belirtilmiştir (Hall ve ark. 2007).

Asyalı göçmenlerle yapılan bir çalışmada mamografi yaptırmakla ilişkili kadınlar tarafından en yaygın belirtilen üç engel; "birey kendisini iyi hissediyorsa mamografi taramasına gerek yok", "bekleme zamanı çok uzun" ve "mamografi yaptıracığım yeri bilmiyorum" olarak belirlenmiştir. Aynı çalışmada mamografi yaptırmaya katılımı arttırmak için, kültürel uyumlu tarama programlarına gereksinim olduğu belirtilmiştir (Wu ve ark. 2006).

Yapılan çalışma sonuçlarına göre göçmen kadınların erken tanı davranışını yapmak için fizyolojik, psikolojik, kültürel ve sağlık sisteminden kaynaklanan birçok engelinin olduğu görülmektedir. Göçmen kadınlarda erken tanı ve tarama uygulamalarını arttırabilmek için özel engellerinin belirlenip, bu engellerin üstesinden nasıl gelineceğine ilişkin çözüm yolları belirlenmesi gerekmektedir. Ayrıca planlanacak olan sağlığı geliştirme programlarının mutlaka kültürel olarak duyarlı ve dil uyumlu olmasının engellerin azaltılmasında önemli olduğu düşünülmektedir.

#### **B.5. Sağlık Motivasyonu ve Algılanan Öz-Etkililik**

Algılanan öz-etkililik ve sağlık motivasyonu 1988 yılında Rosenstock, Strecher ve Becker tarafından modele eklenmiştir. Sağlık motivasyonu eylemin davranışa

geçirilmesi ya da davranışın sergilenmesinde istekli olma durumu olarak tanımlanmaktadır.

Algılanan öz-etkililik çok kullanılan sağlıklı geliştirme teorilerinde temel bir yapıdır. Albert Bandura'nın Sosyal Bilişsel Kuramı'nın bileşenlerinden biri olan öz-etkililik, beklenen sonuçlara ulaşmak için davranışın gerçekleştirilmesi ile ilgili kişinin kendine olan inancını, kararlılığını ve iradesini kapsamaktadır. Bu nedenle, davranış değişikliğinin başlatılması ve davranışın sürdürülmesinde öz-etkililik önemli rol oynamaktadır (Champion 1993, Glanz ve ark. 2008).

Janz ve arkadaşları (2002), uzun dönem davranış değişiminde başarılı olmak için güvenin çok önemli olduğunu, bu yüzden davranışı değiştirmek ve davranışın yaşam sürecine uyumunu geliştirmek için (düzenli mamografi yaptırmak gibi), mamografi yaptırmada öz-etkililiğin güçlendirilmesinin önemli olduğunu açıklamıştır.

Öz-etkililik algısının meme kanseri erken tanı davranışları üzerindeki etkisinin incelendiği Tai'li göçmen kadınlarla yapılan çalışmada, öz-etkililik algısı yüksek olan kadınların düşük olan kadınlara göre 4.6 kat daha fazla her ay düzenli KKMM'sini yaptıkları belirlenmiştir (Jirogwong ve Maclennan 2003). Güney Asyalı göçmen kadınlarla yapılan bir çalışmada öz-etkililiği arttırmak için kadınların meme sağlığı endişelerini aileleri, arkadaşları ve sağlık bakım profesyonelleri ile tartışmaları için cesaret verilmesinin öz-etkililik puanını arttırdığı ve meme sağlığı taramalarını geliştirdiği saptanmıştır (Ahmad ve ark. 2005). Afrikalı Amerikan kadınlarla yapılan çalışmada meme kanseri ve taramalarıyla ilgili yoğun eğitim programlarının bireylerin KKMM öz-etkililiğini güçlendirdiği belirtilmiştir (Adderley ve Green 1997).

Yapılan çalışmalar öz-etkililik algısının meme kanseri tarama davranışını etkileyen önemli bir değişken olduğunu göstermektedir. Göçmen kadınların taramalara katılması için planlanan programlarda öz-etkililik algısını arttırmak için, tarama yaptırılan kadınlarla bu deneyimlerini paylaşmasına fırsat verilmelidir. Ayrıca taramalara yönelik yapılan eğitim ortamlarında hemşireler tarafından bireye cesaret ve olumlu geri bildirim verilmesinin öz-etkililik algısının güçlendirilmesinde etkili olacağı düşünülmektedir.

## **C. Eylem**

### **C.1. Eyleme Geçiriler**

SİM geliştirilirken davranışı tetikleyen faktörler de tartışılmıştır. Davranışı gerçekleştirmek için gereken hazır bulunuşluğun (algılanan duyarlılık ve algılanan yarar), ancak davranışın nedeni olan eyleme geçiriciler ile artabileceği belirtilmektedir. Eyleme geçiriciler davranışı değiştirmek için insanları tetikleyen mekanizma olarak kabul edilmektedir (Glanz ve ark 2008; U.S. Department of Health And Human Services 2005).

Eyleme geçiriciler koruyucu sağlık davranışı başlatmak için gereklidir ve beden durumunu algılama gibi içsel veya medyanın etkisi gibi dışsal kaynaklı olabilir. Eyleme geçiriciler ile demografik değişkenlerin birlikte, kişinin duyarlılık ve ciddiyet algısını tetikleyerek bireyden beklenen hedef davranışı etkilemesi beklenir

(Champion 1993). Meme kanseri erken tanı davranışları ile ilgili yapılan çalışmalarda eyleme geçiriciler olarak sıklıkla hatırlatıcı (telefon ile arama, e-mail ve mektup gönderme, akran gruplarının kullanımı ve sağlık profesyonellerinin tavsiyesi) kullanımının davranışı sürdürmede etkili olduğu gösterilmektedir.

Güney Asyalı göçmen kadınlarda meme kanseri taramalarını geliştirmek için yapılan bir çalışmada meme kanseri riski ve taramalarıyla ilgili on adet makale geliştirilmiş, bu makaleler iki hafta arayla yerel gazetede yayınlanmış ve maile kadınlara gönderilmiştir. Çalışmanın sonucunda kadınların meme kanseri tarama bilgisi, inancı ve öz-etkililiğin etkilendiği ve KMM'ye katılımın arttığı belirlenmiştir (Ahmad ve ark. 2005). Amerika'da yaşayan göçmen kadınlarla yapılan başka bir çalışmada eyleme geçiriciler olarak doktor tavsiyesi, sağlık eğitimi alan akranların katılımıyla yapılan toplum programları, kadınların kendi ana dillerinde yazılmış materyaller ve medyanın kullanımı olduğu belirlenmiştir (Austin ve ark. 2002). Avustralya'da göçmen kadınlarla yapılan diğer bir çalışmada da eyleme geçiricilerin, KKMM'yi etkileyen en önemli faktörlerden biri olduğu saptanmıştır. Bu çalışmada eyleme geçirici faktörlerin kitap, magazin dergileri, sağlık eğitim materyalleri, radyo, televizyon ve sağlık bakım personellerinin tavsiyesinin olduğu belirtilmiştir (Jirojwong ve MacLennan 2003).

SİM'in yapısı ile uyumlu emosyonel ve bilişsel değişkenler meme kanseri taramalarıyla ilişkili önemli faktörlerdir. Model Amerika'da, İngiltere'de, Avustralya'da ve Kanada'da göçmen kadınları kapsayan farklı toplumlarda meme kanseri erken tanı çalışmalarında kullanılmıştır. SİM ile yapılan bu çalışmalarda; algılanan tehdit, algılanan yarar, algılanan engel, algılanan öz-etkililik, eyleme geçiriciler ve demografik değişkenlerin kısmi değeri ölçülerek göçmen kadınların meme kanseri tarama davranışlarına uyumu açıklanmıştır.

SİM revize edilmeden önce Pender, modelde yer alan engel ve yarar algısının sağlığı koruma davranışlarını açıklamada veya davranışı tahmin etmede en önemli kavramlar arasında olduğunu ayrıca algılanan ciddiyet ve duyarlılığın sağlığı koruma davranışlarını açıklamada belirleyici olduğunu belirtmiştir. Ancak davranışın oluşması için karar verme sürecini etkileyen kontrol algısı, öz-etkililik algısı, sağlığın tanımı ve sağlık algısı gibi bilişsel algısal değişkenlerin modelde yer alması gerektiğini belirterek, bu kavramları da içeren Sağlığı Geliştirme Modeli'ni oluşturmuştur (Pender 1987).

## **2. SAĞLIĞI GELİŞTİRME MODELİ**

Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeli Sosyal Öğrenme Teorisinden temel alınmış, Sağlık İnanç Modeli yapısına benzeyen ve bireyin sağlık davranışı üzerinde doğrudan ve dolaylı etkisi olan faktörleri tanımlayan bir modeldir (Pender 2006). Öz-etkililik algısı, kontrol algısı, sağlığın tanımı ve sağlık algısı gibi bilişsel algısal değişkenleri içeren Sağlığı Geliştirme Modeli (SGM), 1987 yılında geliştirilmiş ve 1996 yılında revize edilmiştir. SGM, sağlığı geliştirme alanındaki uygulamalara yol gösterecek niteliktedir ve sağlığı koruma modellerinin tamamlayıcısı olmayı amaçlamıştır.

SGM ile SİM'in benzer kavramları arasında kişisel faktörler, algılanan engel, algılanan yarar, öz-etkililik algısı bulunmaktadır. SGM'de, SİM'le benzer olarak bu kavramların davranış oluşumunda önemli olduğunu açıklamaktadır.

SGM'de bireylerin davranışı üzerinde önceki davranışların etkili olduğu belirtilmektedir. SGM meme kanseri erken tanı davranışları üzerinde çalışılmamış olmasının yanı sıra Pender, bireylerin egzersize yönelik davranışlarını açıklamada SGM kullanılarak yapılan çalışmaların %75'nin sonraki davranışları tanımlamada önceki davranışların etkisini desteklediğini ve davranışları tahmin etmedeki etkili faktörün geçmişteki aynı veya benzer davranışın sıklığı olduğunu belirtmektedir (Pender 2006). Önceki davranışlar sağlık davranışlarını hem doğrudan hem de dolaylı yoldan etkilemektedir. Şimdiki davranışlara önceki davranışların direkt etkisi, bireyi davranışa hazırlayarak alışkanlık oluşumuna katkı sağlamasına bağlı olabileceği belirtilmektedir. Davranış her ortaya çıktığında alışkanlıkların gücü artmaktadır. Sosyal-Bilişsel Teori ile uyumlu olarak önceki davranışlar; algılanan öz-etkililik, yarar, engel ve aktiviteyle ilişkili etki üzerinden sağlığı geliştirme davranışlarını dolaylı olarak etkilemektedir (Pender 1987; Pender 2006).

SGM'de yer alan diğer bir kavram **sağlık sorumluluğu**'dur. Sağlık sorumluluğu kavramı, Pender tarafından 1987 yılında geliştirilen SGM'de yer almaktadır. Pender, 1996'da revize edilen SGM'de sağlık sorumluluğu kavramını kişisel faktörler içerisinde alınabileceğini belirtmiştir (Pender 1987; Pender 2006).

Sağlık sorumluluğu, bireylerin kendi sağlığından sorumlu olması ve gerektiğinde profesyonel kişilere başvurmasıdır. Bireylerin sağlığına ilişkin sorumluluk düzeyi; bireyin vücudunu ve kendini tanıması, sağlık ile ilgili değişiklikler ve sapmalar olduğunda bir sağlık kuruluşuna müracaat etmesi, sağlıkla ilgili konularda kendini yenilemesi, sağlıkla ilgili yayınları takip etmesi, sağlığını izlemesi, iyiliğini hissetmesi, sağlıkla ilgili değişiklikler olduğunda gerekli önlemleri alması ile belirlenmektedir (Bahar ve ark. 2005). Davranış değişimi için yapılacak planlamalarda sağlık sorumluluğu düzeyinin saptanmasının bireyin sağlığına ne düzeyde katıldığını belirlemek açısından önemli olduğu düşünülmektedir.

## SONUÇ VE ÖNERİLER

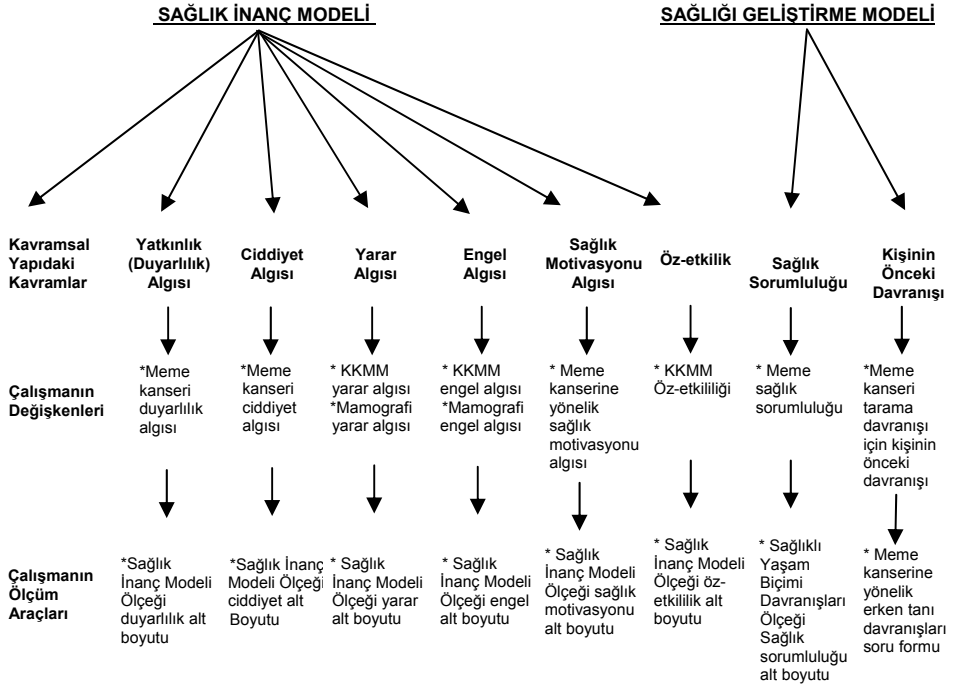
Meme kanseri erken tanı davranışlarını açıklamak için göçmen kadınlarla yapılan pek çok çalışmada Sağlık İnanç Modeli kullanılmasına rağmen Sağlığı Geliştirme Modeli kullanılarak meme kanseri erken tanı davranışlarını açıklayan herhangi bir çalışmaya literatürde rastlanmamıştır. Sağlık İnanç Modeli ile yapılan çalışmalarda; algılanan tehdit, algılanan yarar, algılanan engel, algılanan öz-etkililik, eyleme geçiriciler ve demografik değişkenlerin kısmi değeri ölçülerek göçmen kadınların meme kanseri tarama davranışlarına uyumu açıklanmıştır.

Göçmen kadınlarda; Sağlık İnanç Modeli kavramları ile birlikte Sağlığı Geliştirme Modeli kavramlarından olan 'önceki davranışlarla ilişki' ve 'sağlık sorumluluğu'nun kullanılmasının davranış değişimi için uygulanacak girişimlerin planlanmasında etkili olacağı düşünülmektedir (Şekil 1).

Bu modellerin birlikte kullanılmasıyla göçmen kadınların;

- Yapılacak eğitimler ile meme kanserine yönelik bilgilendirilmesi,
- Duyarlılık ve ciddiyet algısının değiştirilmesi,

- Yarar algısının yükseltilmesi,
- Öz-etkililik algısının geliştirilmesi,
- Algılanan engellerinin belirlenip, belirlenen engellerin ortadan kaldırılması,
- Eyleme geçirici faktörler içerisinde sağlık personelinin tavsiyesi ve yerel basın organlarının kullanılması ile farkındalığın artırılması,
- Kültürel ve dil uyumlu eğitim programlarının geliştirilmesi, bu eğitim programlarında kültürel olarak o topluma yakın sağlık bakım personellerinin yer alması,
- Kendi kültürlerine yakın akran gruplarının hatırlatıcı olarak kullanılması ile erken tanı davranışı göstermeleri sağlanabilir.



**Şekil 1.** Sağlık İnanç Modeli ve Sağlığı Geliştirme Modelinin Kavramlarına Yönelik Çalışma Değişkenleri, Ölçüm Araçları ve Müdahaleler

## KAYNAKLAR

Adderley KB, Green PM. Breast cancer education, self-efficacy, and screening in older African American women. Journal of National Black Nurses Association. 1997; 9(1): 45-57. Abstract. Retrieved September 10, 2010, from [www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9384102](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9384102).

Ahmad F, Stewart DE. Predictors of Clinical Breast Examination Among South Asian Immigrant Women. Journal of Immigrant Health. 2004; 6(3): 119-126.

- Ahmad F, Cameron JI, Steward, DE. A tailored intervention to promote breast cancer screening among South Asian immigrant women. *Social Science & Medicine*. 2005; 60(3): 575-86.
- Alpteker H, Avcı A. Kırsal alandaki kadınların meme kanseri bilgisi ve kendi kendine meme muayenesi uygulama durumlarının belirlenmesi. *Meme Sağlığı Dergisi*. 2010; 6(2): 74-79.
- American Cancer Society. Cancer Prevention & Early Detection Facts & Figures 2008, US. Retrieved Noveber 20, 2010, from [http://www.cancer.org/acs/groups/content/@nho/documents/document/cped\\_2008.pdf](http://www.cancer.org/acs/groups/content/@nho/documents/document/cped_2008.pdf)
- Andreeva VA, Unger JB, Pentz MA. Breast Cancer among Immigrants: A Systematic Review and New Research Directions. *Journal of Immigrant Health*. 2007; 9: 307-322.
- Austin LT, Ahmad F, McNally MJ et al. Breast and cervical cancer screening in Hispanic women: a literature review using the health belief model. *Women's Health Issues*. 2002; 12(3): 122-128.
- Bahar Z, Beser A, Gordes N ve ark. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları olcegininn geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemsirelik Yüksekokulu Dergisi*. 2008; 12: 1-12.
- Beşer A. Göç, kültür ve sağlık ilişkisi. (Çinde). Seviğ Ü, Tanrıverdi G (ed). *Kültürlerarası Hemşirelik*. İstanbul Medikal Yayıncılık Ltd. Şti; 2012: 57-74.
- Champion VL. Instrument refinement for breast cancer screening behaviors. *Nursing Research*. 1993; 42(3): 138-143.
- Champion VL, Scott CR. Reliability and validity of breast cancer screening belief scales in African American women. *Nursing Research*. 1997; 46: 331-337.
- Demir G. Göç nedenleri ve göç edenlerin beklentilerindeki gerçekleşme durumu. II. Ulusal Sosyoloji Kongresi Kitabı. Ankara: Devlet İstatistik Enstitüsü; 1996: 85-93.
- Gençtürk N. Meme kanserinde risk faktorleri. *Hemşirelik Forum Dergisi*. 2006; Temmuz-Ağustos, 106-112.
- Glanz K, Rimer BK, Viswanath K. Health behavior and health education theory, research, and practice. (Çinde). Orleans T (ed). 4 th Edition, Jossey Bass; 2008: 45-50.
- Groenewold G, Brujin B, Billsborrow R. Migration of the Health Belief Model (HBM): Effects of psychosocial and migrant network characteristics on emigration intentions in five countries in west africa and the mediterranean region. *Populationassociation of america 2006 annual meeting*, March 30-April 1, Session 86: Migration and Social Networks; 2006.
- Hall CP, Hall JD, Pfiemer JT & et al. Effects of a culturally sensitive education program on the breast cancer knowledge and beliefs of Hispanic women. *Oncology Nursing Forum*. 2007; 34(6): 1195-1202.
- Han HR, Lee H, Kim MT & et al. Tailored lay health worker intervention improves breast cancer screening outcomes in non-adherent Korean-American women. *Health Education Research*. 2009; 24(2): 318-29.
- Hyman I, Gruge S. A review of theory and health promotion strategies for new immigrant women. *Canadian Journal of Public Health*. 2002; 93(3), 183-187
- International Organization for Migration (IOM), About migration. Retrieved October 20, 2010, from <http://www.iom.int/jahia/Jahia/about-migration/lang/en adresinden indirildi>.
- Janz NK, Champion VL, Strecher VJ. The Health Belief Model. In K. Glanz, B.K. Rimer, &F.M. Lewis (Eds.). *Health behavior and health education: Theory, research and practice* (Ed), San Francisco, Jossey-Bass., 2002: 45-46.
- Jirojwong S, Maclennan R. Health beliefs, perceived self-efficacy, and breast self-examination among Thai migrants in Brisbane. *Journal of Advanced Nursing*. 2003; 41(3): 241-249.
- Johnson RL. Gender differences in health-promoting lifestyles of African Americans. *Public Health Nursing*. 2005; 22(2): 130-137.
- Karadeniz G, Yanıkerem UE, Dedeli Ö ve ark. Üniversite öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları, *TAF Preventive Medicine Bulletin*. 2008; 7(6): 467-502.
- Kwok C, Sullivan G, Cant R. The role of culture in breast health practices among Chinese-Australian women. *Patient Education and Counseling*. 2006; 64:1, 268-276.
- Lee-Lin F, Menon U, Pett M et al. Breast cancer beliefs and mammography screening practices among Chinese-American immigrants. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*. 2007; 36(3): 212-221.

- Lee FH, Wang HH. A preliminary study of a health promoting lifestyle among Southeast Asian women in Taiwan. *The Kaohsiung Journal of Medical Sciences*. 2005; 114-120.
- Maurer FA, Smith CM. *Community/Public Health Nursing Practice Health For Families and Populations*. 4 th Edition. 2005: 477-485.
- McDonald PA, Thorne DD, Pearson JC et al. Perceptions and knowledge of breast cancer among African-American women residing in public housing. *Ethnicity & Disease*, 1999; 9(1): 81-93.
- Mutluer M. *Uluslararası Göçler ve Türkiye*. İstanbul: Çantay Kitabevi; 2003: 9-34.
- NaHCivan ÖN, Secginli S Meme kanserinde erken tanıya yönelik tutum ve davranışlar: bir rehber olarak sağlık inanç modelinin kullanımı, Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi. 2003; 7(1): 33-38.
- Pasick RJ, Burke NJ. A Critical Review of Theory in Breast Cancer Screening Promotion across Cultures. *Annual Review of Public Health*, 2008; 29: 351-368.
- Pender NJ. *Health promotion in nursing practice*. 2nd ed. Norwalk: CT:Appleton & Lange; 1987.
- Pender NJ, Walker NS, Sechrist RK et al. Predicting health – promoting lifestyles in the workplace. *Nursing Research*. 1990; 39:6, 326-332.
- Pender. N., Barkauskas, V., Hayman, L. Health promotion and disease prevention toward excellence in nursing practice and education. *Nursing Outlook*. 1992; 40(3): 106-112.
- Pender NJ. *Health promotion in nursing practice*. 5th edition. Prentice Hall; 2006: 51-57.
- Petro-Nustas WI. Young Jordanian women's health beliefs about mammography. *Journal of Community Health Nursing*. 2001; 18(3): 177-194.
- Remennick L. The challenge of early breast cancer detection among immigrant and minority women in multicultural societies. *The Breast Journal*. 2006; 12: 103-110.
- Schwartz K, Fakhouri M, Bartoces M et al. Mammography Screening Among Arab American Women in Metropolitan Detroit. *Journal Immigrant Minority Health*. 2008; 10:541-549.
- Shirazi M, Champeau D, Talebi A. Predictors of Breast Cancer Screening among Immigrant Iranian Women in California. *Journal of Womens Health*. 2006; 485-497.
- Topçu S. Göç Eden ve Göç Etmeyen Kadınların Sağlık Geliştirme Davranışlarının Değerlendirilmesi. *Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi*. İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. 2006: 70.
- Turner LW, Hunt, SB, Dibrezzo R et al. Health Belief Model. 2004; Retrieved September 10, 2010, from <http://www.jbpub.com/samples/0763743836/Chapter%204.pdf>
- U.S. Department of Health and Human Services. *Healthy People 2010: Understanding and Improving Health*, 2nd edn. U.S. Government Printing Office, Washington; 2000. Retrieved September 19, 2010, from <http://www.health.gov/healthypeople/document/HTML/Volume1/03Cancer.htm> adresinden indirildi.
- Vazquez MO, Ayendez MS, Perez ES et al. Breast cancer health promotion model for older Puerto Rican women: results of a pilot programme. *Health promotion International*. 2002; 17: 3-11.
- Veliöglü P. *Hemşireliğin Düşünsel Temelleri*. İstanbul: Alaş Ofset., 1994.
- Weber MF, Banks E, Smith DP et al. Cancer screening among migrants in an Australian cohort; cross-sectional analyses from the 45 and Up Study. *BMC Public Health*. 2009; 9(144): 1-9.
- World Health Organization, *Global cancer rates could increase by 50% to 15 million by 2020*. Retrieved September 23, 2010, from <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2003/pr27/en/>
- Wu TY, Ronis D. Correlates of recent and regular mammography screening among Asian-American women. *Journal of Advanced Nursing*, 2009; 65(11): 2434-2446.
- Wu TY, West B, Chen YW et al. Health beliefs and practices related to breast cancer screening in Filipino, Chinese and Asian-Indian women. *Cancer Detection and Prevention*. 2006; 30(1): 58-66.
- Yu MY, Wu TY. Factors influencing mammography screening of Chinese American women. *JOGNN*. 2005; 34(3): 386-394.





## TRAFİK KAZALARINA KARŞI ÖNLEMLER: ÇOCUK OTO KORUMA SİSTEMLERİ

### PREVENTIONS AGAINST TRAFFIC ACCIDENTS: CHILD AUTO PROTECTION SYSTEMS

Araş.Gör. Elif BİLSİN

Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü

#### ÖZET

Trafik kazaları tüm dünyayı ilgilendiren bir halk sağlığı sorunudur. Dünyada her yıl yaklaşık 1.2 milyon insanın yaşamını yitirdiği, 50 milyon insanın ise yaralandığı tahmin edilmektedir. Trafik kazalarında meydana gelen ölüm ve yaralanmaların birçoğu ÇOKS kullanarak önleyebilmek mümkündür. Bu konuda yapılmış bir çalışmada ÇOKS kullanımının motorlu araç kazalarına bağlı ölümcül yaralanma riskini 1 yaşından küçük çocuklarda %71, 1-4 yaş arasındaki çocuklarda ise %54 oranında azalttığı saptanmıştır. Hemşirelerin sağlık eğitimi ve danışmanlık rolünü göz önünde bulundurarak bu makalenin amacı hemşirelere trafik kazalarında çocukların hayatını kurtaran ÇOKS hakkında bilgi vermek ve çocuk oto koltuklarını kullanmanın önemini vurgulamaktır.

**Anahtar Kelimeler:** Trafik Kazaları, Çocuk, Oto Koruma Sistemleri, Hemşirelik

#### ABSTRACT

*Traffic accidents are public health problem at global levels. An estimated about 1.2 million people are killed in traffic accidents each year and 50 million are injured in the world. That many of the deaths and injuries in traffic accidents occurred are possible to prevent using CAPS. Research on the effectiveness of child safety seats has found them to reduce fatal injury by 71 percent for younger than 1 year old and by 54 percent for 1 to 4 years old children in motor vehicle accidents. By considering the health education and counseling roles of nurses, the aim of article is to provide to nurses about saving live of children CAPS and the important of using children auto seats*

**Key Words:** Traffic Accidents, Child, Auto Protection Systems, Nursing

#### GİRİŞ

Trafik kazaları tüm Dünyayı ilgilendiren bir halk sağlığı sorunudur (WHO 2009 b). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) kazayı "insan iradesi dışında ani ortaya çıkan bedensel, ruhsal hasara yol açan beklenmeyen bir olay" olarak tanımlar. Trafik kazaları ise motorlu, motorsuz taşıtlar ile kara yollarında gelişen, özellikle 5-24 yaş grubu yolcu, yaya, sürücüleri ve hayvanları etkileyen kazalar olarak ifade edilmektedir (Uğur Baysal ve ark. 2005).

DSÖ 2004 verilerine göre trafik kazası sonucu, dünyada her yıl yaklaşık 1.2 milyon insan yaşamını yitirmekte, 50 milyon insan ise yaralanmaktadır, trafik kazalarını önleme girişimleri olmadıkça bu rakamların gelecek 20 yıl içerisinde % 65 oranında

artacağı tahmin edilmektedir. Dünya'daki ölüm nedenleri arasında trafik kazaları %2.2'lik bir oranla 9. sırada yer almakta ve bu oranın 2030 yılında %3.6 ile 5. sıraya yükseleceği tahmin edilmektedir (WHO 2009 a).

Her yıl binlerce çocuk trafik kazalarında yaralanmakta ya da ölmektedir (AAP 2011). Amerika Birleşik Devletleri (ABD) Ulusal Karayolu Trafik Güvenliği İdaresinin (2009) verilerine göre ABD'de 2009 yılında trafik kazalarında toplam 33 808 kişi hayatını kaybetmiş, bu kazada 14 yaşından küçük 179 000 çocuğun yaralandığı saptanmıştır (NHTSA 2009).

TÜİK 2010 yılı kaza istatistiklerine göre Türkiye'de 2010 yılında kayıtlara geçen trafik kaza sayısı 1 106 201, yaralı sayısı 211 496, ölü sayısı 4 045'dir. 2010 yılında trafik kazasına karışan 150 193 sürücünden 2 329 sürücü emniyet kemerini takarken, 724 sürücünün ise emniyet kemerini takmadıkları tespit edilmiştir. Kazalarda çocuk koruma sistemlerinin kullanımı ile ilgili bir veri bulunmamaktadır.

Trafik kazalarında meydana gelen ölüm ve yaralanmaların birçoğu Çocuk Oto Koruma Sistemleri (ÇOKS) kullanılarak önlenbilir (EGM 1999, Kaplan ve Özcebe 2009). Bu konuda yapılmış bir çalışmada ÇOKS kullanımı motorlu araç kazalarına bağlı ölümcül yaralanma riskini 0-12 ay arası çocuklarda %71, 1-4 yaş arasındaki çocuklarda ise %54 oranında azalttığı saptanmıştır (NHTSA 2009). Çocuklara yönelik en temel girişimlerden birisi ÇOKS kullanımudur (Kaplan ve Özcebe 2009). Türkiye'de kazalarda çocuk koruma sistemlerinin kullanımı ile ilgili bir veri bulunmamaktayken ABD'de 2009 verilerine göre 4 yaşından küçük motorlu araç kazalarında ölen 322 çocuktan 298 çocuğun koruyucu sistemleri kullandığı saptanmıştır.

Günümüzde sağlık ekibinin etkin bir üyesi olan hemşirelerin rolü sürekli olarak değişmektedir. Hemşirenin rolü sadece hastanede yatan hastanın bakımını üstlenmek değil, ayrıca hastalıkların ve kazaların önlenmesi için sağlık eğitimi ve danışmanlık yapmak, hasta haklarını savunmak gibi rolleride bulunmaktadır (Biol 2005, Çavuşoğlu 2008). Hemşirelerin sağlık eğitimi ve danışmanlık rolünü göz önünde bulundurarak, bu makalenin amacı hemşirelere trafik kazalarında çocukların hayatını kurtaran ÇOKS hakkında bilgi vermek ve çocuk oto koltuklarını kullanmanın önemini vurgulamaktır.

### **Emniyet Kemerleri ve Çocuk Oto Koltuklarının İşlevleri**

- Çarpışma anında koltuktan fırlamayı önler ve çarpma etkisinin vücutta tek noktada toplanmayıp vücut yapısındaki en güçlü noktalara yөнeltir.
- Çarpma etkisiyle vücutta meydana gelen sarsıntının yavaş yavaş azalmasını sağlar.
- Kafa ve omuriliği korur (EGM 1999).

Piyasada çok farklı oto koltukları bulunmaktadır (NHTSA 2011). Birleşmiş Milletler standartlarına göre çocukların sahip oldukları kiloya göre koltuk tipleri 0'dan 3'e kadar gruplanmıştır (Tablo 1).

**Tablo 1:** Kiloya Göre Koltuk Tipleri\*

Grup	Kilo (kg)	Koltuk Tipi
Grup 0	0 - 10	Arkaya dönük
Grup 0+	0 - 13	Arkaya dönük
Grup 1	9 - 18	Öne ya da arkaya dönük
Grup 2	15 - 25	Koltuk ya da yükseltici
Grup 3	22 - 36	Yükseltici minder

Kaynak; World Health Organization (2009 b). Seat-Belts and Child Restraints: A Road Safety Manual for Decision-Makers and Practitioners.

\*Birleşmiş Milletler Çocuk Oto Koltuğu Standartları

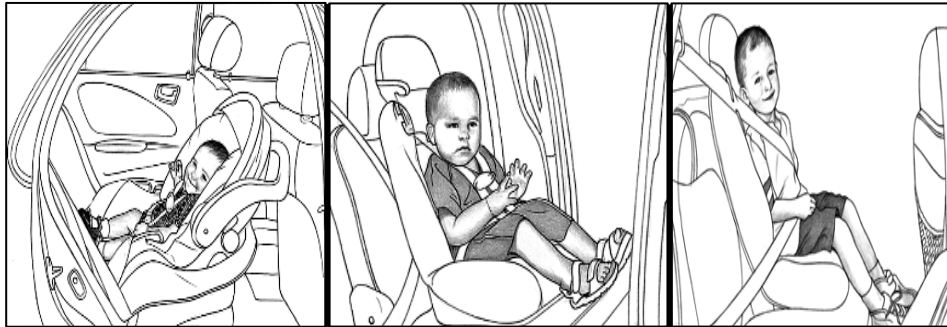
### Uygun Oto Koltuk Tipleri

Koltuklar, monte edildikleri bakış yönlerine göre öne ya da arkaya dönük olabilirler.

**Arkaya Dönük Koltuklar (1 Yaşın Altında):** Arkaya bakan koltuklar kaza anında meydana gelen, çocuğun hassas boyun ve omuriliğine karşı oluşan basıncı azaltarak bebeklere en iyi koruma sağlar (NHTSA 2011). Bu nedenle en iyi koruma için bebekler mümkün olduğunca uzun bir süre, geriye dönük şekilde oturtulmalıdır (WHO 2009 b). Kaza sırasında arkaya dönük oto koltukları, gelen basıncı öne dönük oto koltuklarına göre daha fazla dağıtarak, çocuğun vücudunun daha az savrulmasını ve kazanın etkilerinin tüm sırtta eşit dağılmasını sağlar (<http://www.nurturia.com.tr/flash/Oto-koltugu.pdf>).

**Öne Dönük Koltuklar:** Kaza sırasında çocuğun öne doğru hareketini sınırlamaktadır (NHTSA 2011). Öne dönük koltuk büyük kazalarda boyun ve omuzlara yeterli destek veremez (<http://www.nurturia.com.tr/flash/Oto-koltugu.pdf>).

**Öne ve Geriye Dönük Koltuklar (Hareketli ya da Cabrio Koltuklar: 1-4 Yaş):** 8-9 kg'ı geçen çocukların arkaya dönük veya öne bakacak şekilde taşınabilmelerini sağlayacak hareket kabiliyetine sahip koltuklardır. Bu koltuklardan bazıları 1 yaşının altındaki çocuklar için arkaya bakar durumda da kullanılmaktadır. Bu koltuklarda



A- Arkaya Dönük Koltuk

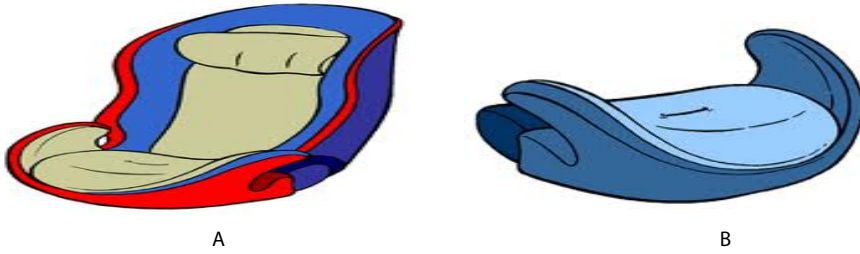
B- Öne Dönük Koltuk

C- Destekleyici Koltuk

**Resim 1:** Çocuk Araba Koltukları

çocuklar 9 kg'dan 18 kg'a ve 4 yaşına kadar öne bakacak şekilde oturması ve daha sonra bir üst düzey koruma sistemi kullanılması önerilmektedir (EGM 1999).

**Destek Koltukları (4-11 Yaş):** Emniyet kemeri pozisyonunda olan bu koltuklar (NHTSA 2011), 4 yaşından büyük boy ve kilo olarak hareketli koltukları ve emniyet kemeri kullanmaya hazır olmayan çocuklar için geliştirilmiştir (EGM 1999, AAP 2011). Destekleyici koltuklar, çocukların omuz ve kalçasını yükselterek emniyet kemere düzgün bir şekilde uyum sağlanması için tasarlanmıştır. Yüksek arka bölümü olan (destekleyici/yükseltici koltuklar) ve arka kısmı (destekleyici/yükseltici minder/koltuk) olmayan çeşitleri mevcuttur. Destekleyici/yükseltici koltuklar (Resim 2.A) 15-25 kg, destekleyici/yükseltici minder/koltuklar (Resim 2.B) ise 22-36 kg arasındaki ağırlığa sahip çocuklar için tasarlanmıştır (WHO 2009 b).



Resim 2: Destekleyici/Yükseltici Koltuklar

Destekleyici koltuklarda emniyet kemeri bulunmaz ancak koltukta bulunan plastik bir klip ya da kılavuz aracın emniyet kemeri yetişkinlerin kullandığı şekilde koltuğa takılmasına yardımcı olmak için bulunmaktadır (AAP 2011). Arkası yüksek olan destek koltuklarının, hassas kafa ve boyun yapısını daha iyi koruduğu belirlenmiştir (EGM 1999). Destekleyici koltuklar, çocuklar üç noktalı (karın ve omuz) emniyet kemeri kullanmaya uygun oluncaya kadar kullanılır (AAP 2011, WHO 2009 b).

**Emniyet Kemerleri (12 Yaş):** 12 yaşında ve boy ve kilo olarak destek koltuğunu kullanamayacak kadar büyüdükten sonra çocuklar emniyet kemeri ile korunmalıdırlar (EGM 1999, NHTSA 2011).

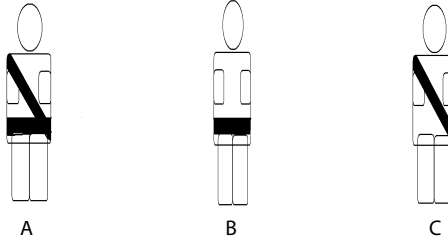
### Emniyet Kemeri Çeşitleri

**Üç Noktalı (Bel ve Omuz) Emniyet Kemeri (Resim 3.A):** Güvenliği ve kullanım kolaylığından dolayı otomobil, kamyonet, minibüs, kamyon ve otobüs sürücü koltuğunda en yaygın kullanılan emniyet kemeri (WHO 2009 b). Üç noktalı emniyet kemeri omuzdan gelen kısmı, omuz üzerinden ve göğüs kafesinden çapraz geçmeli, yüz ve boyun bölgelerine dokunmayacak şekilde ayarlanmalıdır. İki noktalı kemeri veya üç noktalı kemeri iki noktalı şeridi; kalçaların üst kısmında, ne çok sıkı ne de çok gevşek durumda bulunmalıdır (EGM 1999).

**İki Noktalı (Bel) Emniyet Kemeri (Resim 3.B):** Yolcu oturma pozisyonunu koruduğu için en yaygın otobüslerde kullanılmaktadır. Yapılan çalışmalarda kaza

sırasında iki noktalı bel emniyet kemeri, yolcunun dışarıya fırlamasını önlemesine karşın, araç içinde baş ve vücudun üst kısmının ileriye doğru olan hareketini önlemekte başarısız olduğu ve kafa travmasına neden olduğu saptanmıştır.

**Tek Çapraz Kemerler (Resim 3.C):** Vücudun üst kısmını iki noktalı bel emniyet kemerlerine göre daha iyi korurken, kaza anında emniyet kemerinin altından kayarak fırlamalara neden olur (WHO 2009 b).



Resim 3: Emniyet Kemerleri

Amerikan Pediatri Akademisi (2011) çocukların 2 yaşına kadar arkaya dönük koltukları, 2 yaşından büyük veya 2 yaşından küçük olup arkaya bakan koltuğu kullanma ağırlık ve yükseklik limitini aşan çocukların öne bakan ya da cabrio koltukları, çocukların 145 cm uzunluğuna ulaşana kadar ve 8-12 yaşları arasında destekleyici koltukları, 13 yaşında ise emniyet kemeri kullanmasını önermektedir.

Çocuk oto koltuklarının koruyucu etkileri kullanılan koltuk türüne göre değişmektedir. 4 yaşından küçük çocuklarda kullanılan öne bakan koltuklar yaralanmayı %50, arkaya bakan koltuklar ise %80 oranında azaltmaktadır. 5-9 yaş arası çocuklarda çocuk koltukları yaralanmayı %52, yalnızca emniyet kemeri kullanımı %19 oranında azaltırken, 10-14 yaş arasındaki çocuklarda emniyet kemeri kullanımı %46 oranında azaltmaktadır (WHO 2009 b).

Emniyet kemeri ve çocuk oto koltuğu kullanımı ile ilgili yapılmış birçok çalışma mevcuttur (EGM 1999, Cameron ve ark. 2006, Esin 2008, Snowdona ve ark. 2009, Carman ve Palancı 2011). Yurt dışında, Yeni Zelanda'da yapılmış bir çalışmada 5-8 yaş arasındaki çocukların sadece %30'unun, 9-12 yaş arasındaki çocukların ise sadece %3'ünün destekleyici oto koltuğu kullandığı (Cameron ve ark. 2006), Kanada'da yapılmış bir çalışmada çocukların %89.9'unun oto koruma sistemlerini kullandıkları, %60.5'inin doğru koruma sistemlerini kullandıkları saptanmıştır (Snowdona et ve ark. 2009). Ülkemizde ise 1997 yılında Ankara'da yapılan bir çalışmada özel otomobil sürücülerinin sadece % 21,08'inin emniyet kemeri kullandığı ve arka koltukta oturan hiçbir yolcunun emniyet kemeri kullanmadığı (EGM 1999), Kafkas Üniversitesinde çalışan ebeveynlerle yapılan araştırmada çocuk oto koltuklarının kullanımının yalnızca %13.5 olduğu (Carman ve Palancı 2011), başka bir çalışmada ise çocuk oto koltuğu kullanan ebeveynlerin oranı %20,5 olduğu (Esin 2008) belirlenmiştir. Bu bulgular ülkemizde çocuk oto koltuğu kullanımının düşük düzeyde olduğu göstermektedir.

## Dünyada ve Türkiye’de Yasal Durum

Düşük gelirli ülkelerin yalnızca %38’inde, orta gelirli ülkelerin ise %54’ünde hem ön koltukta hem de arka koltukta emniyet kemeri bulunması zorunludur (WHO 2009 a). Avrupa ülkelerinin birçoğunda ise (İngiltere, İspanya, Romanya, İrlanda, Macaristan, Yunanistan, Avusturya, Belçika, Almanya vb.) 12 yaşından küçük çocukların önde oturmaları yasak iken bazı Avrupa ülkelerinde ise (İsviçre, İsveç, Fransa, Norveç, Portekiz vb.) ÇOKS kullanılması zorunludur (EGM 1999).

Ülkemizde ise 2918 sayılı Karayolları Trafik Kanununa göre taşıtlarda sürücü yanındaki ön koltukta 10 yaşından küçük çocukların taşınması yasaktır (EGM 1999). 18 Mayıs 2007 tarihli, 26526 sayılı resmi gazetede yayınlanan bilgiye göre, ülkemizde 1 Haziran 2010 tarihi itibarıyla 150 cm’den kısa ve 36 kg’ın altındaki çocukların araçta taşınması sırasında çocukların ağırlığına uygun ÇOKS kullanılması zorunludur.

## Çocuk Oto Koruma Sistemlerinin Kullanımı İle İlgili Genel Öneriler

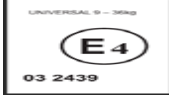
- 12 yaşından küçük bütün çocuklar için en güvenli yer olan arka koltukta oturması önerilmektedir (EGM 1999, Uğur Baysal ve ark. 2005, WHO 2009 b).
- Çocuk koltuğu çarpma noktasından en uzak yer olan arka koltuğun orta kısmına takılması önerilmektedir (EGM 1999).
- Kaza anında açılan hava yastığı koltuğa çarpıp, çocuğun ağır yaralanmasına ve ölümüne dahi neden olabildiğinden arkaya bakan bebek koltuğu hava yastığı varsa ön koltukta kullanılmamalıdır (EGM 1999, Uğur Baysal ve ark. 2005, AAP 2011).



Resim 4: Kaza Anında Hava Yastığının Açılması

- Çocuk mutlaka ön koltukta oturtulacaksa aracın koltuğu mümkün olduğu kadar geriye çekilmeli (özellikle yan hava yastığı olan araçlarda) ve çocuk koltuklarının; sağa sola, arkaya öne kaymaması için, araca emniyet kemeriyle iyice sabitlenmelidir (EGM 1999).
- Oto koltuğu seçiminde çocuğun kilosu, yaşı ve araç tipi göz önünde bulundurulmalıdır (WHO 2009 b, AAP 2011).
- Çocuğun yaş ve kilosuna göre kemer ayarları artırılmalıdır. Kemerler omuzlar üzerinden ve bacakların arasından geçmelidir (EGM 1999, AAP 2011).
- Çocuk oto koltukları uluslar arası standartlara uygun olmalı ve uygun olduğuna dair etiketi olup olmadığına dikkat edilmelidir. Koltuğun Birleşmiş Milletler

standartlarına uyduğu aşağıdaki gibi bir işaret taşımasıyla anlaşılmaktadır (<http://www.nurturia.com.tr/flash/Oto-koltugu.pdf>).



- Üretici talimatları ve araçlarda kullanım kılavuzları mutlaka okunmalıdır (EGM 1999, AAP 2011).
- Kullanılmış, çok eski oto koltukları (AAP 2011) ve bir kazaya karışan çocuk koltuğu kesinlikle kullanılmamalı ve değiştirilmelidir (EGM 1999, AAP 2011).
- Koltuklar araca ya var olan emniyet kemerine bağlanarak ya da ISOFIX (International Standard Organisation Fix) denen bir sistemle bağlanırlar. ISOFIX, oto koltuklarının araca bağlanması için, koltukların sırt ve oturma bölümünün birleştiği yerde bulunan şaseye bağlı metal halkalardır.
- Oto koltuklarında kullanılan malzemeler zamanla darbe emici özelliklerini yitirdiklerinden son kullanma tarihine bakılmalı, eğer kılavuzda bir süre yazmıyorsa, son kullanma tarihini üretim tarihinden 6 yıl sonra olarak kabul edilmelidir.
- Koltuklarla ilgili standartlar yükseldiği ve teknoloji sürekli geliştiği için daha yeni model koltuklar tercih edilmelidir (<http://www.nurturia.com.tr/flash/Oto-koltugu.pdf>).

### SONUÇ VE ÖNERİLER

Sonuç olarak, yolculuk sırasında bebek ve çocuk güvenliği için, araç içi oturma planına dikkat edilmesi ve oto koltuğunun doğru kullanılması önemlidir (Esin 2008). Bütün çocuklar için en güvenli yer her zaman arka koltuktur, çocuklar 12 yaşına kadar mutlaka arka koltukta oturmalı (EGM 1999, Uğur Baysal ve ark. 2005, WHO 2009 b) ve boyu yaklaşık 145 cm ya da vücut ağırlığı 36 kg oluncaya kadar çocuk koruma sistemleri kullanmalıdırlar (AAP 2011). Bir yaşından küçük veya vücut ağırlığı 10 kg'ın altındaki çocukların arka koltukta ve yüzü arkaya dönük olarak seyahat etmeleri gerekmektedir (WHO 2009 b).

Ülkemizde emniyet kemeri ve çocuk oto koltuğu kullanımı ile ilgili yasal düzenlemeler yapılmasına karşın uygulamaya yönelik çalışmalar yetersizdir. Trafik denetimleri sık yapılmalı ve kurallara uymayanlara gerekli cezalar uygulanmalıdır (Kaplan ve Özcebe 2009).

Ülkemizde ÇOKS kullanma oranı ve ebeveynlerin bilgi düzeyi oldukça düşük bulunmuştur (Esin 2008, Carman ve Palancı 2011). Ebeveynlerin bilinçlendirilmesini sağlamak sağlık çalışanlarına ve basın yayın kuruluşlarına düşmektedir (Esin 2008, Kaplan ve Özcebe 2009). Sağlık ekibinin bir üyesi olan hemşirenin görevleri arasında hastalıkları ve kazaların önlenmesi için aileye eğitim yapmak bulunmaktadır. Hastalıklardan ve kazalardan korunma; primer, sekonder ve tersiyer olmak üzere üç düzeyde yapılır. Halk sağlığı ve çocuk sağlığı hemşiresinin en önemli işlevi primer koruma ile çocuk ve ailesine sağlığa yararlı, hastalıkları önleyecek aktiviteleri öğretmek ve uygulamalarına yardımcı olmak için sağlık eğitimi yapmaktır (Ergül 2005,

Çavuşoğlu 2008). Bu noktadan hareketle birinci basamak sağlık hizmeti verilen kurumlarda ve okulda çalışan hemşireler tarafından ÇOKS kullanmanın yararları, çocuğu nasıl koruduğu, çocuğun yaşına göre kullanılması gereken oto koltukları ve bu konuda yapılan yasal düzenlemeler ile ilgili ebeveynlere sağlık eğitimi verilmelidir.

Medya aracılığıyla çocuk oto koruma sistemleri kullanmanın yararı ve çocukları nasıl koruduğu ile ilgili programlar yapılarak ebeveynlerin farkındalığı artırılmalıdır.

Otomobil üreten firmalar, çocuk oto koltuklarının kullanılmasını sağlayan uygun araçlar üretip üretilmediği yetkililer tarafından denetlenmelidir.

## **KAYNAKLAR**

- American Academy of Pediatrics (AAP) (2011). Car Safety Seats: Information for Families for. Erişim Tarihi: 10 Ağustos 2011. <http://www.aap.org>.
- Birol L. Hemşirelik Süreci: Hemşirelik Bakımında Planlı Yaklaşım, 7. baskı, İzmir: Etki Matbaacılık, 2005; 21.
- Cameron L, Segedin E, Nuthall G ve ark. Safe Restraint of The Child Passenger. Journal of Paediatrics and Child Health, 2006; 42:752-757.
- Carman KB, Palancı Y. The Use of Child Safety Seats: A Survey on Levels of Knowledge and Attitudes of University Employees. Journal of Clinical and Experimental Investigations, 2011; (2): 157-160.
- Çavuşoğlu H. Çocuk Sağlığı Hemşireliği, 9. baskı, I. cilt Ankara: Sistem Ofset Basımevi, 2008; 21-22.
- Esin G. Çocuk Oto Güvenlik Koltuğu Kullanımı Hakkında Anne-Babaların Bilgi Düzeylerinin Ölçülmesi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. 2008.
- Ergül Ş. Halk Sağlığı Hemşireliği'nin Dünü, Bugünü ve Geleceği, Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 2005; 21(1): 157-166.
- Kaplan B, Özcebe H. Trafik Kazaları ve Arka Koltuk Güvenliği. Toplum Hekimliği Bülteni, 2009; 28 (1): 1-7.
- National Highway Traffic Safety Administration (NHTSA) (2009). Traffic Safety Facts. Erişim Tarihi: 8 Ağustos 2011. <http://www.nrd.nhtsa.dot.gov/pubs/811172.pdf>.
- National Highway Traffic Safety Administration (NHTSA) (2011). Car Seat Recommendations for Children. Erişim Tarihi: 10 Ağustos 2011. <http://www.nhtsa.gov>.
- Snowdona AW, Husseinb A, Purc-Stevensonc R ve ark. Are We There Yet? Canada's Progress Towards Achieving Road Safety Vision 2010 for Children Travelling in Vehicles. International Journal of Injury Control and Safety Promotion. 2009; 16:4, 231-237.
- World Health Organization (2009 a). Global Status Report on Road Safety, Geneva. Erişim Tarihi: 1 Ağustos 2011. <http://www.un.org/ar/roadsafety/pdf/roadsafetyreport.pdf>.
- World Health Organization (WHO) (2009 b). Seat-Belts and Child Restraints: A Road Safety Manual for Decision-Makers and Practitioners, London. Erişim Tarihi: 9 Ağustos 2011. <http://www.grsroadsafety.org>.
- World Health Organization (2004). World Report on Road Traffic Injury Prevention, Geneva. Erişim Tarihi: 1 Ağustos 2011. [http://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/publications/road\\_traffic/world\\_report/summary\\_en\\_rev.pdf](http://www.who.int/violence_injury_prevention/publications/road_traffic/world_report/summary_en_rev.pdf).
- T.C. Emniyet Genel Müdürlüğü (EGM)(1999). Ülkemizde Emniyet Kemerini Kullanımı. Trafik Hizmetleri Başkanlığı Trafik Araştırma Merkezi Müdürlüğü Yayınları, Ankara, 1999.
- Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) (2010). Trafik Kaza İstatistikleri. Erişim Tarihi: 11 Ağustos <http://www.tuik.gov.tr>.
- Uğur Baysal S, Yıldırım F, Bulut A. Yaralanmalardan ve Zehirlenmelerden Korunma, Güvenlik Kontrol Listesi, İstanbul Tıp Fakültesi Basımevi, İstanbul, 2005.
- (2007). Karayolları Trafik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik. Erişim Tarihi: 11 Ağustos 2011. <http://www.resmigazete.gov.tr>.
- (2010). Çocuğunuzu trafik kazalarına Karşı Aşlattınız mı? Erişim Tarihi: 11 Ağustos 2011. <http://www.nurturia.com.tr/flash/Oto-koltugu.pdf>



## ERKEN ÇOCUKLUK DÖNEMİNDE MASTURBASYON SORUNU OLAN ÇOCUĞA HEMŞİRELİK YAKLAŞIMI

### NURSING APPROACH TO THE PROBLEM OF THE CHILD IN THE EARLY CHILDHOOD MASTURBATION

**Bil. Uzmanı Selen ÖZAKAR\***      **Yard.Doç.Dr. Duygu GÖZEN\*\***

\*Hitit Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu

\*\*İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği AD

Bu araştırma, 32. Pediatri Günleri ve 11. Pediatri Hemşireliği Kongresinde 27-30 Nisan 2010 tarihinde Sözel Bildiri olarak sunulmuştur.

### ÖZET

Erken çocukluk dönemi masturbasyonu; çocuğun kendi cinsel organını uyarması, terleme, kızarma ve sık nefes alma gibi bulguların yaşandığı, tıbbi bir bozukluğun eşlik etmediği ancak bunlarla birlikte anne-babayı rahatsız edici bir durumdur. Çocuklarda masturbasyon davranışının başlangıcı erken çocukluğun herhangi bir döneminde olmakta ve özellikle 3-5 yaşları arasında kız çocuklarda daha fazla görülmektedir.

Erken çocukluk dönemi masturbasyonu pediatristler ve çocuk psikiyatristleri için önemli bir konu olmakla birlikte yapılan klinik çalışmalar sınırlı sayıdadır. Bu çalışmada erken çocukluk dönemi masturbasyonu ve hemşirenin rolü tartışılmaktadır.

Masturbasyonun çocuklarda da görülebilen bir davranış olduğunun bilinmemesinden dolayı masturbasyonun tanısına ilişkin sorunlar yaşanmaktadır. Uzun süre ayrıntılı radyolojik yöntemlerle incelenen, çeşitli antiepileptik ilaçlar almasına rağmen nöbetleri azalmayan çocuklarla karşılaşabilmektedir. Ayrıntılı bir öykü masturbasyonu diğer medikal sorunlardan ayırmak için yeterli olabilmektedir.

Çocukluk dönemi masturbasyonuna birçok etkenin neden olduğu, temel nedenin ise, çocuğun çevresiyle iletişimde yeterince doyuma ulaşamaması olarak bildirilmektedir. Erken çocukluk döneminde yapılan masturbasyonun aşırı olmamak ve çocuğa fiziksel bir zarar vermemek koşuluyla çocuk için hiçbir tehlikesi ve zararı olmadığı, sağlıklı bir davranış olduğu bildirilmiştir. Fakat, çocukta masturbasyon sonucu genital organlarda ağrı, doku harabiyeti oluşuyorsa, utanma, suçluluk gibi duygular gelişmeye başlamışsa, davranış çok aşırı olup diğer aktivitelerini engelliyorsa, aile çocuğun masturbasyon davranışı üzerinde aşırı şekilde duruyor, sürekli dikkat ederek her fırsatta ikaz ediyorsa çocuk için zararsız olan bu davranış zararlı hale gelebilir.

Pediatri hemşiresi olarak; tedavide öncelikle lokal irritasyon yapabilecek (yanlış giysi seçimi, kıl kurdu, vulvovajinit, gibi) nedenler araştırılıp varsa ortadan kaldırılmalı, ailelere giysi seçimi konusunda eğitim verilmelidir. Çocuklarında masturbasyon şikayeti ile kliniğe başvuran ana-babalara yaklaşımda ilk önem taşıyan basamak çocukluk masturbasyonu konusunda bilgi vermek ve onları sakinleştirmektir. Tedavi yaklaşımında çocukları cezalandırma, utandırma ve

azarlamanın yeri yoktur. Aileye masturbasyon davranışının başlamasına neden olabilecek genital ve gluteal bölgeye vurma ya da okşama gibi uyarıcı davranışlardan kaçınması önerilmektedir. Bu davranışsal yaklaşımlar uyguladığında, sorunun ve bu davranışın aile üzerindeki etkisinin azalacağı düşünülmektedir.

**Anahtar kelimeler:** erken çocukluk, masturbasyon, hemşirelik

## ABSTRACT

*Early childhood masturbation is a situation which the child's stimulates his/her sexual organ, sweats, blushes and puffs, yet not accompanied by a medical disorder, besides annoying the parents. The beginning of masturbation behaviours coincide with any period of childhood, and it is more frequently observed especially among 3-5 year old girls.*

*Early childhood masturbation is a very crucial issue among paediatricians and child psychiatry, but the clinical studies having been carried out up to now are limited. In this study it is discussed early childhood masturbation and nurse's role.*

*There are some problems with the diagnosis of the masturbation due to the fact that it is not known to be observed in children as an illness. It is quite probable to come across children whose seizures do not decrease despite having been examined with detailed radiologic methods for a long time and taken anti-epileptic medicine. It might be sufficient to have a detailed medical history to differentiate masturbation from other illnesses.*

*It is reported that there are many reasons causing childhood masturbation, but the most common reason is that child's not being happy about his/her relationship with others. It is notified that the child masturbation is a healthy behaviour unless it is excessive and hurts the child physically. However, if pain and damage on the genital organs occur, if feelings such as shame and guiltiness have started to appear, if this behaviour prevents the child from daily activities by being excessive and if the parents go over and warn against the behaviour exorbitantly, this behaviour, not being harmful under normal circumstances, could be unfavourably for the child.*

*As a paediatric nurse, the reasons which can cause local irritation such as wrong clothing, pinworm, vulvovaginitis should be scrutinized and if there are, they should be removed, and the parents should be informed about right clothing. The first step to give information about child masturbation to the parents who consult with this complaint to the healthcare organizations is to inform them about child masturbation and calm them down. There is no place for punishing, embarrassing and scolding in the treatment. Parents are advised to avoid from manners which could give rise to masturbation such as slapping or petting on the genital and gluteal area. It is assumed that if these behavioural approaches are adopted, the problem and its effect on the family could alleviate.*

**Key words:** early childhood, masturbation, nursing

## GİRİŞ

Masturbasyon terimi; latince manus (el) ve stupratio (kirlilik) kelimelerinin birleştirilmesinden türemiştir (Aydın ve ark. 2007, Amerikan Psikiyatri Birliği 1994, Leung ve Robson 1993). Erken çocukluk dönemi masturbasyonu; çocuğun kendi cinsel organını uyarması, terleme, kızarma ve sık nefes alma gibi bulguların yaşandığı, tıbbi bir bozukluğun eşlik etmediği ancak bunlarla birlikte anne-babayı rahatsız edici bir durumdur (Amerikan Psikiyatri Birliği 1994, Leung ve Robson 1993).

Kız çocuklarda erkeklere göre daha sık görülmekle birlikte masturbasyon çocuklarda nadir rastlanan bir durumdur ve zamanla kendiliğinden düzelebilmektedir (Couper ve Huynh 2002). Masturbasyon çocuğun preödüpal gelişimi sırasında, kendi bedenini tanıma eylemi olarak ortaya çıkan fallik dönemde görülen bir süreçtir (Koptagel 2001).

Geçmiş yıllarda ahlak açısından kabul edilmeyen bir davranış olarak değerlendirilirken, günümüzde seksüel davranışının normal bir parçası olarak kabul edilmektedir. Çocuklar normal gelişim sürecinde yaşamının 3-4. aylarında cinsel organlarını keşfetmekte, 6-7 aylık iken cinsel organları ile oynamaya başlamaktadır. Literatürde genital organlar ile oynama durumundan istekli masturbasyona geçişin yavaş ilerleyen bir zaman dilimi olduğu ve yaşamın ikinci yılına kadar uzayabileceği ifade edilmektedir (Aydın ve ark. 2007).

Hastalıkların ve Sağlık Sorunlarının Uluslararası Sınıflandırması ölçütüne (Classification of Mental and Behavioural Disorders: ICD-10) göre çocukluk masturbasyonu "çocuklukta ve ergenlikte başlayan diğer davranışsal ve duygusal bozukluklar" başlığı altında yer almakta (Dünya Sağlık Örgütü 1992) fakat Amerikan Psikiyatri Birliği'nin (1994) Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal el kitabında (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders; DSM-IV) yer almamaktadır (Amerikan Psikiyatri Birliği 1994).

Çocuklarda masturbasyon davranışının başlangıcı erken çocukluğun herhangi bir döneminde olmakta ve tipik olarak ilk bir yaş içinde başlamaktadır (Nechay ve ark. 2004). Özellikle 3-5 yaşları arasında (Aydın ve ark. 2007) kız çocuklarda daha fazla görülmektedir (Johnston 2008). Ünal (2004), masturbasyon yaptığı için kliniğe getirilen çocukların yaklaşık %80'inin kız, %20'sinin erkek olduğunu, Ülgen (2010), kız çocuklarının davranış değişikliğinin daha çabuk farkedilmesi, bu durumun bir hastalık ya da sapkınlık olabileceği, erkek çocukların masturbasyon davranışı kabul edilebilir ancak kızların bu davranışının kabul edilemez bir durum olması ve bu nedenle ilerde kız çocuklarının zorluklarla karşılaşabileceği düşünceleriyle daha fazla doktora getirildiklerini bildirmiştir.

Bebeklik ve erken çocukluk çağlarında özellikle uykuda cinsel organlarda görülen uyanıklık masturbasyon olarak kabul edilmemelidir. 3-5 yaşlarından itibaren yıkanma ya da temizlenme sırasında cinsel organlarla temas çocukta uyarı ve haz nedeni olabilir. Tesadüfi olan bu duygulanma, çocuk için doyum uğraşısı biçiminde gelişebilmektedir (Ülgen 2010).

Sağlıklı bir bebek anne memesini veya biberonunu emdiğinde doyarak, kolaylıkla sakinleşip uykuya dalmakta, böyle bir doyumunu yaşamadığı durumlarda gevşeyebilmek için başka yollar aramaktadır. Örneğin anne sevgisinden ve sıcaklığından yoksun olan bebek parmaklarını emerek rahatlamaya çalışırken benzer şekilde bazı çocukların da genital bölgelerini uyarmasıyla bir çeşit doyum sağlayarak rahatladıkları ve uykuya daldıkları belirtilmektedir. Parmak emme ve masturbasyonun birçok açıdan benzerlik gösterdiği bilinmektedir (Ünal 1999).

Çocukların bazıları ellerini cinsel organına sürme, bazıları minder, koltuk gibi nesnelere sürünme, bazıları cinsel organını kaşıma, bazıları bacaklarını kenetleyerek kendini sıkma gibi davranışlarla genital bölgelerini uyarır ve haz alır (Özbey 2006). Bu dönemde çocukta aniden flushing, terleme, kızarma, sık nefes alıp verme belirtileri görülür (Johnston 2008, Ertuğrul ve Aydın 2005, Nechay ve ark. 2004, Tütüncüoğlu ve Tekgül 1999).

### **Tanı**

Masturbasyonun çocuklarda da görülebilen bir davranış olduğunun bilinmesinden dolayı masturbasyonun tanısına ilişkin sorunlar yaşanmaktadır. Uzun süre ayrıntılı radyolojik yöntemlerle incelenen, çeşitli antiepileptik ilaçlar almasına rağmen nöbetlerinin azalmadığı düşünülen çocuklarla karşılaşabilmektedir. Ayrıntılı bir öykü masturbasyonu diğer medikal sorunlardan ayırmak için yeterli olabilmektedir (Ünal 2004).

Masturbasyon aktivitesi birkaç dakika sürmekte, sonrasında çocuk gevşemekte, soluklaşmakta ve yorgun düşerek sıklıkla uykuya dalmaktadır. Bu hareketler sırasında çocuğun hareketi yapması engellenirse, aşırı sıkıntı göstermekte, devam etmek istemektedir. Çocuk masturbasyon öncesinde bir hazırlık dönemi yaşamakta, genellikle yalnız kalmak istemekte ya da yalnız kalınca bu davranışı yapmaktadır (Tütüncüoğlu ve Tekgül 1999).

Masturbasyon sırasında gözlerde boş bir bakış görülmesi, bu belirtinin bir tür nöbet ile karıştırılmasına neden olabilir (Johnston 2008, Ertuğrul ve Aydın 2005, Tütüncüoğlu ve Tekgül 1999). Masturbatuar davranış; epilepsi, karın ağrısı, proksimal distoni veya diskinezi gibi yanlış tanımlar alabilir. Masturbatuar davranışın şekli yanlış tanı konulmasına neden olabilmekte, genital organları doğrudan elle uyardıktan masturbatuar davranış gösteren çocuk farklı bir tanı alabilmektedir. Tekrarlayan sıçrayıcı kasılmalar çocuğun hatalı epileptik infantil spazm tanısı almasına neden olmaktadır. Ayrıca çocuk masturbasyon sırasındaki ritmik hareketler esnasında mutsuz görünüyorsa tanının konulması daha da zorlaşmaktadır (Johnston 2008, Couper ve Huynh 2002). Aydın ve ark. (2007), yaptıkları çalışmada erken çocukluk dönemi masturbatuar davranışının, birçok hastada gereksiz incelemelerin ve bazı olgularda da epileptik tedavilerin başlatılmasına neden olduğu belirtilmiştir. Masturbasyon ve epileptik nöbet tanısının karıştırılmaması açısından belirtilerin iyi gözlenmesi önemlidir. Epileptik nöbetin başlangıcı genellikle anidir, istemsiz gelişir, kasılma ve titreme hareketleri mevcuttur. Her yerde olabilmekte, yaralanma ve bilinç kaybı gözlenebilmektedir. Masturbasyonda ise başlangıçta hazırlık dönemi olmakta, sallanma ve sürünme hareketleri istekle gerçekleşmektedir. Çocuk masturbasyon yapmak için genellikle yalnız kalmak istemekte ve bu sırada bilinç kaybı olmamaktadır (Tütüncüoğlu ve Tekgül 1999).

Çocuk bedenini keşfederken, çoğu zaman tesadüfen cinsel organından haz aldığını hisseder ve pek çok nedenden dolayı bunu tekrar deneyerek alışkanlık haline getirir. Çocukta cinsel haz almayı kavrayacak bilinç düzeyi gelişmediğinden masturbasyon yaparken cinsel haz almayı amaçlamamaktadır (Özbey 2006).

Erken çocukluk dönemi masturbasyonu pediatristler ve çocuk psikiyatristleri için önemli bir konu olmakla birlikte yapılan klinik çalışmalar sınırlı sayıdadır (Aydın ve ark. 2007, Couper ve Huynh 2002, Ünal 2000). Gözlemin iyi şekilde yapılması ve dikkatli bir sorgulama tanı için çok önemlidir. Çocuk masturbasyon yaparken ilgisinin başka yöne çekilmesi ile eylemin durdurulması; bu duruma çocuğun kızgınlık ve öfke göstermesi en önemli belirtilerdir (Couper ve Huynh 2002, Mink ve Neil 1995).

### **Masturbasyonun Nedenleri**

Çocukluk dönemi masturbasyonuna birçok etkenin neden olduğu, çocuğun çevresiyle iletişimde yeterince doyuma ulaşamaması ise temel neden olarak bildirilmektedir (Özbeş 2006, Akduman ve ark. 2005, Kavaklı 1992).

Duygusal istismar ve ihmale maruz kalan çocuklarda çeşitli duygusal, davranışsal, gelişimsel ve sosyal bozukluklar ortaya çıkmakta (Glaser 2001), bunlar arasında çocukluk çağı masturbasyonu da yer almaktadır (Taner ve Gökler 2004). Çocukların cinsel kötüye kullanımı sonucu ortaya çıkan davranış bozukluklarının klinik belirti ve bulguları içerisinde çocuklarda masturbasyon davranışının da bulunduğu bildirilmiştir (Türkbay ve ark. 1998).

İlgiden yoksun kendi halinde büyüyen, emzirilmeyen, zamanından önce veya hızlı şekilde memeden kesilen, yeterince emzirilmemiş ya da emme duygusu doyuma ulaşmamış çocukların bir kısmının uyarılma eksikliği nedeniyle genital bölgesini uyararak bu duygusunu gidermeye çalışması sonucu erken çocukluk dönemi masturbasyonu davranışı görülürken; diğer bir kısmı ise, kulaklarını okşama, parmaklarını emme gibi alışkanlığa dönüşebilen davranışlarla rahatlamaya çalışmaktadır. Yeni bir kardeşin dünyaya gelmesi ve ilginin yeni kardeşe yöneltilmesiyle yalnızlık hisseden çocuklarda ya da ebeveynlerinden birisi evden ayrılmış olan çocuklarda da masturbasyon davranışı görülebilmektedir (Özbeş 2006, Ünal 2004). Ayrıca Ünal (2004), çalışmasında çocukların çoğunun kendileriyle ilgilenilmediğinde masturbasyon yaptıkları ve başka birinin ilgilenmesi durumunda ise yapmadıklarını gözlemlendiğini ifade etmiştir.

Aydın ve ark. (2007), erken çocukluk dönemi masturbasyonu tanısı alan olguların sosyo-demografik ve klinik özelliklerini inceledikleri çalışmada; olguların hiçbirinde duygusal yoksunluğa yol açabilecek aile içi geçimsizlik, boşanma veya ölüm gibi durumların olmadığı, olgularının ikisi hariç tümünün ailenin tek çocuğu veya sonuncu çocuğu olduğu, masturbasyon davranışına kardeş doğumunun oluşturacağı psikolojik bir travmanın etkisinin olmadığı bildirilmiştir. Aynı çalışma sonucunda masturbasyon davranışına anne-baba yaşı, eğitim düzeyi ve yaşanan çevrenin etkisinin olmadığı, anne sütü alma süresi, kreş veya bakıcıya bırakılma gibi etmenlerin de erken çocukluk dönemi masturbasyonun da rol oynamadığı ifade edilmiştir (Aydın ve ark. 2007).

Yurtbay ve ark. (2004), gerçekleştirdiği çalışmada da çocuğa verilen bakım dışında duygusal desteğin önemi vurgulanmıştır. Ayrıca literatürde çocukların cinsel istismara maruz kalmaları durumunda davranışsal reaksiyonlar (enüresis, enkopresis, uyku bozuklukları, bulantı, kusma, karın ve baş ağrısı, karşı cinsel güvensizlik)

gösterebildikleri belirtilmektedir (Ovayolu ve ark. 2007, Akduman ve ark. 2005, Yurtbay ve Görker 2004).

Masturbasyon davranışını başlatan nedenler arasında, idrar yolu enfeksiyonları, balanit, vulvovajinit, çocuk bezi dermatiti ve paraziter hastalıkların oluşturduğu kaşıntı yer almaktadır. Çocuklarda masturbasyon davranışı veya genito üriner sorunların neden olduğu kaşıntı sonucu cinsel organ bölgelerinde lokal irritasyon meydana gelebilir. (Ülgen 2010, Aydoğmuş 2004, Ünal 1999, Kavaklı 1992). Ancak dokunsal ve duygusal yoksunluğun masturbasyon davranışının başlamasına genito üriner sorunlara göre daha fazla neden olduğu ifade edilmektedir ( Ünal 2004, Ünal 1999).

Çocuğa dar çamaşırların giydirilmesi (Aydoğmuş 2004) sonucu aşırı sürtünme olması nedeniyle genital bölgenin uyarılmasıyla haz alınması ve çocuğun bunu fark etmesi masturbasyon davranışının başlamasına sebep olabilmektedir (Özbey 2006). Anne memesiyle ilgili herhangi bir yoksunluk yaşanmaması durumunda bile bebeklerin erken dönemlerde genital organlarıyla ilgilendikleri bilinmektedir. İlk dört ay içinde genital organlarının temizlenmesi ve altlarının bağlanması ile ilgili duyularını fark eden bebekler hazır bir şekilde temizlenmeyi beklemekte, bundan hoşlandıklarını belli etmekte ve sonraları haz arayışı daha ön plana çıkabilmektedir (Ünal 1999).

Aydın ve ark. (2007), erken çocukluk masturbasyonunun zemininde genetik faktörlerin de rol oynayabileceğini bildirmişlerdir. Aynı çalışmada olgulardan birinin babasında, birinin büyük kardeşinde, birinin de dayısında çocukluk döneminde benzer yakınmaların bulunduğu ve kız olgulardan ikisinin kardeş olduğu ifade edilmiştir (Aydın ve ark. 2007).

### **Masturbasyonun Çocuk Üzerindeki Etkileri**

Erken çocukluk döneminde yapılan masturbasyonun aşırı olmamak ve çocuğa fiziksel bir zarar vermemek koşuluyla çocuk için hiçbir tehlikesi ve zararı olmadığı, doğal ve sağlıklı bir davranış olduğu bildirilmiştir. Her ne kadar davranış bozuklukları arasında yer alsada alışkanlık haline dönüşüp çocuğa zarar vermediği sürece gerilimi azaltan parmak emme tırnak yeme davranışı gibi masturbasyon da çocuktaki gerilimi azaltan bir davranıştır. Çocuğun duygusal sorunlarının ve çevresinden yardım istediğinin göstergesi olması açısından önemlidir (Kavaklı 1992). Birçok çocukta görülen zararsız bir belirti olmakla birlikte anne babanın konuya aşırı önem vermesi ile çocukta suçluluk duygusu oluşabilmektedir. Aşırı ve sürekli masturbasyonun büyük bir problemin işareti olabileceği unutulmamalıdır (Ekşi 2002).

Çocukta masturbasyon sonucu genital organlarda ağrı, doku harabiyeti oluşuyorsa, utanma, suçluluk gibi duygular gelişmeye başlamışsa, davranış çok aşırı olup diğer aktivitelerini engelliyorsa, aile çocuğun masturbasyon davranışı üzerinde aşırı şekilde duruyor, sürekli dikkat ederek her fırsatta ikaz ediyorsa çocuk için zararsız olan bu davranış zararlı ve tehlikeli hale gelebilir (Kavaklı 1992). Ünal (1999), cinsellikle ilgili konuların ülkemizde daha ciddi bir şekilde ele alındığını, kültürlerarası farklılıklardan dolayı ana-babaların masturbasyona karşı gösterdikleri tepkilerin değiştiğini, ülkemizde azarlama, dövme, korkutma ve ayıplama şeklindeki tepkilerin batı ülkelerine göre daha çok görüldüğünü bildirmiştir. ABD’de yapılan benzer çalışmada mastur-

basyondan dolayı çocukların cezalandırma oranının Ünal'ın çalışma bulgularının yaklaşık onda biri olduğu belirtilmiştir (Ünal 1999).

### **Tedavi ve Hemşirelik Yaklaşımı**

Tedavide öncelikle lokal iritasyon yapabilecek yanlış giysi seçimi, kıl kurdu, vulvovajinit, bez dermatiti gibi nedenler araştırılıp varsa ortadan kaldırılmalı, ailelere giysi seçimi konusunda eğitim verilmelidir (Özbey 2006, Tütüncüoğlu ve Tekgül 1999).

Erken çocukluk dönemi masturbasyonu ailede sıkıntı oluşturmakta, tanı konulduktan ve istismar şüphesi dışlandıktan sonra ailenin endişelerinin giderilmesi gerekmektedir (Aydın ve ark. 2007, Ünal ve Sonuvar 1994). Erken çocukluk dönemi masturbasyonunda aileye yaklaşımda ilk önem taşıyan basamak çocuklarında masturbasyon şikayeti ile kliniğe başvuran ana-babalara çocukluk masturbasyonu konusunda bilgi vermek ve onları sakinleştirmektir (Johnston 2008, Aydın ve ark. 2007, Ünal 2004). Gelişimsel süreç ile erken çocukluk dönemi masturbasyonunda kendiliğinden düzelme görülmektedir (Aydın ve ark. 2007, Couper ve Huynh 2002).

Ailelere yapılacak eğitimde; çocukta ne zaman ve hangi ortamda masturbasyon eğiliminin arttığına dikkat etmeleri, o zamanlarda çocuğun dikkatinin başka yönlere odaklanmasının sağlanması veya bulunduğu ortamı değiştirme çabası içine girmeleri önerilmektedir. Ailelere çocukların masturbasyon davranışına sıklıkla mutsuz hissettikleri, sıkıntılı ve sorunlu oldukları zamanlarda başvurdukları belirtilmelidir (Kavaklı 1992). Ayrıca bu davranışın masum olduğu cinsel doyuma ulaşma olmadığı açıklanmalıdır (Tütüncüoğlu ve Tekgül 1999).

Çocukta masturbasyon başladıktan sonra ilgisini başka yöne çekmek yararlı olabilmektedir. Ancak masturbasyonun ortaya çıkabileceği zamanların belirlenerek, bu davranış ortaya çıkmadan önce çocuğa bu davranışın yerine geçebilecek yeni bir seçenek sunmak yararlı olabilecektir. Örneğin, uykuya dalmakta güçlük çekmesi nedeniyle uyku öncesi masturbasyon yaptığı gözlenen bir çocuğun uyku hazırlığında saçının okşanması ya da masal anlatılması çocuğun masturbasyon dışında başka bir seçenekle uykuya dalmasına ve ailesiyle iletişiminin güçlenmesine yardımcı olacaktır (Ünal 1999).

Çocukta duygusal bazı boşlukların varlığında aşırı masturbasyon eğilimi görülmektedir. Aile içindeki ilişkilerde bu boşlukların ve çatışmaların belirlenip, ortaya çıkarılması ve düzeltilmesi tedavide yararlı olmaktadır (Koptagel 2001).

Bebek en az altı ay emzirilmeli, anne çalışıyorsa ya da çeşitli nedenlerle anne sütü kesilecekse bebeğin biberonla beslenmesi ya da yalancı emzik emmesi sağlanmalıdır. Bebeklerin sevgi duygusunun giderilmesi için dokunmanın önemi aileye vurgulanmalı bu nedenle beslenmenin kucakta gerçekleştirilmesine özen gösterilmesi gerektiği belirtilmelidir (Özbey 2006). Memeden kesilme, bakıcıya bırakılma, ebeveyn kaybı gibi çocuk için travmatik olabilecek durumlarda çocuğa yeterli güvenin ve ilginin verilmesi için sevgi gösterilmesi gerektiği ailelere anlatılmalıdır (Ülgen 2010).

Yeni bir kardeşin dünyaya gelmesiyle bütün ilgi çocuktan alınıp yeni kardeşe verildiğinden çocukta ani bir yalnızlık hissi ve kıskançlık duygusu oluşabilmekte,

çocuk duygu açlığını masturbasyon veya regresyon davranışları ile karşılamaya çalışabilmektedir. Bu nedenle kardeşi olan çocuğa ilginin kardeşine gösterilen ilgiyle eşit düzeyde olması gerekliliği konusunda aileler bilgilendirilmelidir (Özbey 2006).

Uyaransızlık nedeniyle bütün gün yalnız başına olan ve masturbasyon yapan çocuğun kendisi için önemli olan kişilerle, özellikle anne babası ile daha fazla birlikte zaman geçirmesi ya da sosyal bir ortam olan okul öncesi eğitim kurumuna başlatılması önerilmektedir (Ünal 1999).

Çocuklar cinsellikle ilgili ilk soruları iki yaşından önce sormaya başlamaktadır (Özgüven 1997). Sıklıkla 4 yaş civarındaki çocukların cinsiyetle ilgili sorularına ailenin, çocuğun anlayabileceği açık ve basit cevaplar vermesi ve çocuğun merakını gidermesi gerekmektedir (Kavaklı 1992). Çocuklar 2-4 yaşları arasında kendi vücut yapılarını keşfetmeye başladıklarından kendi cinsel organlarını ellemekte, başkalarını gözlemlemekte, kendine benzeyip benzemediklerini anlamaya çalışmaktadır. Bu davranışlarından dolayı azarlanıldıklarında ve sert bir şekilde cezalandırıldıklarında çocuk ilgiyi çekmek için bu davranışlarında ısrar etmekte ve davranışı ebeveynler görmeden yapmaktadır. Bu yüzden ilerleyen zaman içinde çocukta suçluluk duygusu gelişmeye başlamaktadır (Özgüven 1997). Tedavi yaklaşımında **cezalandırma, utan-dırma ve azarlamanın yeri yoktur** (Özbey 2006, Tütüncüoğlu ve Tekgül 1999).

İlk 6 ayda masturbasyon görülen bebeklerde fiziksel engelleme için kalın ara bezi kullanımı yararlı olmaktadır. Ancak altı aydan büyük çocuklarda fiziksel olarak engellemeye yönelik bir yöntem kullanılmamalıdır (Tütüncüoğlu ve Tekgül 1999).

Bazı aileler, çocukları topluluk önünde masturbasyon yaptığında utanmakta, huzursuz olmakta, onaylamamakta ve sağlıksız olduklarını düşündükleri için hemen durdurulması gerektiğine inanmaktadır. Masturbasyon davranışı gösteren çocukların aileleri çocuklarının ilerde cinsel bakımdan sorunlu bir yetişkin olacaklarından korktukları için endişelenmekte ve çocuğu vazgeçirmek için her fırsatta cezalandırma yolunu tercih etmektedir (Kavaklı 1992). Ailenin bu şekildeki davranışı çocuğun masturbasyona daha çok odaklanmasına neden olmaktadır. Bu durumda ailelere çocuğun bu davranışı üzerinde durmamaları, çok sık tekrarlıyorsa çocuğu korkutmadan ve konu hakkında konuşmadan dikkatini başka yöne çekmelerinin yeterli olacağı açıklanmalıdır (Koptagel 2001).

Bebeğin ilgisini başka yöne çekmek için beşiğine, arabasına renkli, hareketli oyuncaklar asılmalı, daha büyük çocuklarla ailesi daha çok oynamalı ve ilgi göstermelidir. Çocuk başka haz alabileceği kaynakları keşfedince masturbasyondan vazgeçmektedir (Özbey 2006, Tütüncüoğlu ve Tekgül 1999, Kavaklı 1992).

Aileye masturbasyon davranışının başlamasına neden olabilecek genital ve gluteal bölgeye vurma ya da okşama gibi uyarıcı davranışlardan kaçınması önerilmektedir (Tütüncüoğlu ve Tekgül 1999).

Pediatri hemşiresi; çoğunlukla yukarıda sözü edilen davranışsal yaklaşımları uyguladığında sorunun ve bu davranışın aile üzerindeki etkisinin azalacağı düşünülmektedir.



## **KAYNAKLAR**

- Akduman GG, Ruban C, Akduman B ve ark. Çocuk ve cinsel istismar. *Adli Psikiyatri Dergisi* 2005; 3(1): 9-14.
- Amerikan Psikiyatri Birliği (1994) *Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı*, dördüncü baskı (DSM-IV) (Çev.ed.: E Köroğlu) Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 1995.
- Aydın M, Yılmaz H, Kabakuş N ve ark. Erken çocukluk dönemi masturbasyonu tanısı alan olgularımızın sosyo-demografik ve klinik özellikleri. *Türkiye Klinikleri, J Pediatr* 2007; 16: 13-18.
- Aydoğmuş K. Çocuklarda uyum ve davranış bozuklukları. (içinde). *Ana Baba Okulu*. (Aydoğmuş K, editör). 11. Basım. İstanbul: Remzi Kitabevi; 2004.
- Couper RT, Huynh H. Female masturbation masquerading as abdominal pain. *J Pediatr Child Health* 2002; 38: 199-200.
- Ekşi A. Çocuklarda masturbasyon. In: Neyzi O, Ertuğrul T, eds. *Pediatric*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi; 2002: 1421.
- Ertuğrul S, Aydın M. Epileptik olmayan paroksizmal bozukluklar. *Güncel Pediatri* 2005; 3: 90-94.
- Glaser D. Emotional abuse and neglect (psychological maltreatment): A conceptual framework. *Child Abuse Negl* 2002; 26: 697-714.
- Dünya Sağlık Örgütü (1992) *ICD-10 Mental ve Davranışsal Bozukluklar: Genellikle Çocukluk ve Adolesan Döneminde Başlayan Davranışsal ve Emosyonel Bozukluklar. Hastalıklar ve Sağlık Problemlerinin Uluslararası İstatistiksel Sınıflandırılması. (Onuncu Revizyon)*. Ankara: Sağlık Bakanlığı; 2007.
- Johnston MV. Sinir Sistemi: Nöbetleri taklit eden durumlar. In: Kliegman RM, Jenson HB, eds. *Nelson Pediatri*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi; 2008: 2009-12.
- Kavaklı A. Çocuklarda sık görülen psikososyal sorunlar. (içinde) *Çocukluk Yaşlarında Büyüme ve Gelişme*. (Kavaklı A, editör). 1.basım. İstanbul: Hilal Matbaacılık; 1992: 233-235.
- Koptagel G. Cinsellik/cinsel davranış ve cinsel patoloji. (içinde) *Tıpsal Psikoloji*. (Koptagel G, editör). 4. basım. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2001: 242.
- Leung AK, Robson WL. Childhood masturbation. *Clin Pediatr* 1993; 32: 238-241.
- Mink JW, Neil JJ. Masturbation mimicking paroxysmal dystonia or dyskinesia in a young girl. *Mov Disord* 1995; 10(5): 18-20.
- Nechay A, Ross LM, Stephenson JB & et al. Grafitication disorder "infantile masturbation": A review. *Arch Dis Child* 2004; 89: 225-6.
- Ovayolu N, Uçan Ö, Serindağ S. Çocuklarda cinsel istismar ve etkileri. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi* 2007; 2(4): 13-22.
- Özgüven İE. Cinsel Eğitim: Cinsel eğitimin başlangıcı. Ankara: PDREM Yayınları; 1997: 289.
- Özbey Ç. Çocukluk Masturbasyonu. (içinde). *Çocuk Gelişiminde Yaşanan Sorunlar*. (Özbey Ç, editör). İnkılap Kitabevi; 2006: 124-128.
- Taner Y, Gökler B. Çocuk istismarı ve ihmali: Psikiyatrik yönleri. *Hacettepe Tıp Dergisi* 2004; 35: 82-85.
- Türkbay T, Söhmen G, Söhmen, T. Çocuk ve ergenlerde cinsel kötüye kullanım klinik bulguları, olası sonuçları ve önleme. *Psikiyatri, Psikoloji, Psikofarmakoloji Dergisi* 1998; 1: 48-54.
- Tüttüncüoğlu S, Tekgül H. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları: Çocukluk Çağı Masturbasyonu. (içinde) *Cura A* (ed). *Nörolojik Hastalıklar*. İzmir: E.Ç.V. Yayınları; 1999: 777-778.
- Ülgen M. Çocukluk ve Ergenlik Döneminde Görülen Uyum ve Davranış Sorunları: Masturbasyon. Retrieved November 25, 2011, from [www.okulweb.meb.gov.tr/28/01/814979/kitap/11.doc](http://www.okulweb.meb.gov.tr/28/01/814979/kitap/11.doc).
- Ünal F. Çocukluk masturbasyonu. *Katkı Pediatri Dergisi* 2004; 5: 820-825.
- Ünal F. The clinical outcome of childhood masturbation. *Turk J Pediatr* 2000; 42: 304-7.
- Ünal F. Çocukluk Masturbasyonu. (içinde) Ekşi A (ed). *Ben Hasta Değilim: Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Psikososyal Yönü*. Nobel Tıp Kitabevleri; 1999: 72-75.

Ünal F, Sonuvar B. Çocukluk masturbasyonu: Kontrollü bir çalışma. Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı Dergisi 1994; 1: 87-95.

Yates A. Childhood Sexuality. (içinde) Lewis M (ed). Child and Adolescent Psychiatry. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 2002: 274-286.

Yurtbay T, Görker I. Çocukluk masturbasyonu olgularının duygusal ve davranış sorunları ile annelerinin tutum ve ruhsal belirtileri arasındaki ilişki. Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi 2004; 11(2): 65-74.

## **OLGU SUNUMU: OREM'İN ÖZ BAKIM TEORİSİNE GÖRE JUVENİL DERMATOMİYOZİTLİ HASTANIN DEĞERLENDİRİLMESİ VE HEMŞİRELİK BAKIM PLANI**

*CASE REPORT: NURSING CARE PLAN AND EVALUATION OF PATIENT WITH JUVENILE DERMATOMYOSITIS ACCORDING TO OREM'S SELF-CARE THEORY*

**Gülçin ÖZALP GERÇEKER\***      **Dilek BEYTUT\*\***  
**Gonca KARAYAĞIZ MUSLU\*\*\***      **Figen YARDIMCI\***

\*Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Çocuk Sağ. ve Has. Hem. AD.

\*\*İzmir Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu

\*\*\*Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Fethiye Sağlık Yüksekokulu

Bu olgu sunumu, Uluslararası Katılımlı 3. Ulusal Pediatri Hemşireliği Kongresinde (6-9 Eylül) poster bildirisi olarak sunulmuştur.

### **ÖZET**

Bu olgu sunumu "Juvenil Dermatomiyozit" tanısı ile yoğun bakım ünitesinde izlenen hastanın Orem'in "Öz Bakım Teorisine" göre öz bakım gereksinimlerinin belirlenmesi ve hemşirelik bakım planında sunulması amacıyla planlanmıştır. Juvenil Dermatomiyozit başlıca çizgili kasları ve deriyi tutan sebebi bilinmeyen kronik, inflamatuvar ve otoimmün bir hastalıktır. Kas güçsüzlüğü, döküntülerle karakterizedir. Kesin tanısı, simetrik, progresif, proksimal kas zayıflığı, serumda kas enzimleri konsantrasyonunun artışı, anormal EMG bulguları, kas biyopsisinde kronik inflamasyon görünümü ve karakteristik deri bulguları ile konulmaktadır. Patofizyolojisi bilinmemektedir, hücresel ve humoral immünite ile ilgili komponentlerin damar ve kasların hasarlanmasını başlattığı düşünülmektedir. Nadir görülen bu hastalığın bulguları olgumuzda öz bakım gereksinimini karşılayamamasına ve yoğun bakım gereksiniminin doğmasına neden olmuştur. Öz Bakım Teorisi, hemşirelik uygulamalarında sık kullanılan kuramlardan biri olup, Orem tarafından oluşturulmuştur. Birey, bilgi, beceri ya da motivasyon eksikliği nedeniyle gerekli öz bakım gücüne sahip olmayabilir. Bu durumda hemşire bireyin tedavi edici öz bakım isteğini karşılamak için gücünü değerlendirirken bilgi, beceri ve motivasyonuna ilişkin öz bakım gücü sınırlılıklarını ve yapamadıklarını tanırlar. Bu olgu sunumunda öz bakım gereksinimleri belirlenmiş olup ve olgunun öz bakım gereksinimlerini üç temel faktör etkilemiştir: kas güçsüzlüğü, solunum sıkıntısı, doku bütünlüğünde bozulma. Bu verilere dayanarak Hava Yolu Örüntüsünde Yetersizlik, Doku Bütünlüğünde Bozulma, Fiziksel Mobilitede Bozulma, Sıvı Volüm Dengesizliği, Beden Gereksiniminden Az Beslenme, Enfeksiyon Riski, Oral Mukoz Membranlarda Bozulma Riski, Öz Bakım Eksikliği, Aile içi Süreçlerde Bozulma ve Sözel İletişimde Bozulma tanıları ve uygun hemşirelik girişimleri ile hemşirelik süreci oluşturulmuştur.

**Anahtar Kelimeler:** Öz Bakım, Orem, Juvenil Dermatomiyozit, hemşirelik bakımı

## ABSTRACT

*This case report presents determination of a patient's self care requirements and nursing care plan who was diagnosed with Juvenile Dermatomyositis and monitored in an intensive care unit according to Orem's Self-Care Theory. Juvenile Dermatomyositis is a chronic, inflammatory and autoimmune connective tissue disease with an unknown cause and it is often characterized with myasthenia and skin eruption. The final diagnosis is made with symmetric, progressive and proximal myasthenia, an increase in the concentration of blood enzymes in serum, abnormal EMG findings, chronic inflammation in muscle biopsy and characteristic skin findings. Its pathophysiology still remains unknown yet it is commonly assumed that cellular and humoral immunity related components triggers the deterioration of veins and muscles. Despite being a rare disease, its findings caused our patient in this case to fail to fulfill self-care requirements and urged for an intensive care program. Developed by Orem, the Self-Care Theory is one of the most common theoretical approaches in nursing practices. Individuals may sometimes be deprived of self care abilities due to a lack of knowledge, skills or motivation. Consequently, nurses are expected to evaluate their potential to conduct curative self care activities and identify their self care limitations and disadvantages in terms of knowledge, skills and motivation. This care report investigates the self care requirements and the self care requirements of the case are determined by three basic factors: myasthenia, shortness of breath and skin deterioration. Considering such data at hand, a special nursing care and appropriate nursing initiatives were designed with the diagnoses of Ineffective Airway Clearance, Impaired Tissue Integrity, Impaired Physical Mobility, Deficient Fluid Volume, Nutrition: less than body requirements, Risk of Infection, Risk of Altered Oral mucous membrane, Communication: Impaired, Verbal, Interrupted Family Processes and Self-care Deficit.*

**Key Words:** Self-Care, Orem, Juvenile Dermatomyositis, nursing care

## GİRİŞ

Hemşirelik teorisyenlerinden Orem, insan ve çevre arasında karşılıklı etkileşim olduğunu savunmaktadır. Orem teorisinde, insanın eşsiz üniter bir varlık olduğunu, asla çevresinden ayrı düşünülemediğini ifade etmiş ve hemşireliğin paradigmasını oluşturan insan, sağlık, çevre ve hemşirelik kavramlarının tanımlarını da bu görüş doğrultusunda yapmıştır (Fawcett 2005). Öz Bakım Yetersizliği Hemşirelik Teorisi, hemşirelik uygulamalarında en sık kullanılan teorilerden biridir. Teori, ilk kez Dorethea Elizabeth Orem tarafından 1956 yılında "Öz Bakım Teorisi" olarak oluşturulmaya başlanmıştır, 1971 ile 2001 yılları arasında "Öz Bakım Eksikliği Hemşirelik Teorisi" olarak şekillendirilmiştir (Denyes et al. 2001, Orem 2001).

Öz Bakım Yetersizliği Teorisi, kişinin ne zaman, ne tür hemşirelik bakımına ihtiyacı olduğunu göstermektedir. Birey, bilgi, beceri ya da motivasyon eksikliği nedeniyle tedavi edici öz bakım gereksinimini karşılamak için gerekli öz bakım gücüne sahip olmadığında hemşire bireyin tedavi edici öz bakım isteğini karşılamak için gücünü değerlendirirken bilgi, beceri ve motivasyonuna ilişkin öz bakım gücü sınırlılıklarını ve yapamadıklarını tanımlanmaktadır (Denyes et al. 2001, Orem 2001).

Orem üç tip öz bakım gereksinimi tanımlamaktadır;

1. Evrensel öz bakım gereksinimleri
2. Gelişimsel öz bakım gereksinimleri
3. Sağlıktan sapma durumlarında öz bakım gereksinimidir (Orem 2001).

## YÖNTEM

Bu olgu sunumunda "Juvenil Dermatomiyoit" tanısı ile yoğun bakım ünitesinde izlenen hastanın Orem'in "Öz Bakım Teorisine" göre öz bakım gereksinimlerinin belirlenmesi ve hemşirelik bakım planının sunulması amaçlanmıştır.

Hemşirelik bakımında kaliteyi sağlamak, hastaların sağlık durumlarının ve problemlerinin kolay ifade edilebilmesi için standart bir dil geliştirme zorunluluğunu ortaya çıkarmıştır. Bu amaçla, günümüzde Kuzey Amerikan Hemşireler Birliği (NANDA) Sınıflandırma Sistemi, Gordon'un Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri, Omaha sistemi, Hemşirelik Girişimleri Sınıflaması-NIC ve Hemşirelik Sonuçları Sınıflaması-NOC gibi birçok sistem geliştirilmiştir. Uluslar arası platformda yaygın olarak kullanılan hemşirelik tanılama terminolojisi NANDA'dır (Ay 2008; Birol 2002; Carpenito-Moyet 2012). Hemşirelik tanılama sistemlerine ilgi giderek artmakta olup; bakım verilen bireylerin hemşirelik tanılarının belirlenmesi ve bu tanıların bakım planında belgeleneşi ve hemşirelik tanıların çeşitli bakım ortamlarına ve bakım modellerine uygulanması önerilmektedir (Carpenito-Moyet 2012). Bu amaçla, olgu sunumunda hastanın Orem'in "Öz Bakım Teorisine" göre öz bakım gereksinimleri belirlenmiş, gereksinimlerini karşılayabilmek amacıyla NANDA sınıflama sisteminde, hemşirelik tanıları kullanılmış ve hemşirelik bakım planında sunulmuştur. Olgunun bilimsel amaçlı verilerinin kullanılacağı konusunda tedavi gördüğü üniteden ve ailesinden sözlü onam alınmıştır.

### Juvenil Dermatomiyoit

Juvenil Dermatomiyoit, başlıca çizgili kasları ve deriyi tutan sebebi bilinmeyen kronik, inflamatuvar ve otoimmun bir hastalıktır. Özellikle kalça ve omuz çevresindeki kaslarda güçsüzlüğe, yüzde, göz kapaklarında, el parmak eklemleri, diz ve dirseklerin dış yüzlerinde döküntülere yol açmaktadır. Dermatomiyoit hem çocuk hem de yetişkinlerde görülür ancak 16 yaş öncesi juvenil dermatomiyoit olarak adlandırılır. Juvenil Dermatomiyoit'in ortalama başlangıç yaşı 6.9 yıldır, kızlarda daha sık olup, görülme sıklığı 3.1/milyon/yıldır (Benzer ve ark. 2006, Behrman ve ark. 2008, Özkaya ve ark. 2008). Dermatomiyoitin kesin tanısı, simetrik, progresif, proksimal kas zayıflığı, serumda kas enzimleri konsantrasyonunun artışı, anormal EMG bulguları, kas biyopsisinde kronik inflamasyon görünümü ve karakteristik deri bulguları ile konulmaktadır. Patofizyolojisi bilinmemekle birlikte, hücresele ve humoral immunité ile ilgili komponentlerin damar ve kasların hasarlanmasına yol açarak hastalığı başlattığı düşünülmektedir (Benzer ve ark. 2006).

### SAĞLIK VE HASTALIK ÖYKÜSÜ

E. Ç. , 7 yaş, erkek

#### Sağlığın Algılanması ve Sağlık Yönetimi:

**Tanı:** Juvenil Dermatomiyoit

**Yakınma:** Kas ödemi, solunum sıkıntısı, deri problemleri

**Öykü:** Son bir aydır maksiller bölgede ödem, son bir haftadır sol perorbital bölgede hematoma oluşması nedeniyle olgu periorbital selülit tanısı ile hastaneye

yatırılmıştır. Sol yanağa yayılan selülit sol orbitaya kadar uzanmaktadır. Servikal bölgede omuz kasları düzeyinde ve sol bukkal bölgede cilt, ciltaltı yağ dokusunda ve kaslar arasında ödem, alt ekstremitelerde zayıflık sonucu çekilen MRG'de, tüm pelvis ve alt ekstremitte kaslarında ve ciltaltı yağ dokusunda yaygın kas ödemi saptanmıştır. İleri tetkikler sonucunda; hipogamaglobunemi, KC enzim eksikliği, hipoalbuminemi, viral enfeksiyona sekonder immun baskılanma, abse oluşumu ve aspergillus sekonder juvenil dermatomiyozit tanısı konmuştur. 28.04.2011 tarihinde bir çocuk yoğun bakım ünitesine yatışı yapılmıştır. Solunum fonksiyonunun bozulması nedeniyle entübe edilmiş, sonrasında trakeostomi açılmıştır. Üniteye aspirasyon pnömonisi gelişmiştir.

**Solunum:** Trakeostomi ile mekanik ventilatör SIMV modunda, sekresyon (+)

**Beslenme ve Metabolik Durum:** Enteral, NG sonda, Pediasure plus 45cc/h, günlük sıvı alımı ort. 1500cc (% 0.9 NaCl (500'e 2amp KCL)

**Boşaltım Şekli:** Üriner katater ile saatlik idrar takibi yapılmıştır. Defekasyon sıklığı 1 kez/gün.

**Aktivite / Egzersiz Durumu:** Alt ve üst ekstremitelerde belirgin kas güçsüzlüğü

**Uyku / İstirahat Şekli:** Yatağa bağımlı, çevresel faktörler minimuma indirilmeye çalışılmaktadır. Gündüzleri sıklıkla uyumaktadır.

**Bilişsel Algılama Biçimi:** Algılanan ağrı yok; invaziv girişim, pozisyon değişimi, pansumanlar ağrıya yol açmaktadır.

**Kendini Algılama / Kavrama Biçimi:** Trakeostomi nedeniyle konuşamamaktadır. Sözsüz iletişim kurulabilmekte, gözlerini açıp kapayarak cevap verebilmektedir.

**Rol İlişki Şekli:** İlköğretim öğrencisidir, hastalık nedeniyle okulu bırakmıştır.

**Stres ile Baş Etme / Tolere Etme Durumu, İnanç ve Değerler Şekli:** İletişim kurulamamaktadır.

**Fiziksel Değerlendirme:** Yaşam Bulguları: Normal (nabız:110/dk, solunum sayısı: 25/dk, kan basıncı: 100/60, ateş:36.7C°) Kilo-Boy: 15kg, 135 cm %3p ↓ Deri: Cildi kuru, periorbital selülit, abdomende yaygın eritem ve döküntü, sağ ve sol kolda ülserasyon, dekübüt (koksiks ve sol gluteal bölgede), Ekstremitelerde yaygın ödem (+2).

## **OREM'E GÖRE OLGUNUN ÖZ BAKIM GEREKSİNİMLERİNİN İNCELENMESİ**

**Evrensel Öz Bakım Gereksinimleri:** İnsan yapı ve fonksiyon bütünlüğünün sürdürülmesinde, yaşam döngüsünün tüm dönemlerinde gereklidir. Orem'e göre evrensel öz bakım gereksinimleri; hava, su, beslenme, boşaltım, aktivite, dinlenme, toplumsal etkileşim ve yalnızlık arasında denge, yaşam ve iyiliğe yönelik tehditlerin önlenmesi, insanların isteği, bilinen sınırlılıkları, potansiyelleriyle uyumlu olarak sosyal gruplar içerisinde gelişimini ve işlevselliğinin artırılmasıdır (Fawcett 2005).

*Olguda hava, su, beslenme, boşaltım, aktivite, etkileşim ve sosyalizasyon gibi temel öz bakım gereksinimleri etkilenmiştir. E.Ç. yatağa bağımlı olduğu için su, beslenme, boşaltım, aktivite gereksinimleri başkaları tarafından karşılanmaktadır. Hava gereksi-*

nimini ise normal yoldan sağlayamadığı için trakeostomi aracılığıyla mekanik ventilasyon yardımı ile solunum işlevini sürdürmektedir. Olgunun evrensel öz bakım gereksinimlerinin karşılanabilmesi için, Kuzey Amerikan Hemşireler Birliği (NANDA) Sınıflandırma Sistemindeki "Hava Yolu Örüntüsünde Etkisizlik, Sıvı Volüm Dengesizliği, Beden Gereksiniminden Az Beslenme, Öz Bakım Eksikliği, Fiziksel Mobilitede Bozulma, Doku Bütünlüğünde Bozulma, Enfeksiyon Riski, Oral Mukoz Membranda Değişiklik Riski, Sözel İletişimde Bozulma, Aile Süreçlerinin Devamında Bozulma" hemşirelik tanıları kullanılarak, bakım planında sunulmuştur.

**Gelişimsel Öz Bakım Gereksinimleri:** Yaşam sürecini ve insan gelişimini devam ettirmek için koşulların devamını, gelişme sürecini etkileyen olumsuz koşulları önleyici bakımı ve farklı gelişimsel aşamalardaki gereksinimleri kapsar (Fawcett 2005).

Olguda hastalığının karakteristik özelliği olan kas güçsüzlüğünün başlamasıyla birlikte koşmak, merdiven çıkmak gibi kaba motor işlevi etkilenmeye başlamıştır. Daha sonra yemek yemek, yazı yazmak gibi ince motor işlevlerinin de etkilenmesiyle olguda arkadaşlarıyla fiziksel aktiviteler yapma, okula gitme, beslenme ve günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştiremez duruma gelmiştir. Olgudaki sağlıkla ilgili yetersizlikler gelişimini tehdit etmektedir. Olgunun gelişimsel öz bakım gereksinimlerinin karşılanabilmesi, aynı zamanda evrensel öz bakım gereksinimlerinin karşılanması ile de ilişkilidir. Ancak, olgudaki kas güçsüzlüğü, solunum sıkıntısı, doku bütünlüğünde bozulma gibi yetersizliklerin giderilebilmesi için yapılan tüm hemşirelik uygulamalarında olgunun gelişimsel özellikleri dikkate alınmalıdır. "Öz Bakım Eksikliği, Sözel İletişimde Bozulma ve Aile Süreçlerinin Devamında Bozulma" hemşirelik tanılarına bakım planında yer verilerek, olgunun sosyalizasyonu, iletişim ve etkileşimi, sosyal destek sistemlerinin sağlanması ile gelişimi desteklenmiştir.

**Sağlıktan Sapmada Öz Bakım Gereksinimleri:** Birey sağlık durumundaki sapmalarda kendi evrensel bakım gereksinimlerini karşılayamadığı zaman öz bakıma gereksinim duyacaktır. Orem, sağlık sapmalarında öz bakımı "yalnızca rahatsızlıklar, sakatlık ya da hastalık olaylarında gereksinilen" durum olarak tanımlar. Hastalığı gösterebilen davranışları gözleme ve birey üzerinde hastalık ve hastalık etkilerini değerlendirme bu kısımda incelenir. Profesyonel hemşirelerin hastaya öz bakımında yardımcı olabilmeleri için hastalığın fizyopatoloji, hemşirelik bilimi ve ilgili diğer bilimlerde bilgi temeli olması gerekir (Fawcett 2005).

Juvenil Dermatomiyozitte hem humoral hem de hücrel komponentlerin damar ve kasların hasarlanmasını başlattığı düşünülmektedir (Benzer ve ark. 2006) Olguda da yavaş yavaş başlayan kas güçsüzlüğü kaba motor ve ince motor işlevlerini zamanla kaybetmesine yol açmıştır. Olguda sağlıktan sapma durumuna yol açan hastalık, evrensel ve gelişimsel öz bakım gereksinimlerinin karşılanabilmesini etkilemiştir. Sağlıktan sapma gereksinimlerinin karşılanabilmesi, evrensel ve gelişimsel öz bakım gereksinimlerinin giderilebilmesine yönelik konulan hemşirelik tanıları ile mümkündür. Bu nedenle olguya bakım veren hemşireler, uygun tıbbi yardımı sağlama, araştırma, hastalığın fiziksel ve kişisel gelişim üzerine etkisinin farkında olma gibi yönlerini uygulamalarına ve bakım işlevlerine aktararak, hemşirelik sürecini planlamışlardır.

### **Hemşirelik Sistemleri Kuramı**

Orem hastanın öz bakım gereksinimlerini karşılamak için üç temel hemşirelik sistemi tanımlar,

1. Tam kompensasyon (tümüyle eksikliği giderici)
2. Kısmi kompensasyon (kısmen eksikliği giderici)
3. Destekleyici ve eğitsel

#### **1. Tümüyle Eksikliği Giderici (Tam Kompensasyon) Hemşirelik Sistemi:**

Bakımın yerine getirilmesinde hastanın aktif rol oynamadığı, hasta birey tüm günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmede tam bağımlı olup tüm gereksinimleri hemşire tarafından karşılanır.

Tümüyle eksikliği giderici hemşirelik sisteminde, "Hava Yolu Örüntüsünde Etkisizlik, Sıvı Volüm Dengesizliği, Beden Gereksiniminden Az Beslenme, Doku Bütünlüğünde Bozulma, Enfeksiyon Riski, Oral Mukoz Membranda Değişiklik Riski" hemşirelik tanıları ile olgunun tamamen bağımlı olduğu öz bakım gereksinimleri karşılanmıştır.

#### **2. Kısmen Eksikliği Giderici (Kısmi Kompensasyon) Hemşirelik Sistemi:**

Hemşire hem de hastanın aktivitelere katıldığı bir durumdur. Gereksinimleri karşılamada hemşire ve hasta temel role sahiptir.

Kısmen eksikliği giderici hemşirelik sisteminde, "Öz Bakım Eksikliği, Fiziksel Mobilitede Bozulma, Sözel İletişimde Bozulma ve Aile Süreçlerin Devamında Bozulma" hemşirelik tanıları ile olgunun iletişime geçmesi, aktif egzersizlerle aktivitelere katılması gibi durumlarla hemşire ve olgunun temel role sahip olduğu gereksinimler karşılanmıştır.

#### **3. Destekleyici Eğitsel Hemşirelik Sistemi:**

Bu sistemde hasta öz bakımını yapabilir ancak başkalarının yardımına gereksinim duyabilir. Destek, rehberlik, çevresel düzenleme ve öğretimi içermektedir (Fawcett 2005).

Olguda destekleyici ve eğitsel hemşirelik sistemi kullanılmamıştır ancak olgunun ailesine yönelik "Öz Bakım Eksikliği, Sözel İletişimde Bozulma ve Aile Süreçlerinin Devamında Bozulma" hemşirelik tanıları ile uygun iletişim tekniğinin saptanması, öz bakım gereksinimlerinin karşılanmasında aileye rol verilmesi, olgu ve aile arasındaki etkileşimin sürdürülmesi gibi girişimlerle ailenin gereksinimleri karşılanmıştır.

Olgunun evrensel, gelişimsel, sağlıktan sapma öz bakım gereksinimleri ve bu öz bakım gereksinimlerini karşılamak amacıyla kullanılan hemşirelik sistemleri kuramında (tam-kısmi kompensasyon, destekleyici, eğitsel) kullanılan hemşirelik tanıları bakım planında sunulmuştur.

### **HEMŞİRELİK BAKIM PLANI**

**Tanı 1:** Kas güçsüzlüğü, aspirasyon pnömonisiyle ilişkili **Hava Yolu Örüntüsünde Etkisizlik**

**Amaç:** Mekanik ventilasyondaki durumunu sürdürebilmesi, O<sub>2</sub> saturasyonlarının normal değerlerde olması (PaO<sub>2</sub>=%95-100)



**Girişimler:**

1. Solunumunu mekanik ventilatöre bağlı olarak gerçekleştirmesi sağlandı.
2. Uygun pozisyon verildi.
3. Gerektikçe sekresyonları aspire edildi. (ağız, burun, trakeostomi)
4. Akciğer sesleri, solunum sayısı, saturasyon değerleri takip edildi.
5. Acil girişim malzemeleri, ambu başında hazır olarak tutuldu.

**Tanı 2:** Hastalığıyla ilişkili cilt ülserasyonlarına, immobilite, intravenöz (IV) girişimlere, trakeostomiye bağlı **Doku Bütünlüğünde Bozulma**

**Amaç:** Doku bütünlüğünün korunması ve sürdürülmesi

**Girişimler:**

1. Her gün cilt kontrolü yapıldı, bütünlüğü bozulan bölgelere uygun bakım uygulandı.
2. Ülserasyonlu bölgeler (sağ kol ve sol kol) her gün kontrol edildi, pansumanları yapıldı, basınç altında kalması önlendi
3. Dekübütlere (koksikte, sol gluteal bölgede) yönelik bakım yapıldı, sık sık havalanması sağlandı, basınç altında kalması önlendi
4. İki saatte bir pozisyonu değiştirildi.
5. İnvaziv girişim uygulanan bölgeler enfeksiyon belirtileri yönünden gözlemlendi
6. Basınç bölgeleri kızarıklık yönünden izlendi, yatak bezi her gün ve her kirlendikçe değiştirildi, gergin ve kırışksız olmasına dikkat edildi.
7. Tespit için kullanılan flasterlerin her gün yerleri değiştirildi, cilt ısısını ölçen termometrenin yeri her gün 2-3 kez değiştirildi.

**Tanı 3:** Hastalığıyla ilişkili kas ödemi, güçsüzlüğü, immobiliteye bağlı **Fiziksel Mobilitede Bozulma**

**Amaç:** Fiziksel hareketin sağlanması, korunması

**Girişimler:**

1. Ağrı ve egzersiz toleransı değerlendirildi.
2. Fiziksel mobilizasyonu aktif ve pasif hareketlerle sağlandı.
3. Uygun pozisyon verildi, belli aralıklarla değiştirildi.

**Tanı 4:** Kas ödeme ve immobilizasyona bağlı **Sıvı Volüm Dengesizliği**

**Amaç:** Sıvı volüm dengesinin sağlanması

**Girişimler:**

1. Kilo takibi yapıldı.
2. Ödem takibi yapıldı.
3. Elektrolit düzeyleri izlendi.
4. Elektrolit açığına uygun sıvı tedavisi sürdürüldü.
5. Foley katater ile saatlik idrar takibi yapıldı.

**Tanı 5: Oral alımın olmamasına bağlı **Beden Gereksiniminden Az Beslenme****

**Amaç:** Besin gereksiniminin karşılanması

**Girişimler:**

1. Beslenme durumu değerlendirildi, yeterli besin ve sıvı alımı sağlandı.
2. Kilo takibi yapıldı, aldığı çıkardığı sıvı takibi yapıldı.
3. Enteral besinin sindirilip sindirilmediği kontrol edildi.
4. Dışkılama durumu gözlemlendi.

**Tanı 6: Açık yaralara, IV girişimlere, üriner katater, nazogastrik sonda ve hastane ortamına bağlı **Enfeksiyon Riski****

**Amaç:** Enfeksiyon gelişiminin önlenmesi

**Girişimler:**

1. Asepsi antisepsi ilkelerine uygun belli aralıklarla bakım (pansuman, katater bakım), tedavi ve girişim uygulandı.
2. Enfeksiyon belirti bulguları yönünden gözlemlendi.
3. Belli aralıklarla IV set, enteral beslenme seti her gün değiştirilecek.
4. Yoğun bakım ortamı, etajerler, makinelerin düzenli aralıklarla uygun temizliği sağlandı.
5. Lab bulguları takip edildi.

**Tanı 7: Oral alamamaya bağlı **Oral Mukoz Membranda Değişiklik Riski****

**Amaç:** Oral membranın bütünlüğünün sağlanması, uygun ağız hijyeninin sağlanması

**Girişimler:**

1. Ağız içi mukoza her gün değerlendirildi.
2. 1/1 serum fizyolojik ile dilüe edilmiş sodyum bikarbonat ile 4\*1 ve her ihtiyaç duyduğunda ağız bakımı verildi.
3. NG tüpün sabitlendiği yer her gün değerlendirilek, NG tüp bakımı yapıldı.

**Tanı 8: Kronik hastalığa sekonder kas güçsüzlüğüne, ekstremitelerde işlevsizliğine bağlı **Öz Bakım Eksikliği****

**Amaç:** Hastanın öz bakımının gerçekleştirilmesi

**Girişimler:**

1. Bağımlılık düzeyi belirlenerek uygun bakım sağlandı.
2. Hava, su, beslenme, boşaltım, hijyen, aktivite, etkileşim ve sosyalizasyon gereksinimlerinin karşılandı.

**Tanı 9: Trakeostomiye bağlı **Sözel İletişimde bozulma****

**Amaç:** İletişimin sağlanması

### **Girişimler:**

1. Uygun iletişim tekniğinin belirlendi.
2. Hasta ile kapalı uçlu sorularla iletişime geçildi.
3. İşlem öncesi hastaya açıklama yapıldı.

### **Tanı 10: Kronik hastalık ve yoğun bakım ortamına bağlı Aile Süreçlerinin Devamında Bozulma**

**Amaç:** Aile üyelerinin birbirini karşılıklı olarak destekleyen bir fonksiyon sürdürmesi

### **Girişimler:**

1. Ebeveynlerin duygularını ifade etmeleri sağlandı.
2. Yapılan işlemler hakkında aileye bilgi verildi.
3. Kliniğin ziyaret saatleri hakkında aile bilgilendirildi.

## **TARTIŞMA**

Olgunun öz bakım gereksinimlerini üç temel faktör etkilemiştir: kas güçsüzlüğü, solunum sıkıntısı, doku bütünlüğünde bozulma. Bu verilere dayanarak konulan hemşirelik tanıları doğrultusunda girişimler ve bakımlar uygulanmıştır. Hastanın hava gereksinimi mekanik ventilatöre bağlı gerçekleştirilmiştir, O2 saturasyonları normal sınırlarda olup, hastanın sağ ve sol kolundaki ülserasyonlar ve dekübütü hemşirelik bakımı ile iyileşmiştir. Dermatomiyozite özgü eritem ve döküntüler devam etmiştir. Hasta kollarını ve bacaklarını desteksiz olarak çok az hareket ettirebilmiş ancak gövdesini hiç oynatamamıştır. Alt ekstremiteler üst ekstremitelere göre daha hareketsiz kalmıştır. Fiziksel mobilizasyonu fizyoterapist ve hemşirelik girişimleri eşliğinde sağlanmıştır. Ekstremitelerdeki yaygın ödem ve sıvı elektrolit dengesizliği devam etmiştir, uygun beslenme desteği sağlanmıştır. Hastada izlendiği süreç boyunca enfeksiyon gelişmemiştir, oral mukoz membranların bütünlüğü sağlanmıştır. Hasta ile iletişim kapalı uçlu sorular sorularak hastanın yüz ifadeleri aracılığıyla beden dili ile kurulmuştur. Hastanın bakımına aile dahil edilmiştir. Verilen bakım sonucunda, olgunun öz bakım gereksinimlerini yerine getirmesine yardımcı olunmuş, tam ve kısmi kompensasyon hemşirelik sistemi ile hastanın öz bakım gereksinimleri sürdürülmüş, destekleyici eğitsel hemşirelik sistemi ile aile gereksinimleri karşılanmıştır.

Olguda belirlenen tüm öz bakım gereksinimleri NANDA Sınıflandırma Sistemindeki tanımlarla değerlendirilmiştir. Rutin olarak uyguladığımız Hemşirelik Bakım Planı olgunun öz bakım gereksinimlerini karşılayabilmemiz için bize yardımcı bir araçtır. Literatüre baktığımızda ise yapılan çalışmalarda, Orem'in Öz Bakım Teorisine göre hemşirelik bakım yönetimi, hasta bakımı, teori bazlı hemşirelik bakımı ile çeşitli hastalık grupları irdelenmiştir. Öztürk ve Karataş (2008) araştırmalarında "Posttravmatik epilepsi (PTE)" tanısı ile acil servise başvuran adolesan dönemindeki hastanın hemşirelik bakım yönetimi, Samancıoğlu ve ark. (2010) araştırmalarında Sistemik Lupus Eritematozuslu hastanın bakımı kuram çerçevesinde incelenmiştir. Öztürk ve Karataş (2008) araştırmalarında, hemşirelik bakım yönetimini hemşirelik girişimleri ile kurama

oturturken, teorinin basamakları hasta verileri üzerinden özetlenmiştir. Samancıoğlu ve ark. (2010) araştırmalarında ise, teoriye göre hastanın sağlık tanılması yapılarak, hemşirelik tanıları konulmuştur.

Kılıç (2005) çalışmasında, Öz Bakım Modeline uygun olarak verilen hemşirelik bakımının sezaryen ile doğuma yönelik yan etkilerin önlenmesi ve azaltılmasında etkili olduğunu saptamıştır. Bu çalışmada da, öz bakım uygulamalarıyla ilgili kadınlara eğitim verilerek öz bakım güçleri değerlendirilmiştir. Kumar (2007)'ın Tıp II Diyabetli bir hastaya Orem'in teorisine dayalı hemşirelik bakımını değerlendirdiği çalışmasında, teori bazlı hemşirelik bakımının diyabet gibi kronik hastalıklarda kişinin kendi hastalığını yönetme becerisini geliştirdiğini belirtmiştir. Avdal ve Kızılcı (2010) diyabetli bireylerin öz bakımını sağlamak için, "Öz Bakım Eksikliği Teorisi'nin" kullanılabilirliğini belirtmektedir. Wilson ve Gramling (2009)'ün çalışmasında, Orem'in teorisinin yanık bakımı için en uygun teori olduğu belirtilmiştir ve teorinin hemşirelik bakımında kullanılması önerilmiştir. Yapılan çalışmalar genellikle Öz Bakım Gereksinimleri ile ilgili eğitim verilmesi ve eğitimin etkinliğinin değerlendirilmesi şeklindedir.

Bu olgu sunumunda ise, Juvenil Dermatomiyoitli bir olgunun sağlık ve hastalık öyküsü verilerek olgu tanıtılmış, Orem'in Öz Bakım Teorisi'ne göre olgunun öz bakım gereksinimleri belirlenmiş, bu öz bakım gereksinimleri NANDA Sınıflandırma Sistemindeki hemşirelik tanıları ile bütünleştirilerek hemşirelik bakım planı oluşturulmuştur. Bu yönüyle olgunun hemşirelik bakım planlarına katkıda bulunacağı düşünülmektedir. Renpenning ve ark. (2011) Öz Bakım Teorisinin hemşirelik tanısı olarak ele alınabileceğini; Berbiglia (2011) ise, Öz Bakım Teorisinin hemşirelik lisans programlarına adapte edilmesinin uygun olduğunu bildirmiştir. "Öz Bakım Eksikliği Sendromu" Hemşirelik Tanıları kitaplarında ve Kuzey Amerikan Hemşireler Birliği listesinde yer almaktadır, bu teorinin öz bakım gereksinimini karşılayamayan akut ya da kronik çeşitli hastalık gruplarında kullanılması önerilmektedir (Carpenito-Moyet 2012). Hemşirelik mesleğinin amacı, insanın yaşam ve sağlığının devamı, hastalık ve sakatlıklardan kurtulma ve onların olumsuz etkileri ile baş edebilmesidir (Biro 2002). Öz Bakım Eksikliği, hemşirelik bakımına yol gösterici kullanılabilir bir teoridir. Hemşirelerin Öz Bakım Gereksinimleri konusunda bilgilerinin artırılması, dolayısıyla hastaların öz bakım gereksinimlerinin karşılanması konusunda farkındalıklarının artırılması bakım kalitesini etkileyecektir.

## **KAYNAKLAR**

- Ay F. Uluslararası Alanda Kullanılan Hemşirelik Tanıları ve Uygulamaları Sınıflandırma Sistemleri. Türkiye Kinikleri Journal of Medical Science 2008;28: 555- 561.
- Avdal EÜ, Kızılcı S. Diyabet ve Özbakım Eksikliği Hemşirelik Teorisinin Kavram Analizi. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi 2010; 3(3):164-168.
- Benzer M, Coşkun Y, Özgürhan G, Yiğit Ö & ark. İki yaşında başlayan bir juvenil dermatomiyoit vakası. Tıp Araştırmaları Dergisi 2006; 4(3): 46-48.
- Behrman RE, Kliegman RM, Jenson HB. Nelson Pediatri. (Çev. T Akçay). Nobel Tıp Kitapevi, 2008; cilt 1, 523-545.
- Berbiglia VA. The Self-Care Deficit Nursing Theory as a curriculum conceptual framework in baccalaureate education. Nurs Sci Q. 2011; 24(2):137-45.

- Birol L. Hemşirelik Süreci. İzmir: Etki yayınları, 2002.
- Carpenito-Moyet LJ. Hemşirelik Tanıları El Kitabı (Çev. F Erdemir). Nobel Tıp kitabevi, 2012.
- Denyes MJ, Orem DE, Bekel G. Self-care: a foundational science. *Nurs Sci Q.* 2001; 14(1): 48-54.
- Fawcett J. Contemporary nursing knowledge: analysis and evaluation of conceptual models of nursing. 2th edition, USA: FA Davis Comp; 2005; pp. 223–319.
- Kılıç A. Dorothy Orem'in öz bakım modelinin sezeryan ile doğum yapan kadınların hemşirelik bakımına uyarlanması. Yayınlanmamış Doktora Tezi, Ankara: Gülhane Askeri Tıp Akademisi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2005; 72-73.
- Kumar CP. Application of Orem's self-care deficit theory and standardized nursing languages in a case study of a woman with diabetes. *Int J Nurs Terminol Classif.* 2007; 18(3): 103-10.
- Orem DE. Self-care deficit theory of nursing: concepts and applications. 7nd ed. USA: Dennis CM Mosby-Year Book Inc.: 2001; pp. 99-135.
- Özkaya A, Tezer H, Devrim İ, Düzova A ve ark. Calcinosis cutis with occult abscess complicating juvenile dermatomyositis. *Erciyes Medical Journal* 2008; 30(1): 040-043.
- Öztürk C, Karataş H. Orem'in öz bakım yetersizlik kuramı ve posttravmatik epilepside hemşirelik bakımı. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2008;11(2): 85-91.
- Renpenning KM, SozWiss GB, Denyes MJ et al. Explication of the nature and meaning of nursing diagnosis. *Nurs Sci Q.* 2011; 24(2): 130-6.
- Samancıoğlu S, Özel F, Esen A. Orem'in öz bakım teorisine göre sistemik lupus eritematozuslu hastanın bakımı. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi* 2010; 5(15): 85-102.
- Wilson J, Gramling L. The application of Orem's Self-Care Model to burn care. *J Burn Care Res.* 2009; 30(5): 852-8.

# EGE ÜNİVERSİTESİ HEMŞİRELİK FAKÜLTESİ DERGİSİ

## SON KONTROL LİSTESİ

- 1. Makalenin Türü
- Araştırma
- Derleme
- Olgu sunumu

### Başlık Sayfası

- 2. Makalenin Türkçe ve İngilizce başlığı büyük harf ile yazıldı.
- 3. Yazarlar ve kurumları belirtildi.
- 4. Tüm yazarların yazışma adresleri, iş tel, gsm, e-posta belirtildi.
- 5. Makale bir kongrede sunulmuş ise, sunulduğu toplantı ve yılı belirtildi.

### Özet Sayfası

- 6. Türkçe ve İngilizce yapılandırılmış özet yazıldı (250-300 sözcük).
- 7. Türkçe ve İngilizce özet birbiriyle uyumlu.
- 8. Türkçe ve İngilizce anahtar sözcükler yazıldı.
- 9. Özetler sayfası metnin 1. sayfası olacak şekilde numaralandırıldı.

### Ana Metin

- 10. Açık, güncel ve rahat anlaşılır Türkçe kullanıldı.
- 11. Gramer ve yazım kurallarına uyuldu.
- 12. Yeni, alışılmadık ve yabancı terimler kullanılmışsa yanlarına Türkçe eşanlamlılarına yer verildi.
- 13. Kısaltmalar kullanılmışsa ilk kullanımda terimin yanında parantez içinde kısaltması belirtildi.
- 14. Araştırma makalelerinde alt bölüm başlıkları istenen şekilde yazıldı.
- 15. Derleme makaleler giriş anlatımını izleyen alt başlıklarda toplanarak uygun bir sonuç anlatımıyla bağlantılı bir şekilde sunuldu.
- 16. Bilimsel etik ilkelere uyulduğu belirtildi. Etik kurul izin yazısı eklendi.

### **Kaynaklar**

- 17. Kaynak gösterimi metin içinde belirtilen kurallara (yazar soyadı ve yayın tarihi) uygun olarak yapıldı.
- 18. Kaynaklar alfabetik sıra ile dizildi ve kaynak gösterimi kurallara uygun olarak yapıldı.
- 19. Doğrudan yararlanılmayan herhangi bir kaynak kullanılmadı (Elimde kaynakların tümü mevcut ve gerektiğinde dergi yayın kuruluna bunu ispat edebilirim.)

### **Tablo ve Resimler**

- 20. Belirtilen kurallara uygun olarak hazırlandı.
- 21. Başka kaynaklarda alınan şekil, resim, tablolarda kaynak gösterildi.

### **Tüm Makale**

- 22. Makalenin sayfa kenar boşlukları kontrol edildi.
- 23. Makalenin satır aralıkları uygun.
- 24. Makalenin ilgili bölümlerinde uygun yazı karakteri kullanıldı.
- 25. Makalenin ilgili bölümleri uygun puntoda yazıldı.
- 26. Makale sayfa sınırlarını aşmayacak şekilde yazıldı.
- 27. Makalede uygun şekilde sayfa numarası verildi.

**EGE ÜNİVERSİTESİ HEMŞİRELİK  
FAKÜLTESİ DERGİSİ**

**Yazarlık/Yayın Hakkı Onay Formu**

.....

.....

.....

Başlıklı makalenin yazar / yazarları olarak yayın hakkını Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi'ne vermeyi kabul ediyorum/ ediyoruz. Yayınlanmasını istediğimiz bu makalenin Türkçe ve yabancı dilde herhangi bir dergiye yayınlanmak üzere gönderilmediğini ve daha önce hiçbir dergide yayınlanmadığını bildirip, yazının içeriği ile ilgili etik ve bilimsel sorumluluğu üstlendiğimi/ üstlendiğimizi kabul ederim/ederiz.

**Yazar/ Yazarlar**

**İmza**

**Tarih**



## DERGİ YAZIM KURALLARI

**Yayının Kabulü:** Basılması istenen yazılar, aşağıda belirtildiği şekilde, dergi editörlüğüne gönderilecektir. (E-mail: ozen.durakoglu@ege.edu.tr.) Makaleler üç bağımsız hakem tarafından incelenip, onayları alındıktan sonra yayınlanabilir. Hakemler, gerekli gördükleri yazılara değişiklik önerebilirler. Makalenin yayınlanmasında son karar, editör görüşü ile Dergi Yayın Kuruluna aittir. Dergide yayınlanan yazılar için, herhangi bir ücret ya da karşılık ödenmez. Gönderilen yazıların kabul edilip edilemeyeceği yazarlara bildirilir. Makalenin kabulü halinde, başlıkların altına yazar ad(lar)ı kurum adresleri ve e-mail adresleri eklenip e-mail: ozen.durakoglu@ege.edu.tr. adresine gönderilecektir.

**Makalenin Hazırlanışı:** Makale, Microsoft Word programında A4 kağıt boyutunda yazılmalıdır. Başlık 10 punto Times New Roman, Özet 9 punto Times New Roman, ana metin 10 punto, tablo ve kaynaklar 8 punto olacak şekilde yazılmalıdır. Araştırma raporları 16 sayfa, derleme ve olgu sunumları 10 sayfayı (kaynaklar dahil) geçmemelidir.

Makalenin Yazılışı şu sırayı izlemelidir.

### BAŞLIK SAYFASI

- Türkçe Başlık (Büyük harf ile),
- İngilizce Başlık (Büyük harf ile),
- Yazarların adları ve soyadları (soyadı büyük harf ile)
- Yazarların Yazışma adresleri, kurum adresleri, e-mail adresleri
- Makale bir kongrede bildiri olarak sunulmuş ise, sunulduğu toplantı ve yılı belirtilmelidir.

### ÖZET SAYFASI

Özetler Türkçe ve İngilizce Olmak üzere iki dilde olmalı, yazının Türkçe ve İngilizce başlıklarını taşımalı, araştırmanın temel anlamını metne bakmayı gerektirmeyecek şekilde 250-300 sözcük ile yansıtmalıdır.

Araştırma makalelerinin özetleri; "Amaç", "Gereç ve Yöntem", "Bulgular ve Sonuç" bölümleri ile anahtar sözcükleri içermelidir. Anahtar kelimelerin "Türkiye Bilim Terimleri"nden seçilmesi gerekmektedir. Bilgi için adresten yararlanılmalıdır. (<http://www.bilimterimleri.com>).

Araştırma makalelerinin İngilizce özetleri; "Objective", "Methods", "Results", "Conclusion" ve "Key Words" bölümlerini içermelidir. İngilizce anahtar kelimeler "Medical subject Headings (MESH"e uygun olarak verilmelidir. (<http://www.nlm.nih.gov/mesh/MBrowser.html>)

Derleme Makalelerinin özetleri; Giriş, amaç, gelişme ve sonuç anlamı taşıyacak şekilde içeriği tam olarak yansıtmalıdır. Anahtar Sözcükler yer almalıdır. Derleme makalelerinin İngilizce özetleri; aynı şekilde olmalıdır.

Olgu Sunumu özetleri olguyu kısaca tanımlamalı ve hemşirelik süreçlerini içermelidir. İngilizce özetleri de aynı şekilde olmalıdır.

Özetler sayfası metnin birinci sayfası olacak şekilde numaralandırılmalıdır.

## **DERGİNİN YAYIN DİLİ**

Derginin yayın dili Türkçe' dir. Ancak Yurtdışından gelen çok önemli İngilizce makalelere de yer verilebilir.

### **METİN:**

Dil ve biçim (üslup) açısından aşağıdaki özellikleri taşınmalıdır.

- Açık, güncel ve rahat anlaşılır olmalıdır.
- Gramer ve yazım kurallarına uyulmalıdır.
- Yeni, alışılmadık ve yabancı terimler kullanılmışsa yanlarında Türkçe eşanlamlarına yer verilmelidir
- Kısaltmalar kullanılmışsa ilk kullanımda terimin yanında parantez içinde kısaltması belirtilmiş olmalıdır.
- Bilimsel etik ilkelere uyulduğu belirtilmiş olmalı ve etik kurul izin yazısı eklenmelidir.
- Makale bir kongrede bildiri olarak sunulmuş ise, sunulduğu toplantı ve yılı belirtilmelidir.

**Araştırma Raporları:** Giriş, Amaç, Gereç ve Yöntem, Bulgular ve Tartışma, Sonuç ve Öneriler, Kaynaklar başlıklarını taşıyan bölümlerden oluşmalıdır. Araştırmaya katılmamış, ancak destek sağlamış olan kişi ve kuruluşlara teşekkür başlığı altında teşekkür edilebilir. Verilerin toplanmasında, örneklem gruplarının haklarının korunması açısından etik kurallara uyulduğu açıkça belirtmeli, kritik gruplarla yürütülen çalışmalarda etik kurul veya kurum izin belgelerinin fotokopileri eklenmelidir.

**Tablo ve Şekiller:** Grafik, fotoğraf ve çizimlere sıra numarası verilmelidir. Her tablonun üstünde ve şekillerin altında sıra numarası ve şekilleri kısaca açıklayan bir anlatım bulunmalıdır. Araştırma raporları derleme ve olgu sunumları için en çok 4 şekil kabul edilmektedir. Tablo, şekil ve grafikler, bilgisayarda çizilip metin içinde olması gereken yere yerleştirilmelidir. **Net baskı elde edilebilmesi için, şekil, resim/fotoğraflar ayrı birer .jpg veya .gif dosyası olarak (pixel boyutu yaklaşık 500x400, 8 cm eninde ve 300 çözünürlükte taranarak), dergiye ayrıca iletilmelidir. Resim/fotoğraflar renkli, ayrıntıları görülecek derecede kontrast ve net olmalıdır.** Başka 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.

Fotoğrafların eni 11 cm. boyu 15 cm.'i aşmamalı, metin içinde fotoğrafın yerleştirileceği yer boş bırakılıp fotoğraf altına gerekli açıklama yapılmalıdır.

**Derlemeler:** Konuyu yeterince irdeleyen kapsamlı literatür taramasına dayandırılmış olmalı; giriş anlatımını izleyen alt başlıklarda toplanarak gelişme ve sonuç anlatımıyla sunulmuş olmalıdır. Kaynakça kullanım kurallarına uyulmalıdır.

**Olgu Sunumları:** Giriş, Olgu Sunumu, Tartışma ve Kaynaklar verilerek yazılmalıdır. Olgu sunumu fotoğraf ve akış şemaları ile desteklenebilir. Fotoğraf ve akış şemaları için gerekli izinler alınmalıdır.

**Son Kontrol Listesi:** Son Kontrol listesi gözden geçirilip, imzalandıktan sonra gönderilen yayına eklenerek gönderilmelidir. (ayrı bir sayfa olarak)

**Yazarlık/Yayın Hakkı Onay Formu:** Tüm yazarlar tarafından imzalanmış olarak gönderilmelidir.

## KAYNAK KULLANIMI

**Metin içinde:** Yazarın soyadı ve yazının yayın tarihi ile birlikte belirtilmeli, yazar ve tarih arasına virgül konmamalıdır. İki yazarlı kaynaklarda, yazarların her ikisinin soyadı, ikiden fazla yazarlılarda ise, birinci yazarın soyadı ve "ve ark." şeklinde belirtilmelidir.

### Örnekler

(Graydon 1988), depresyonun...

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

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

.....Saptanmıştır (Graydon 1998).

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

Ancak cümle başlangıcında kullanırken kullanım şekli aşağıdaki gibi;

Sarma ve Mc Corkle araştırmalarında .....(1996). olacaktır.

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. Kaynaklar tarih sırasına göre sıralanmalıdır.

### Örnek:

(Argon 1992 , Karadakovan 1992).

**Kaynakçada:** Kaynaklar, alfabetik sıra ile dizilmelidir. Yazar ad (lar) ın 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. Kongre bildirileri, kişisel deneyimler kaynak olarak gösterilmemelidir.

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

### **Kaynakların Yazılışı İle İlgili Örnekler**

#### **Dergi Makalesi**

Yazar(lar)ın soyadları ve isimlerinin baş harfleri, makale ismi, dergi ismi, yıl, cilt, sayı, sayfa no’su belirtilmelidir.

- Stephane A. Management of congenital cholesteatoma with otoendoscopic surgery: Case Report. Türkiye Klinikleri, JMed Sci 2010; 30(2): 803-7.
- Lorig K, Gonzales VM, Ritter P & et al. Comparison of three methods of data collection in an urban Spanish-speaking population. Nurse Res. 1997; 46(4): 230-234.

#### **Dergi Eki (Supplement)**

- Kocaman N, Kutlu Y, Ozkan S. Predictors of psychosocial adjustment in people with physical disease. J Clin Nurs 2007; 16(3A Suppl.): 6-16.

#### **Kitap:**

Yazar(lar)ın soyad(lar)ı ve isim(ler) inin baş harfleri, bölüm başlığı, editör(lerin) ismi, kitap ismi, kaçınıcı baskı olduğu, şehir, yayınevi, yıl ve sayfalar belirtilmelidir.

- Karasar N. Araştırmalarda rapor hazırlama. 8.basım, Ankara: 3A Araştırma Eğitim danışmanlık Ltd., 1995; 101-112.
- Terakye G. Hemşirelikte iletişim ve hasta hemşire ilişkileri. 2.baskı. Ankara: T.C.Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü; 1994.

#### **Yabancı Dilde Yayınlanan Kitaplar için:**

- Gorman LM, Raines ML, Sultan DF. Psychosocial nursing for general patient care. 2nd ed. USA: F.A. Davis Company; 2002.
- Solcia E, Capella C, Kloppel G. Tumors of the exocrine pancreas. Tumors of the Pancreas. 2 nd ed. Washington: Armed Forces Institute of Pathology; 1997: 145-210.

### **Kitap Bölümü:**

- Kaufman CA, Wyatt RJ. Neuroleptic Malignant Syndrome. (içinde). Melszer HY (ed). Psychopharmacology. New York: Raven Pres; 1987.
- Underwood LE, Van Wyk JJ. Normal and aberrant growth. In: Wilson JD, Foster DW, eds. Williams' Textbook of Endocrinology. 1 st ed. Philadelphia: WB Saunders; 1992: 1079-138.

### **Kitap Çevirisi:**

- Wise MG, Rundell JR. (1994) Konsültasyon Psikiyatrisi. (Çevri: TT Tüzer, V Tüzer). Ankara: Compos Mentis Yayınları; 1997.

Metin içinde "(Wise ve Rundell 1994)" şeklinde gösterilir.

- Hofling CK, Leininger MM. Hemşirelikte ana psikiyatrik kavramlar (Kumral A, Çeviri Editörü). İstanbul: Vehbi Koç Vakfı Yayınları; 1960. (orijinal çalışma basım tarihi 1983).

### **Yazar ve Editörün Aynı Olduğu Kitaplar**

- Uyer G. Yeni bir birimin planlanması ve organizasyonu. (içinde). Hemşirelik Hizmetleri Yönetimi El Kitabı. (Uyer G, editör). 1.basım. İstanbul: Birlik ofset Ltd. Sti; 1986: 56-61.
- Eken A. Kozmesötikler: Kozmetiklerle İlaçlar Arası Ürünler. Eken A, editör. Kozmesötik Etken Maddeler. 1.Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri; 2006: 1-7.

### **Yazar Adı Olmayan Yayınlar**

#### **(Sık kullanılan Çeviri Kaynaklara Örnekler):**

American Psikiyatri birliği (1994) Mental Bozukluklarının Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, dördüncü baskı (DSM-IV) (Çev.ed.: E Köroğlu) Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 1995.

Metin içinde "American Psikiyatri Birliği (1994)" şeklinde gösterilir.

Dünya Sağlık Örgütü (1992) ICD-10 Ruhsal ve Davranışsal Bozukluklar Sınıflandırılması. (Çev. Ed.;MO Öztürk, B Uluğ, Çev.: F.Çuhadaroğlu, İ.Kaplan, G. Özgen, MO Öztürk, M rezaki, B Uluğ). Türkiye Sinir ve Ruh Sağlığı Derneği Yayını, Ankara: 1993.

Metin içinde "Dünya Sağlık Örgütü (1992)" şeklinde gösterilir.

### **Yayınlanmamış Tez**

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

### **Basılmamış Yayınlar**

Gordes G, Cole JO, Haskell D.& et al. The naturel history of tardive dyskinesia. J.Clin Psychopharmacol. (Baskıda).

### **İnternet üzerinden alınan belgeler kaynak Olarak Kullanılıyorsa:**

Yararlanılan yazının yazarı, yazarı yoksa kurum adı UNICEF gibi kurum adı yoksa kaynak gösterilmemelidir. Yayının internet kaynağı varsa Yayının başlığı, internet adresi ve son erişim tarihi belirtilerek gösterilebilir.

- Lee DS, Austin PC, Rouleau JL, Liu PP, Naimark D, Tu JV. (November 19, 2003). Predicting mortality among patients hospitalized for heart failure. The Journal of the American Medical Association, 290(19): 2581-2587. Retrieved November 23, 2003, from <http://jama.ama-assn.org/cgi/content/abstract/290/19/2581>.

### **Yayın resmi yayın olarak gösterilecekse;**

- American Nurses' Association. Statement on psychiatric mental health nursing practice and standards of psychiatric-mental health clinical practice. Washington: American Nurses' Publishing; 1994.

Kaynakların doğruluğundan yazarlar sorumludur. Doğrudan yararlanılmayan ya da başka kaynaklardan aktarılmış kaynaklar belirtilmemeli, basılmamış eserler, kişisel haberleşmeler, Medline taramalarından ulaşılan makalelerin özetleri kaynak gösterilmemelidir.